



**Diplôme Inter-Universitaire des Services de
Santé et de Secours Médical des Services
Départementaux et Territoriaux d'Incendie
et de Secours**

Santé Publique – Santé Travail

**Travail de Recherche Tutoré – année 2024
FI PRO SSSM**

**Prise en charge des femmes sapeurs-pompiers à
leur retour de grossesse :
Etat des lieux, axes d'amélioration potentiels**

Lt-CI MOUSSETTE DEL FABBRO Muriel

**Service Départemental d'Incendie et de Secours
de l'Hérault 34**

**Tuteur universitaire : CI Mounir BOUALLEGUE
Référénts sapeurs-pompiers : Lt-CI SAVATH Laurent**

Remerciements :

A mon tuteur CI Mounir BOUALLEGUE pour son soutien et ses conseils

Mon médecin chef Laurent SAVATH

Mon collègue CI Laurent PETREMANN pour m'avoir soutenu et encouragé

Au Lt Tiphonie BAUDORRE pour m'avoir inspiré ce mémoire

Et surtout à ma famille...

Table des matières

<u>1. Introduction :</u>	4
<u>2. Matériel et méthode :</u>	5
<u>3. Analyse des résultats :</u>	6
1. Au niveau géographique	7
2. Statuts :	8
3. Famille :	8
4. Allaitement :	10
5. Qualité de sommeil de bébé :	10
6. Délai approximatif entre accouchement et reprise SP :	11
7. Mode de reprise de l'activité SP :	11
8. EAP :	11
9. Rééducation du périnée :	12
10. Ressenti psychologique lors de la reprise :	12
11. Délai approximatif entre reprise professionnelle et reprise SPV :	13
12. Mode de reprise :	13
13. Date de l'accouchement :	14
a. Accouchement il y a moins de 5 ans :	14
b. Accouchement entre 5 et 10 ans dans contexte SP :	19
c. Accouchement il y a plus de 10 ans :	24
<u>4. Discussion :</u>	29
1. Allaitement :	30
2. EAP :	33
3. Rééducation périnéale :	33
4. Evaluation psychologique :	34
5. Mode de reprise :	34
6. Difficultés éprouvées et axes d'amélioration proposés :	35
a) Difficultés communes :	35
1) Physique :	35
2) Meilleure compréhension des équipes et de la hiérarchie :	35
3) Prise en charge psychologique :	36
4) Référente :	36
5) Mode de reprise :	36
6) FMPA :	36
7) Logistique :	36
b) Raisons propres aux volontaires de reprise tardive :	36
c) Difficultés propres aux professionnelles :	37
<u>5. Conclusion :</u>	39
Abréviations	41
Bibliographie	42
Annexes	44
<u>6. Résumé :</u>	74

1. Introduction

En 2022, les femmes représentaient 6.31% de l'effectif professionnel et 21.38% des volontaires des SDIS en France, avec une augmentation de 50% du nombre de femmes dans les 10 années précédentes(1) (6% en 2003 (2) , 14% en 2016 (3)).

Il en découle une modification importante du « paysage » sapeur-pompier, avec de nécessaires adaptations des pratiques et des mentalités.

Du fait de cette féminisation, la prise en charge des grossesses, et plus particulièrement la reprise de l'activité sapeur-pompier de ces nouvelles mamans, devient donc une nécessité au sein d'une profession physiquement et psychologiquement éprouvante.

J'ai été confrontée à cette problématique au décours d'une visite, sans trop savoir comment répondre aux attentes de la jeune femme qui se trouvait face à moi.

J'ai pris conscience à ce moment-là que je n'étais pas préparée à cette problématique et me suis demandé s'il en était de même pour mes confrères.

J'ai donc choisi ce sujet afin d'essayer de faire un état des lieux des éventuelles difficultés rencontrées par les personnels sapeur-pompiers féminins lors de la reprise d'activité après une grossesse.

Mon hypothèse est que les femmes qui reprennent une activité ne bénéficient pas de suffisamment de conseils et d'aménagements de leur activité leur permettant d'allier leur travail ou leur activité volontaire avec leur nouvelle situation de mère.

L'objectif de ce travail était de vérifier si mon hypothèse se confirmait ; et dans l'affirmative d'essayer de proposer des axes d'amélioration dans la prise en charge de ces femmes lors de leur reprise d'activité.

2. Matériel et méthode

Pour ce faire, j'ai créé un questionnaire (cf annexe 1) qui a été adressé sous la forme d'un lien Google Form à l'ensemble des médecins chefs de France, métropolitains et ultramarins, par mail au cours du mois de juin.

Les mails ne pouvant être envoyés à une population féminine exclusivement, ils ont donc été transmis à l'ensemble des agents des SDIS auxquels les médecins-chefs appartenaient.

J'ai donc été obligée secondairement de trier les questionnaires, et de n'inclure que des femmes ayant vécu un retour de couches lors de l'activité sapeur-pompier.

Ce formulaire était composé de questions ouvertes et de QCM, visant à connaître statuts, composition des familles, les accompagnements dont elles avaient pu bénéficier et ce qui aurait pu, selon elles, favoriser un retour plus précoce chez les sapeurs-pompiers et les points qui seraient à améliorer. Les réponses ouvertes ont été classifiées en items afin de simplifier leur prise en compte ; les QCM traités via le logiciel Google Sheet essentiellement, j'ai dû également recourir à Excel.

Les réponses étaient anonymes, il n'y avait aucune possibilité de retrouver l'identité ou l'adresse mail des répondants. Le lien a été clos le 31/08/24 et les réponses ont été analysées à compter du 1er septembre.

Il s'agit donc d'une étude rétrospective multicentrique.

Le seul biais rencontré relève du fait que les femmes qui n'ont jamais repris leur activité SP suite à leur grossesse ne sont plus inscrites dans les listings mails, et n'ont donc pas pu être jointes pour expliquer les raisons de cette non-reprise et ce qui leur aurait manqué.

3. Analyse des résultats

Un total de 614 réponses a été obtenu.

Seules 443 ont été retenues : critères de sélection :

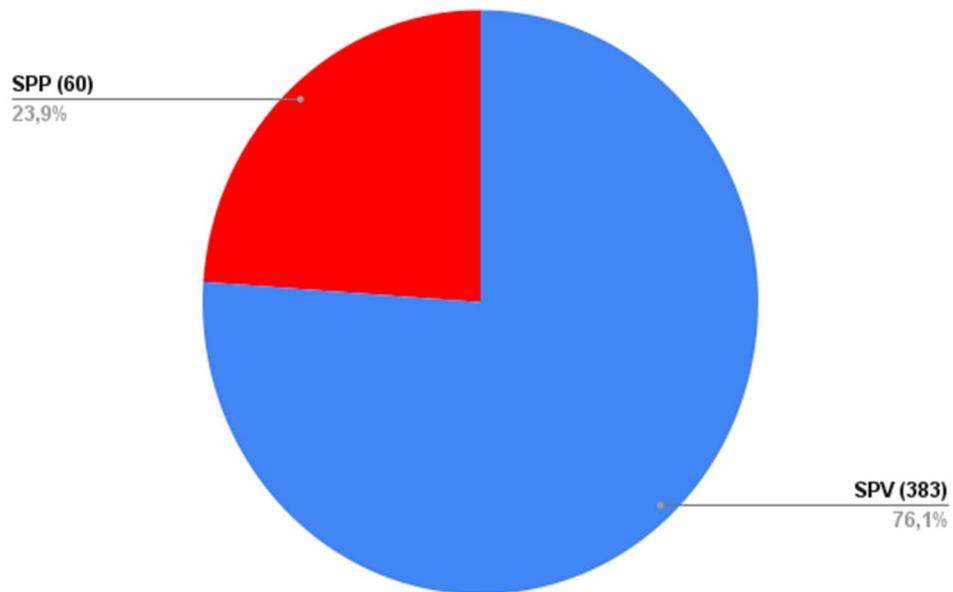
- être une femme

- avoir vécu un retour de couche depuis son engagement sapeur-pompier.

217 femmes ont exprimé des difficultés et/ ou des idées pouvant aider à une reprise plus rapide ou mieux vécue.

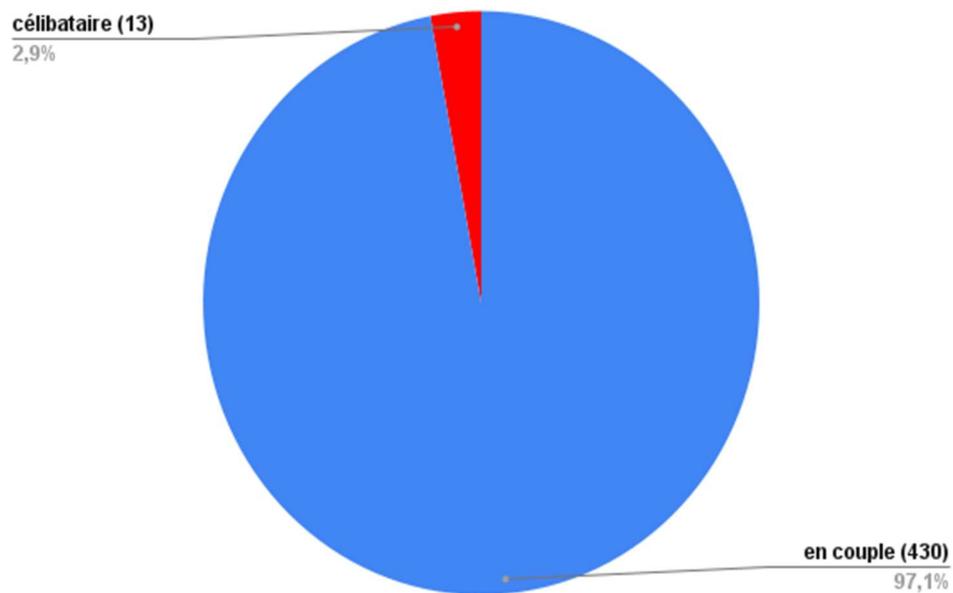
2. **Statuts :**

60 SPP sur 443 réponses, soit 13.5% de SPP (ratio de 17% de SPP femmes/ hommes confondus en 2022 sur le nombre total de SP).



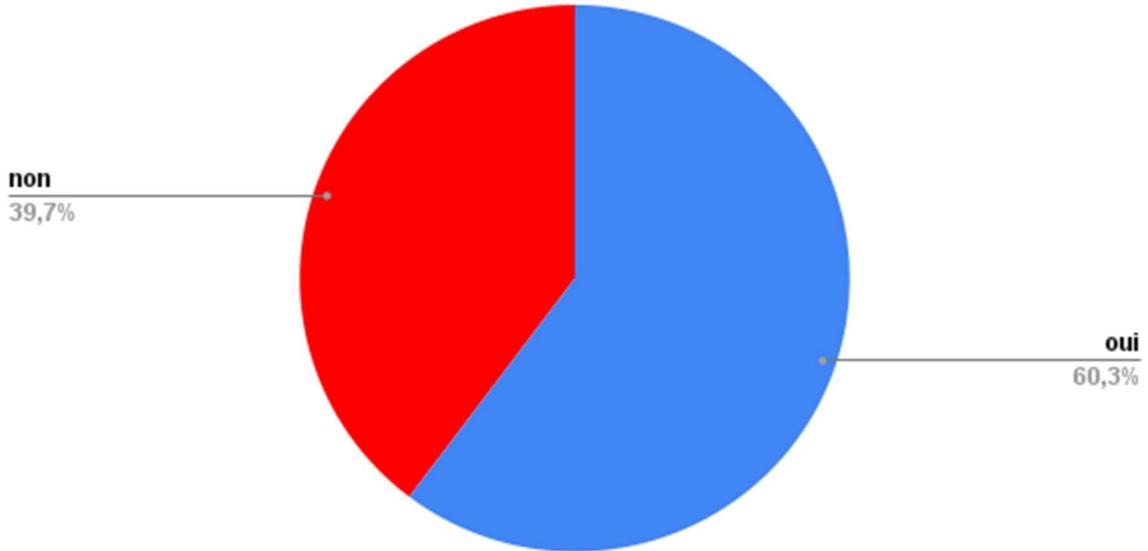
3. **Famille :**

Treize femmes étaient célibataires au moment de leur grossesse.



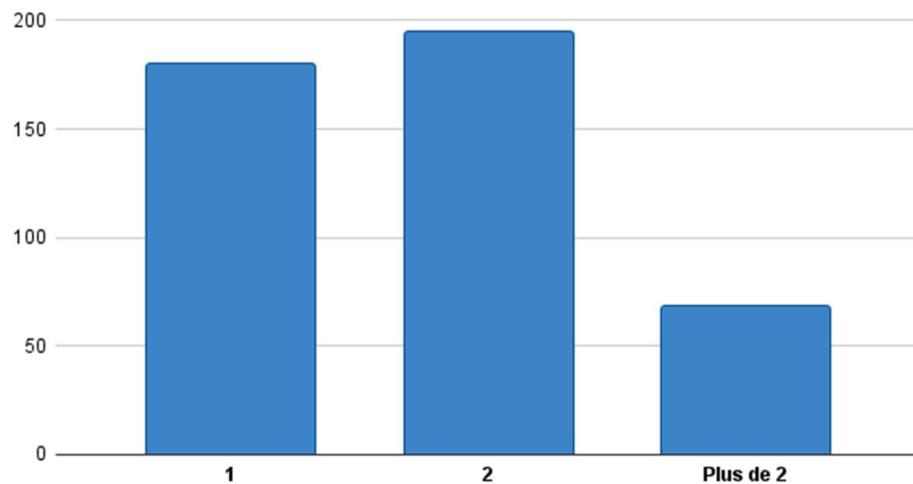
Chez celles qui étaient en couple à ce moment-là, 60% de leurs conjoints avaient une activité nocturne (professionnelle ou sapeur-pompier).

Si vous étiez en couple, votre conjoint(e) avait-il (elle) une activité professionnelle ou sapeur-pompier nocturne?



Composition des familles, dernier-né compris :

Nombre d'enfants de la famille



4. Allaitement :

- Parmi les 113 femmes sur les 203 allaitantes (soit 55.7%) qui l'ont poursuivi lors de leur reprise d'activité SP, neuf estiment l'avoir arrêté à cause de celle-ci, dont trois volontaires, pour inadaptation au rythme des gardes (2/3) et impossibilité de tirer son lait (2/3).

Les 6 SPP retrouvaient plus un problème d'organisation de leur temps de travail (2/3) : activité horaire effective aléatoire ou charge de travail trop lourde, garde de 24h incompatible avec maintien d'une lactation sur le long terme (possibilité de tirer son lait deux fois alors que bébé tête cinq fois/j). Une n'avait pas de lieu adapté pour tirer son lait et une affirme que son SOG estimait que cela était dangereux de tirer son lait (méconnaissance ? ou en relation avec une activité incendie antérieure ?) A la date de l'étude, toutes avaient repris une activité SP.

- Sur les 203 femmes qui ont allaité leur enfant, 18% estiment qu'elles ont pu poursuivre facilement, mais 40 estiment que l'arrêt de l'allaitement est en rapport avec leur activité SP (19.7%) :

- 19 estiment que les horaires étaient incompatibles avec la poursuite (durée des gardes, distance du domicile, nombre de tirages quotidiens difficiles à faire coïncider avec le temps laissé) (47.5%)

- quatre n'avaient pas la possibilité de se retirer pour tirer leur lait, une ne souhaitait pas le faire en caserne ; trois ne pouvaient stocker leur lait ; deux ne pouvaient pas se faire remplacer pendant les périodes de lactation (25%)

- quatre ont arrêté l'allaitement pour leur reprise ou différé celle-ci, jugée incompatible avec la poursuite de celui-ci (10%)

- quatre ont été gênées par le regard des autres, la peur d'être « mal vues » (10%)

- deux évoquent clairement un manque de compréhension et d'adaptation de l'encadrement, les empêchant de se faire remplacer ou de prendre le temps nécessaire (5%)

- une évoque la nécessité d'arrêter l'allaitement pour reprendre le sport, la tension mammaire étant trop douloureuse et incompatible (2.5%).

- Parmi les professionnelles, 60% d'entre elles ont allaité leur enfant. 51.7% des allaitantes ont poursuivi après leur reprise, 18,2% sans aucun problème. 31.7% d'entre elles estiment avoir arrêté leur allaitement en lien avec leur activité professionnelle.

Raisons invoquées :

- organisation du temps de travail : 54.2%

- jugé incompatible avec l'activité : 25%

- problèmes organisationnels du temps de lactation (stockage/ lieu/ durée) : 20.8%

- regard des autres : 16.7%

- douleurs mammaires lors des activités physiques : 4.2%

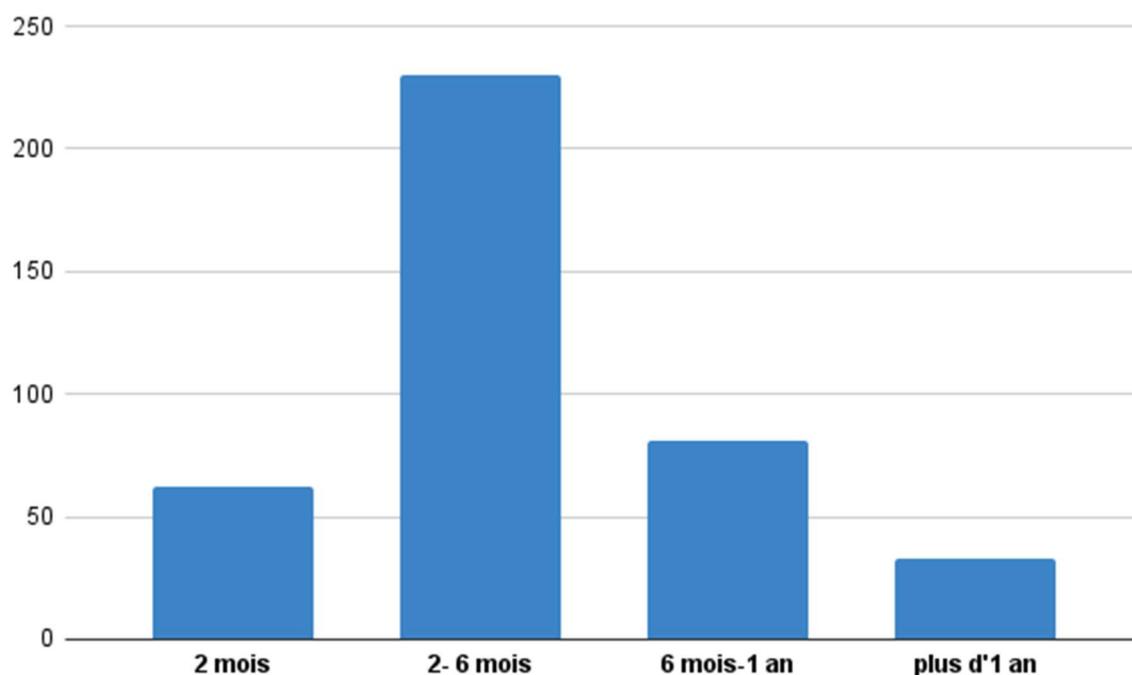
- jugé dangereux par un des SOG de l'équipe : 4.2%.

72.5% d'entre elles n'ont eu aucune explication concernant les précautions à prendre lors de la poursuite de l'allaitement en tant que pompier. 27% de celles-ci continuait pourtant à allaiter à leur reprise, et 81.25% d'entre elles avaient une reprise complète d'emblée.

5. Qualité de sommeil de bébé :

Satisfaisante pour 64.6% des femmes lors de leur reprise.

6. **Délai approximatif entre accouchement et reprise SP :**



7. **Mode de reprise de l'activité SP :**

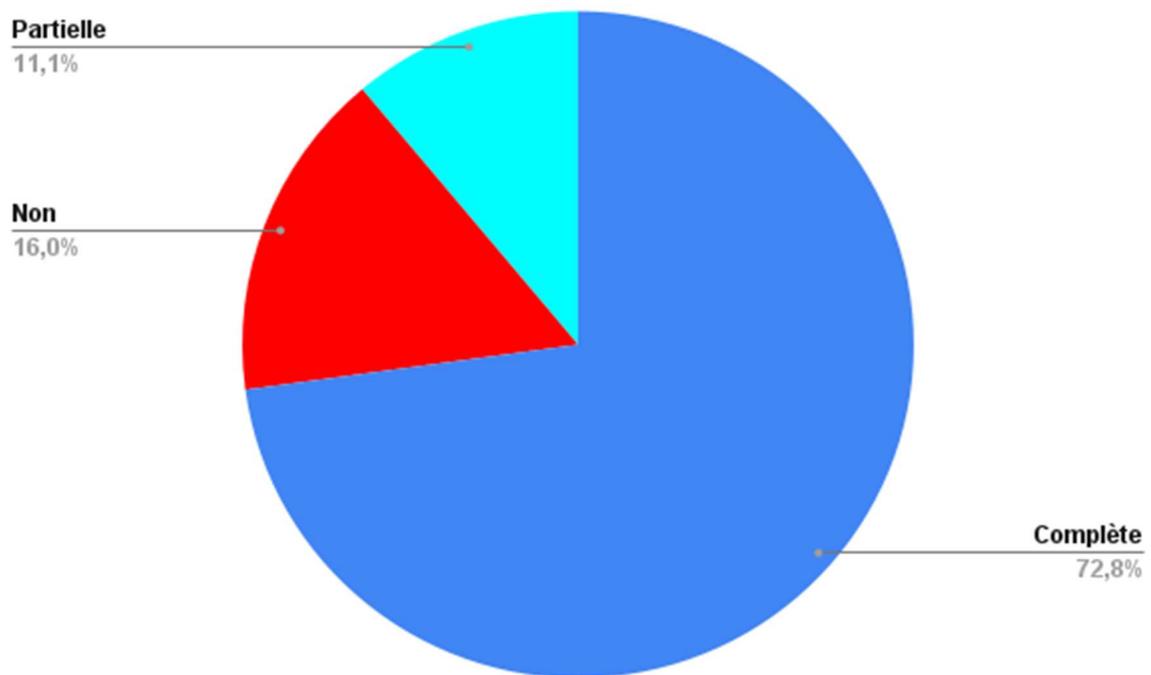
78.6% ont repris une activité SP complète d'emblée (SUAP et incendie).

8. **EAP :**

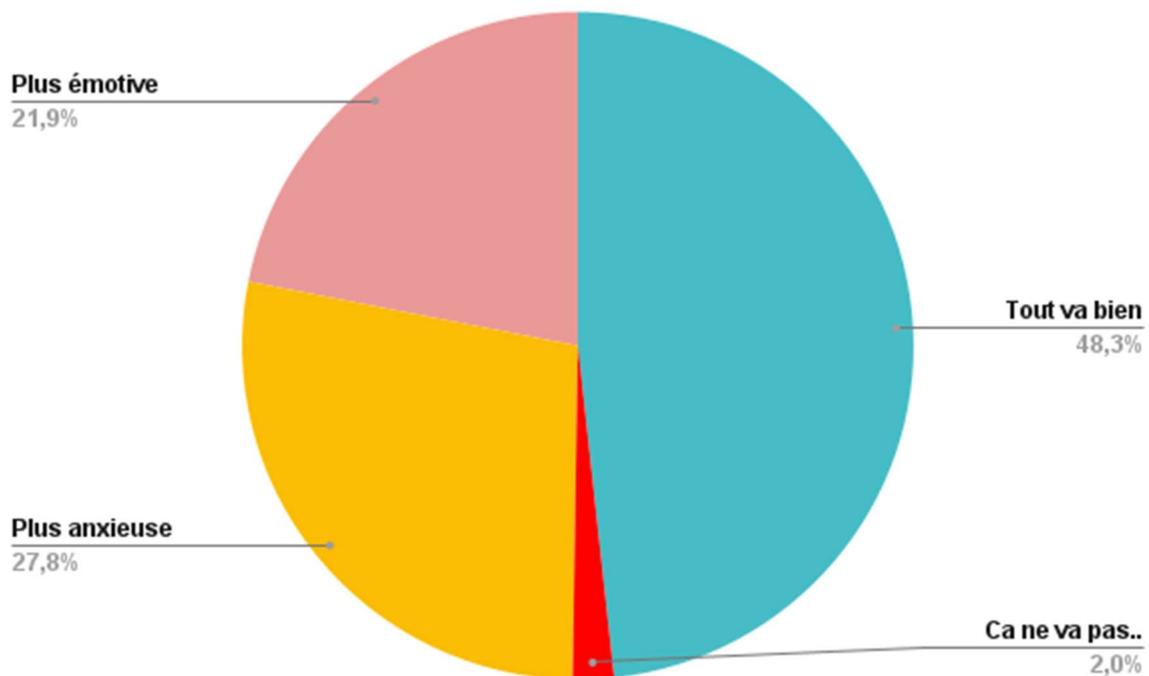
10.8% d'entre elles se sont vu proposer le soutien d'un EAP pour leur reprise physique, et 61.4% de celles-ci ne l'ont pas accepté par choix personnel.

Parmi les professionnelles, 18.3% ont eu cette proposition, et 54.5% ne l'ont pas fait.

9. **Rééducation du périnée :**



10. **Ressenti psychologique lors de la reprise :**

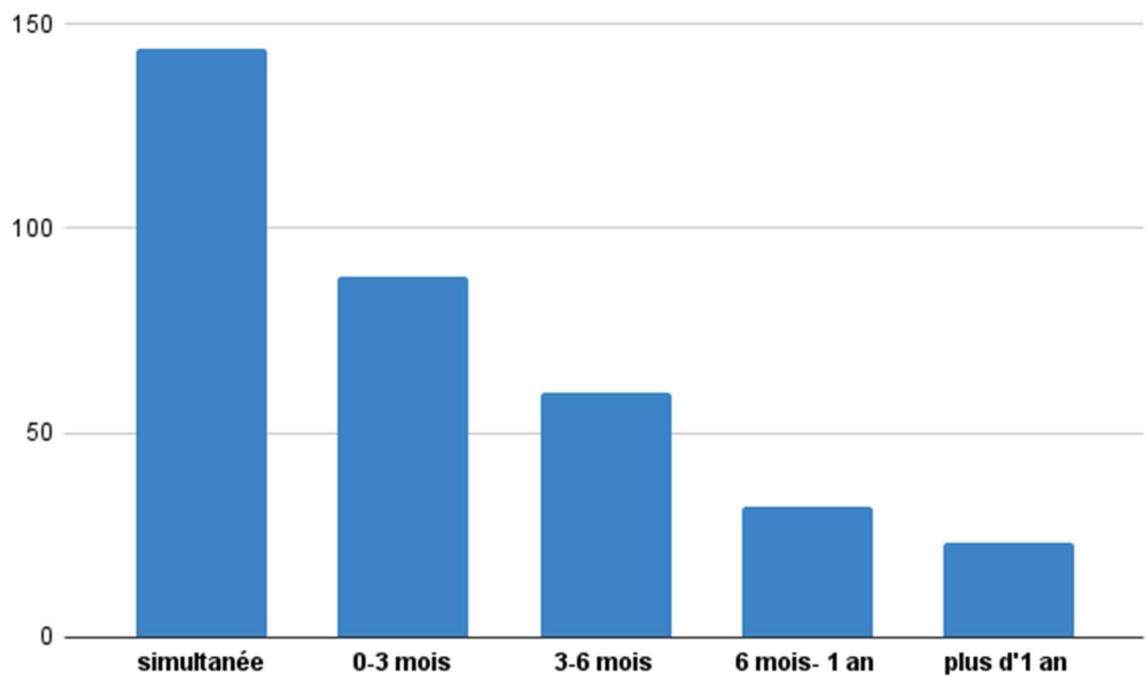


6.3% d'entre elles se sont vues proposer l'assistance d'une psychologue ; parmi elles seulement 12% y ont recouru.

2% ne se sentaient pas prêtes psychologiquement à reprendre, une seule parmi celles-ci s'était vu proposer l'aide de la psychologue (12.5%).

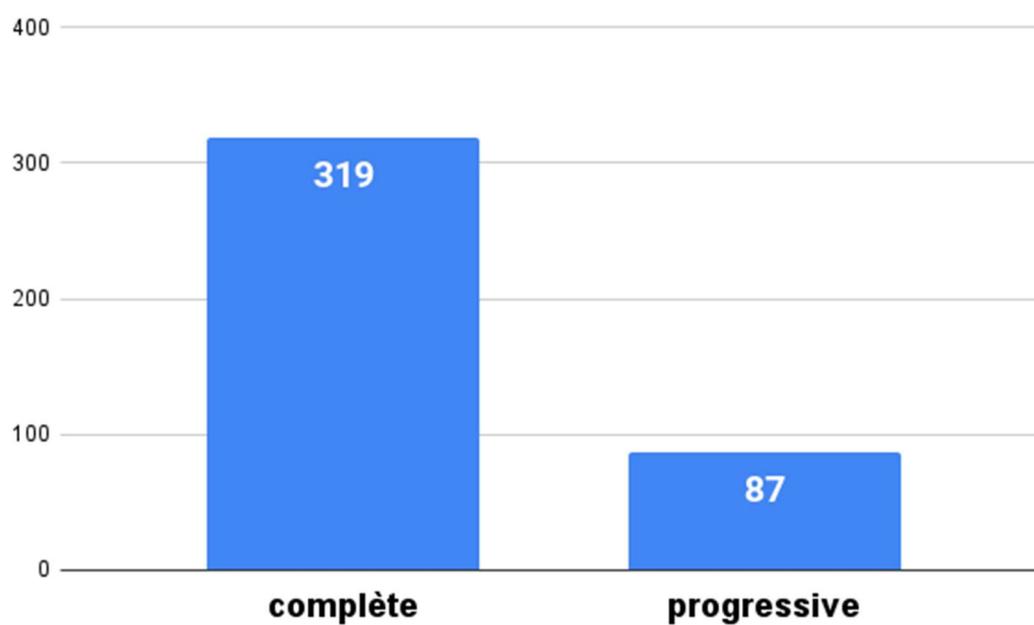
1.2% de l'ensemble de ces femmes ont recouru à une psychologue.

11. **Délai approximatif entre reprise professionnelle et reprise SPV :**



12. **Mode de reprise**

78.6% des femmes ont eu une reprise complète d'emblée.



13. Date de l'accouchement :

a. Accouchement il y a moins de cinq ans :

Pour les 233 femmes ayant accouché il y a moins de cinq ans , 37 n'ont pas encore repris leur activité SP.

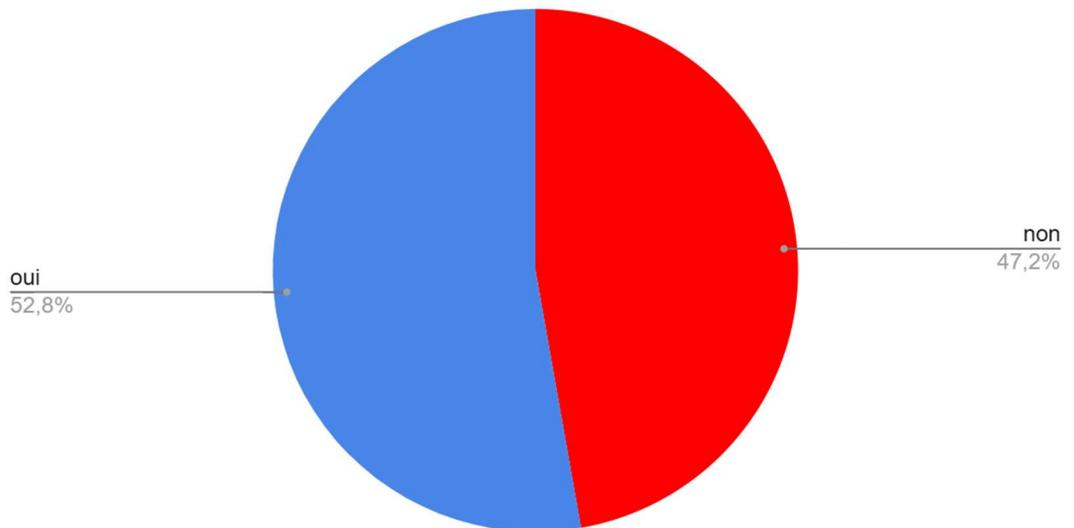
Elles sont toutes volontaires.

Sur celles-ci, six ont plus de deux enfants, neuf en ont deux.

14 estiment que le manque de sommeil lié à celui de bébé est responsable, au moins en partie, de la non -reprise.

Conjoint ayant une activité professionnelle ou SP nocturne :

% dont conjoint a une activité professionnelle ou SP nocturne
(accouchement < 5 ans sans reprise SP)



➤ Chez celles n'ayant pas encore repris leur activité SP :

- onze ont accouché il y a moins de deux mois et n'ont donc pas encore repris leur activité SP (elles sont toutes volontaires), une seule a repris son activité professionnelle.

Celles ayant répondu à la question « Quelles sont les raisons de votre absence de retour en caserne ? » craignent :

- un problème d'organisation et de compatibilité vie professionnelle, familiale et SP (54.5%),
- trois, souhaiteraient une aide à la reprise, sur les plans physique et diététique (27.2%),
- deux, une adaptation des horaires de garde (18.2%) (une souhaiterait être dispensée de nuit),
- une, une aide pour les FMPA (9.1%).

- Chez les neuf ayant accouché entre deux et six mois, quatre n'ont toujours pas repris leur activité professionnelle non plus .

Pour reprendre les SP :

- quatre ont des problèmes d'organisation familiale (44.4%)
- une attend sa remise à niveau (11.1%)
- une attend le contrat de garde pour son enfant (11.1%)
- une a des problèmes de rééducation périnéale et fait ses FMA en attendant de pouvoir reprendre, en ayant peu de temps et l'impression que ses collègues la jugent incapable (11.1%)
- une se sent diminuée physiquement (11.1%) .

Pour faciliter leur reprise,

- une, souhaiterait un mode de garde d'enfant au sein du CSP (11.1%)
- une, une adaptation des horaires (11.1%)
- une autre sentir plus de compréhension de la part de ses collègues (11.1%) .

- Chez les sept autres ayant accouché entre six mois et un an, toutes ont repris leur activité professionnelle.

Difficultés : quatre ont des problèmes d'organisation (57.1%), une est à nouveau enceinte (14.3%), une pense manquer d'activité physique et la dernière rencontre un manque d'adaptation et de reconnaissance de la caserne. Une souhaiterait moins de pression de l'encadrement en caserne pour une mère célibataire, une des conseils médicaux pour une bonne reprise et une dernière un autre mode de libération de l'engagement SP que la disponibilité.

- Dix n'ont pas repris depuis plus d'un an, une n'a pas non plus repris son activité professionnelle. Quatre d'entre elles ont plus de deux enfants et expriment une difficulté à s'organiser pour reprendre une activité SP, une exprime en plus des difficultés psychologiques.

Au total :

- sept expriment des problèmes d'organisation (70%), qu'elles aient un enfant ou plus,
- une, un manque de reprise physique (10%)
- une, des angoisses de séparation
- la dernière ressent négativement le regard des autres.

Elles souhaiteraient :

- deux, une plus grande flexibilité des horaires (20%)
- deux, une aide à la reprise sportive (20%)
- une, une aide à la garde des enfants (conjoint également SPV) (10%).

➤ Chez les 197 femmes ayant accouché il y a moins de cinq ans et ayant repris une activité SP, trois sont célibataires, l'une d'entre elles a deux enfants.

10,2% sont SPP.

Chez ces femmes, 43% ont des conjoints n'ayant pas d'activité professionnelle ou SP nocturne.

Délais de reprise en fonction du nombre d'enfants :

Nombre d'enfants	Délai de la reprise				Total
	2 mois	2-6 mois	6-12 mois	>12 mois	
1	13	60	23	8	104
2	9	42	17	7	75
plus de 2	1	8	7	2	18
					197
En %					
1	12,5	57,7	22,1	7,7	100
2	12	56	22,7	9,3	100
plus de 2	5,6	44,4	38,9	11,1	100

66% d'entre elles estiment que la qualité de sommeil de bébé était satisfaisante lors de leur reprise.

69.5% ont repris une activité SP complète d'emblée (au contraire d'une reprise progressive type SUAP puis incendie par exemple).

Seules 15.7% d'entre elles se sont vu proposer l'accompagnement d'un EAP lors de leur reprise, et seules 7.1% d'entre elles ont effectivement bénéficié de cet apport.

77% ont bénéficié d'une rééducation périnéale complète avant leur reprise, 14.3% n'en ont eu aucune (malgré les grossesses multiples pour certaines) et partielle pour les autres.

58 femmes ont poursuivi l'allaitement après leur reprise, soit 29,4% de ces femmes , et six estiment avoir dû le stopper à cause de leur activité SP (quatre à cause des horaires [66.7%], trois pour des problèmes « logistiques » [50%] (une pas de lieu tranquille pour effectuer le tirage, une pas de stockage, et une non remplacée pour tirer son lait). 40 estiment n'avoir eu aucun problème à le poursuivre (soit 58,8% de celles qui l'ont poursuivi).

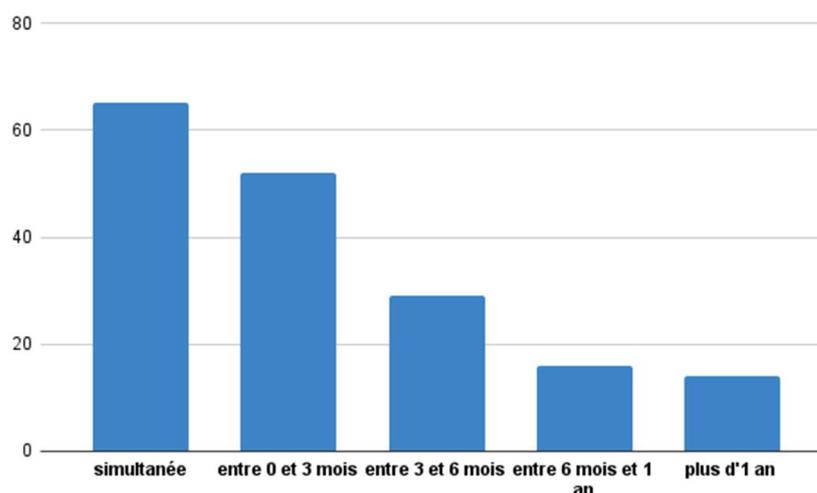
Sur l'ensemble des femmes ayant repris leur activité SP et dont l'accouchement date de moins de cinq ans, 14 estiment avoir dû arrêter l'allaitement à cause des SP : les raisons invoquées sont les horaires (64.2%), le regard des autres ou le manque de compréhension (21.4%), des problèmes « logistiques » (28.5%). 21.4% l'ont arrêté avant la reprise car jugé incompatible avec celle-ci.

Sur les 58 qui ont poursuivi l'allaitement à la reprise, 21 (soit 36.2% d'entre elles) ont repris une activité complète d'emblée sans obtenir d'information sur les précautions à prendre en cas d'allaitement et d'exposition aux fumées ou autre, 31 n'ont eu aucune information (date de la reprise incendie non précisée). Sur l'ensemble des femmes de la cohorte ayant repris suite à un accouchement de moins de cinq ans , 106 n'ont aucun souvenir d'avoir eu une information à ce sujet soit 70%, 45 en ont eu.

18 femmes se sont vues proposer l'accompagnement par une psychologue (soit 9.1%), seules quatre y ont recouru, dont une à qui on ne l'avait pas proposé. 2.5% ne se sentaient pas prêtes psychologiquement à reprendre, 26.9% plus anxieuse qu'avant d'être mères, 22.8% plus émotives, et 47.7% tout à fait prêtes à reprendre.

Mode de reprise : 69.5% ont repris de façon complète d'emblée

Délai entre reprise professionnelle et activité SP pour les SPV :



Raisons évoquées des reprises « tardives » (plus de six mois, soit 15.2% d'entre elles (24 sur 30 y ont répondu) :

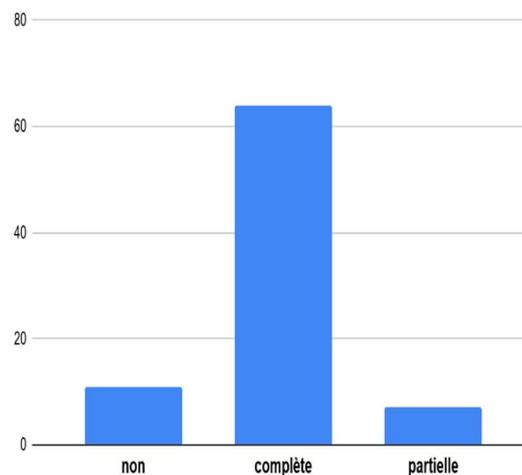
- problèmes d'organisation familiale ou professionnelle : 62.5%
- envie de poursuivre l'allaitement jusqu'à la reprise : 20.8%
- envie de profiter de son bébé : 12.5%.
- difficultés de gardes d'enfants : 12.5%
- nécessité de récupérer la fatigue accumulée : 8.3%
- perte du sentiment de légitimité au sein de la caserne, impression de ne pas être prête : 8.4%
- problèmes en rapport avec l'organisation des gardes volontaires : 4.2%
- perte de poids difficile : 4.2%
- FMPA à refaire : 4.2%
- pression de la hiérarchie : 4.2%
- nécessité d'être vaccinée contre le COVID : 4.2%
- problèmes de santé : 4.2%.

Les SPV n'ont émis aucun axe d'amélioration éventuel concernant leur reprise.

Mode de reprise : 87.5% de reprise complète d'emblée.

Rééducation du périnée :

Chez celles ayant repris SP et accouché <5 ans



- Parmi les vingt professionnelles ayant accouché il y a moins de cinq ans, 76.2% ont repris une activité entière d'emblée .

66.7% de ces SPP ne se sont pas vu proposer l'accompagnement d'un EAP pour la reprise physique, 14.3% n'en ont pas bénéficié par choix, 19% en ont profité.

Concernant la rééducation du périnée, deux n'en ont pas faite (premier enfant) et une partiellement, les autres l'avaient complètement terminé lors de leur reprise.

Onze ont allaité leur enfant (55%), 63.6% ont pu poursuivre l'allaitement après la reprise, dont deux sans aucun problème, mais 57.1% d'entre elles estiment qu'elles l'ont finalement stoppé à cause de l'activité SP.

Deux ont jugé leur travail incompatible avec l'allaitement et l'ont arrêté avant, quatre que les horaires ne le leur permettaient pas, deux ont été gênées par le regard de leurs collègues ou n'ont pas osé demander à être remplacées pour tirer leur lait (10%), une aurait dû tirer son lait plus souvent que les pauses allouées pour cela, deux n'ont pas trouvé de lieu pour stocker celui-ci. Les différentes causes sont mêlées.

A l'inverse, 18.2% d'entre elles ont pu le poursuivre sans difficultés.

Un tiers de ces SPP ont été informées des précautions à prendre lors de l'allaitement à la reprise du travail. En particulier sur les sept qui ont poursuivi l'allaitement après leur reprise, trois n'en ont pas été averties, dont une qui a eu une reprise incendie d'emblée..

Parmi ces femmes, une seule s'est vu proposer l'accompagnement par une psychologue et l'a refusé ; deux (9.5%) ne se sentaient psychologiquement pas prête à reprendre, une d'entre elles a consulté la psychologue, elle est la seule de ces SPP à l'avoir fait ; 47.7% se sentaient plus anxieuses qu'avant de devenir mères, 23.8% plus émotives, et seules 14.3% se sentaient totalement prêtes à reprendre.

68.2% ont fait une reprise complète d'emblée.

Cinq auraient souhaité :

- l'accompagnement d'un EAP (25%),
- trois des adaptations de temps de travail (15%),
- trois plus d'écoute et de soutien de la hiérarchie (15%), des collègues ou du service QVS,
- une aurait nécessité une aide psychologique (5%).

b. Accouchement entre cinq et dix ans dans contexte SP :

Elles sont 96, soit 21.7% de la cohorte et ont toutes repris leur activité SP.

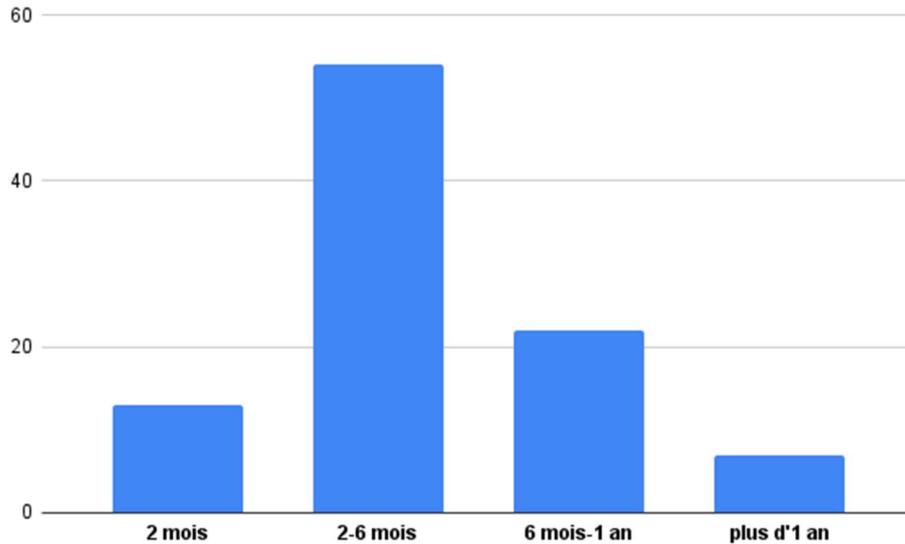
Il y a treize professionnelles, soit 13.5%.

Trois étaient célibataires lors de leur grossesse.

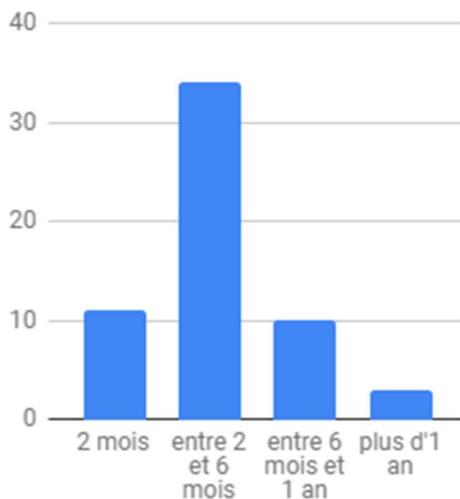
63.4% ont un conjoint qui avait une activité professionnelle ou SP nocturne.

59.4% estimaient que le sommeil de bébé était satisfaisant lors de leur reprise.

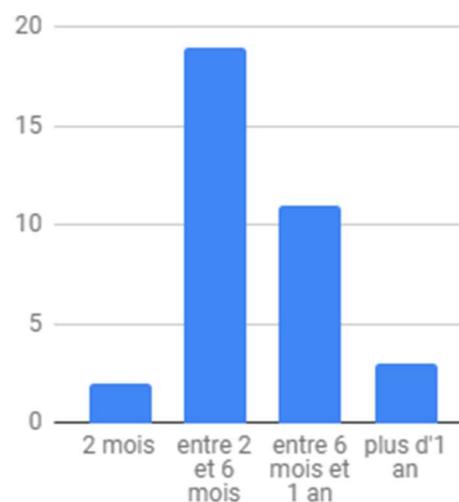
Délai de reprise après l'accouchement :



Si le conjoint a une activité SP ou professionnelle nocturne :



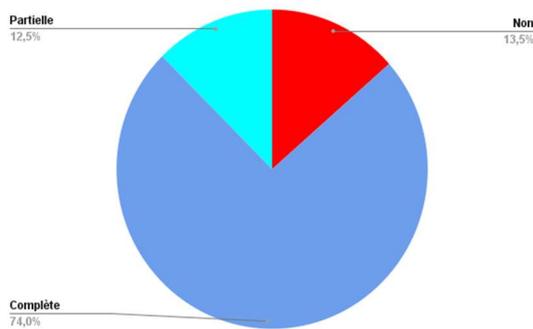
Sinon :



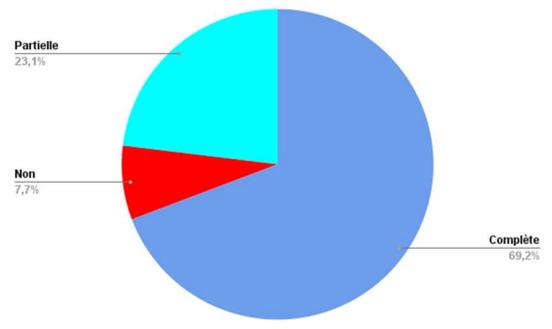
87.5% d'entre elles ont repris une activité SP complète d'emblée. Une seule professionnelle a repris de façon progressive, mais sans l'aide d'un EAP, elle est l'une des deux seules professionnelles à avoir repris à deux mois de l'accouchement.

Cinq seulement se sont vu proposer l'accompagnement d'un EAP (soit 5.2%), seules deux y ont recouru (2%).

Concernant la rééducation périnéale de l'ensemble de ces femmes ayant accouché il y a 5 à 10 ans :



Sur les 13 professionnelles, 1 n'en a pas fait, 4 de façon partielle (30.8%) et 8 complètement (61.5%).



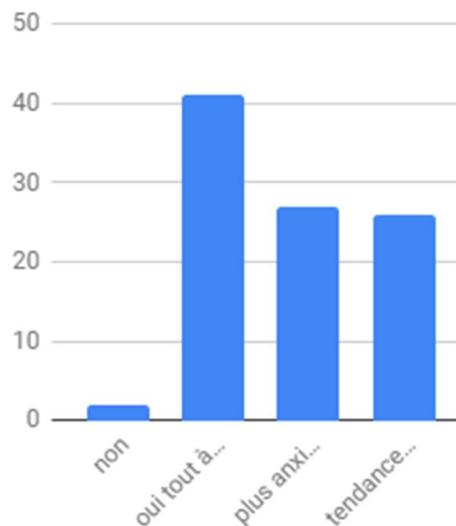
48 femmes sur 96, soit la moitié, étaient allaitantes. 60,4% d'entre elles ont continué d'allaiter leur enfant après leur reprise. Sept estiment qu'elles ont dû arrêter à cause de l'activité SP (soit 14.6%) :

- quatre au vu des horaires,
- une jugeait cela incompatible avec l'activité,
- trois, des difficultés dans l'organisation du tirage du lait (manque de temps, pas de stockage, pas de remplacement au sein de l'équipe),
- une était gênée par le regard des autres.

Treize (soit 27% des allaitantes) estiment n'avoir eu aucun problème à poursuivre leur allaitement à la reprise, une seule d'entre elles était professionnelle.

29 ont poursuivi l'allaitement après la reprise (soit 60.4% d'entre elles), dont 20 qui n'ont aucune information sur les précautions à prendre liées à leur activité SP, soit 68.9%.

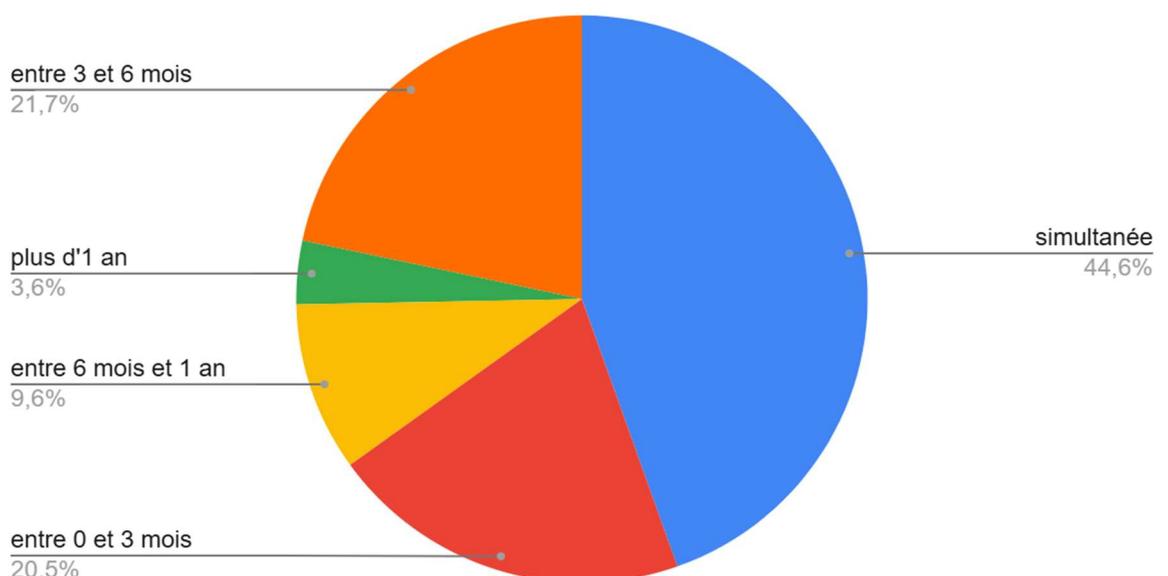
Etat psychologique à la reprise :



42.7% se sentaient tout à fait prêtes psychologiquement à reprendre l'activité SP. Parmi les autres qui ne l'étaient pas ou pas tout à fait, deux uniquement se sont vu proposer l'accompagnement d'un psychologue, offre qu'elles ont déclinée. Trois sur l'ensemble de ces femmes étaient au courant de la possibilité de consulter une psychologue si nécessaire, soit 3.1%.

Chez les SPV, délai approximatif entre la date de la reprise des activités professionnelle et sa-peur-pompier :

Délai approximatif entre reprise professionnelle reprise d'activité SPV



Difficultés rencontrées :

Elles sont onze à avoir repris l'activité SP plus de six mois après leur activité professionnelle (au minimum, impossible de savoir celles qui n'ont jamais repris au vu du mode de recrutement de l'enquête) :

- problèmes d'organisation familiale ou professionnelle : 54.5%
- problèmes de santé de l'enfant ou de la mère : 18%
- difficultés de reprise physique : 9% (à l'inverse, une se sentait prête physiquement et critique le SSSM qui a retardé sa reprise)
- profiter de son enfant : 9%
- ordre psychologique (doute sur sa légitimité, ses émotions) : 9% (à qui personne n'avait par lé d'un suivi possible par un psychologue).

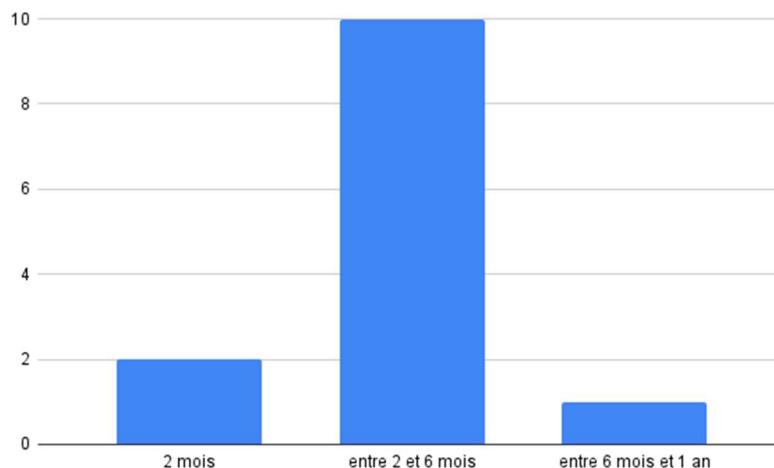
La SPV qui avaient des problèmes de légitimité aurait souhaité qu'il y ait une femme référente par caserne pour « nous accompagner à la reprise tant sur le plan opérationnel physique ou auprès de qui on pourrait parler se confier sur les angoisses » .

21 femmes se sont prononcées sur ce qui aurait pu les aider à un retour en caserne plus rapide :

- une aide à la reprise physique : 47.6%
- une prise en charge psychologique : 33.3%
- la possibilité de pouvoir se reposer de temps à autre quand les nuits sont encore compliquées à la maison (pas uniquement des « piquets » lourds où il est impossible de se reposer la nuit en CSP, type VSAB), de reprise en poste adapté à leur condition physique, une reprise dissociée (type SUAP puis incendie) : 19%
- une garderie au sein de la caserne : 14.3%
- une meilleure écoute, disponibilité ou information de la part du SSSM : 14.3%
- des FMFA lors des gardes et pas sur leur temps disponible à la maison : 9.5%
- éviter des propos misogynes : 4.8%
- un délai de reprise post-partum plus long (« comme dans les banques ») : 4.8%
- une aide à l'allaitement : 4.8%
- un soutien de la hiérarchie : 4.8%.

➤ On retrouve 13 professionnelles dans ce groupe de femmes. Une était célibataire. Une seule n'avait pas un compagnon travaillant la nuit, soit 8.3%.

Délai de reprise après l'accouchement :



53.8% estimaient le sommeil de bébé satisfaisant lors de leur reprise.

Une seule a fait une reprise progressive des compétences, les autres une activité complète d'emblée, SUAP, incendie et autres, soit 92.3%.

Deux se sont vu proposer l'accompagnement d'un EAP, soit 15.3%, une seule en a profité. 84.6% d'entre elles ont allaité leur enfant. 28.6% ont poursuivi l'allaitement après leur reprise. 10 sur 11 des femmes allaitantes estiment que leur activité est responsable de l'arrêt de l'allaitement (90.9%) :

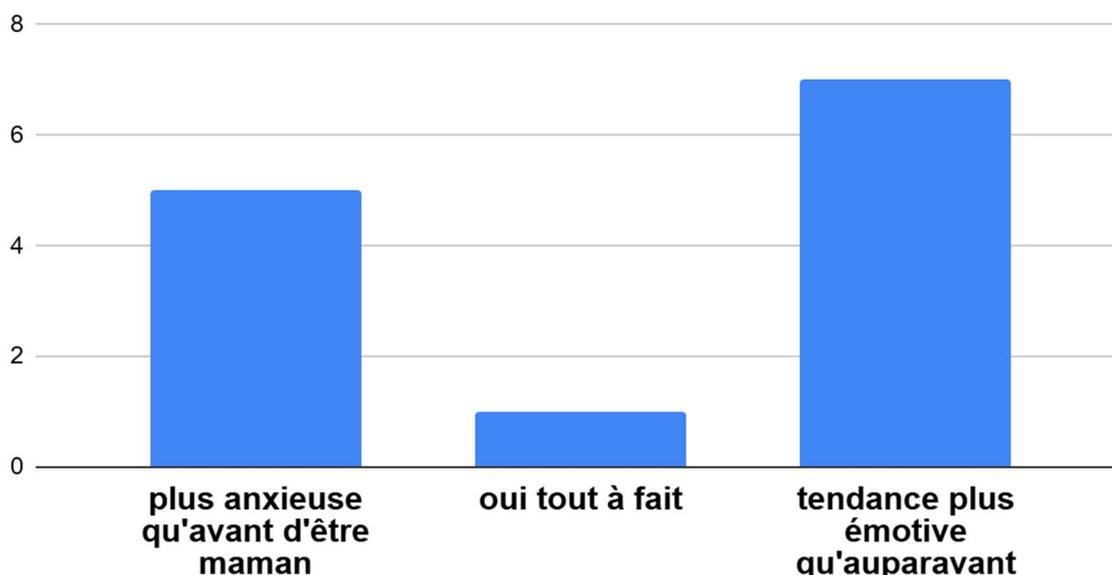
-jugé incompatible avec la garde (24h) : 72.7%

-problèmes logistiques » (pas de remplacement possible pour les interventions, pas de lieu de stockage) : 27.3%

-regard des autres : 9.1%.

15.4% ont eu une information sur les précautions à prendre lors de la poursuite de l'allaitement, mais pas la seule qui a continué à allaiter sans difficulté, avec une reprise complète..

Lors de votre reprise, vous sentiez-vous psychologiquement apte?



Aucune ne se sentait inapte psychologiquement. Aucune n'a été informée de la possibilité de consulter une psychologue, aucune n'y a recouru.

38.5% d'entre elles émettent des axes d'amélioration pour aider à la reprise :

-accompagnement par un EAP : 80%

-proposition d'un suivi psychologique si nécessaire : 40%

-établir des plages horaires et zones de repos pour les aider à se remettre de la fatigue des nuits blanches à la maison : 20%

-éviter les propos misogynes : 20%

-reprise en poste adapté : 20%

-meilleur suivi par SSSM : 20%

-mise en place d'un livret de manœuvre avec objectifs et suivi par le service formation : 20%

-congés post-partum plus longs : 20%

-refaire des FMPA car ne sentait pas à l'aise à la reprise : 20%

-limites de la reprise progressive dans un gros centre : nuits blanches récurrentes au VSAB : 20%

-aide pour l'allaitement : 20%

-reprise progressive : 20%.

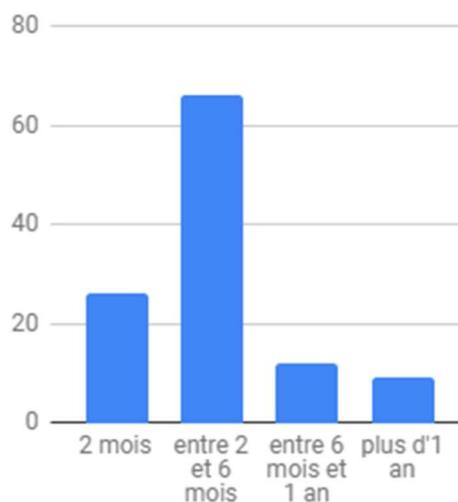
c. Accouchement il y a plus de 10 ans :

Dans cette cohorte, elles sont 113.

Elles sont 27 professionnelles (23.9%).

Six étaient célibataires lors de leur grossesse. Elles étaient 65.8% à avoir un conjoint travaillant la nuit.

Délai de reprise après l'accouchement :

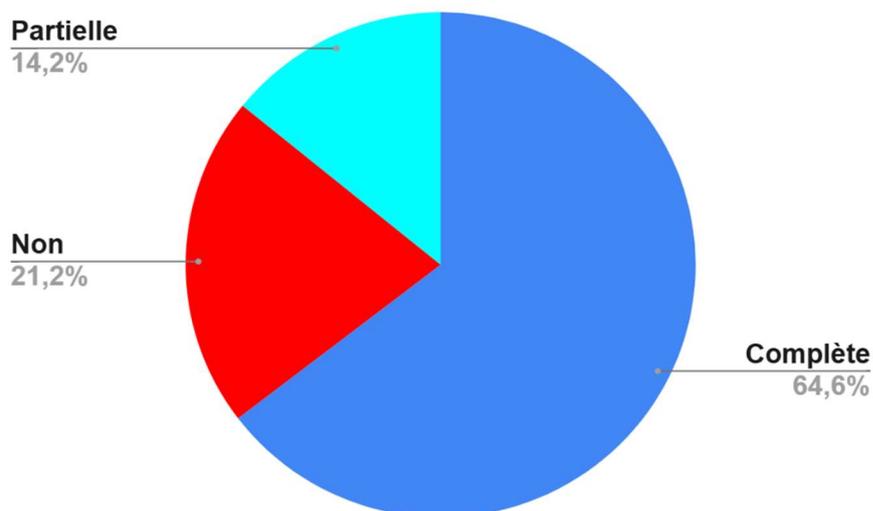


Elles étaient 69.6% à estimer que le sommeil de bébé était satisfaisant lors de celle-ci.

Elles étaient 86.7% à reprendre une activité SP complète d'emblée.

Elles sont huit à s'être vu proposer l'aide d'un EAP (soit 7%), une seule en a réellement profité (0.9%).

Rééducation périnéale :



Sur 53 femmes allaitantes (46.9% d'entre elles), 50.9% ont poursuivi celui-ci après reprise. 23% estiment que leur activité SP est responsable de cet arrêt, elles sont toutes professionnelles :

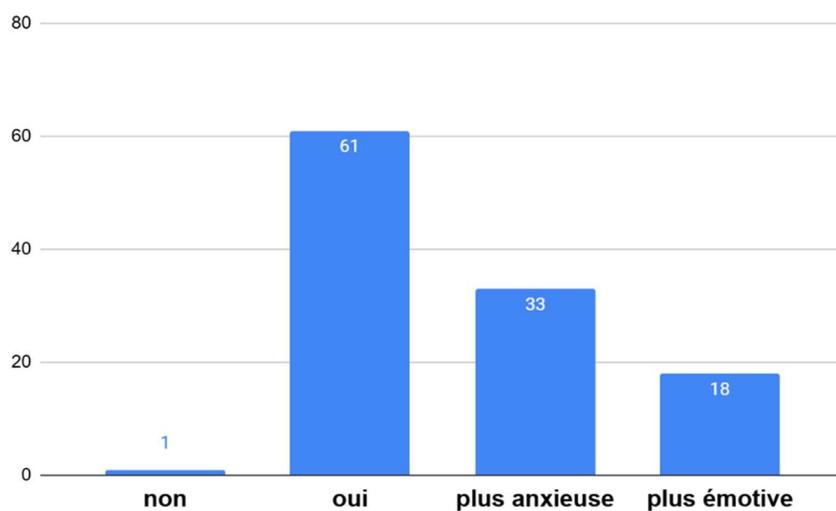
- cinq estimaient l'allaitement incompatible avec leur profession et les horaires
- une était trop fatiguée pour le poursuivre
- incompatibilité avec l'activité physique (douleurs mammaires)
- une l'a arrêté car ses sous-officiers lui ont dit que c'était trop dangereux de tirer son lait en caserne
- une craignait le regard des autres (« mal vu »).

37.8% d'entre elles ont poursuivi leur allaitement sans difficulté ; 20% d'entre elles étaient des professionnelles.

Sur les 26 qui ont pu poursuivre leur allaitement, douze (46.2%) avaient eu des explications sur les précautions à prendre. Seules deux parmi elles avaient repris une activité progressive.

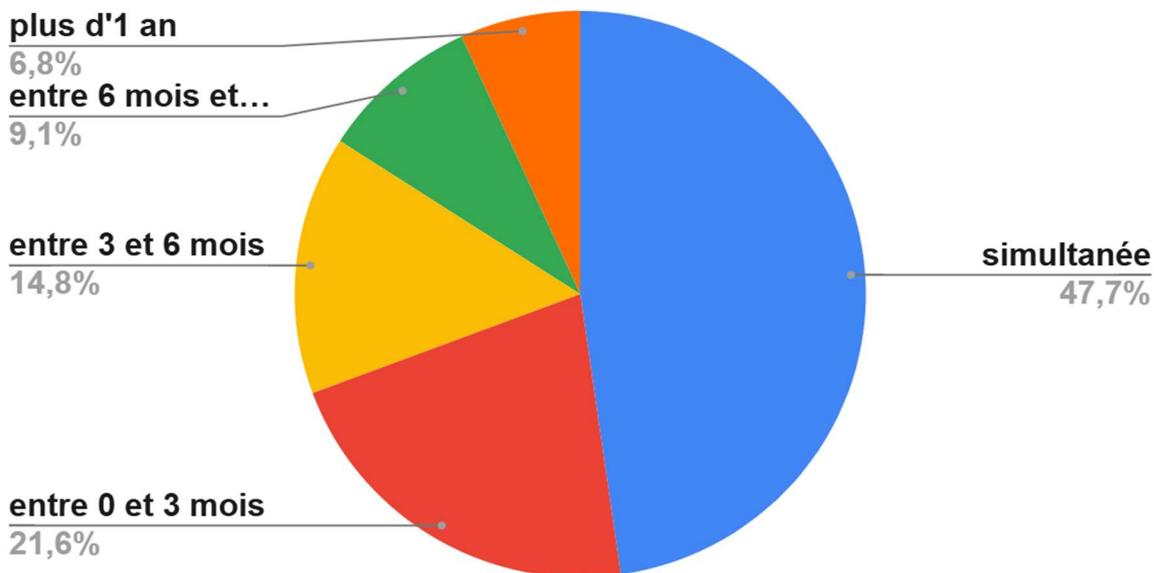
Mode de reprise : 86.7% ont eu une reprise complète d'emblée.

Etat émotionnel lors de la reprise :



3.5% ont eu connaissance de la possibilité de consulter une psychologue si nécessaire ; une seule, à qui on n'en avait pas parlé, y a recouru.

Délai approximatif entre reprise professionnelle et reprise d'activité SPV?



Elles sont 12.4% à avoir repris leur activité SPV plus de six mois après leur activité professionnelle devant:

- difficultés d'organisation : 50%
- poursuite de l'allaitement : 21.4%
- difficultés de récupération physique : 14.3%
- profiter de leur enfant : 14.3%
- asthénie : 7.1%.

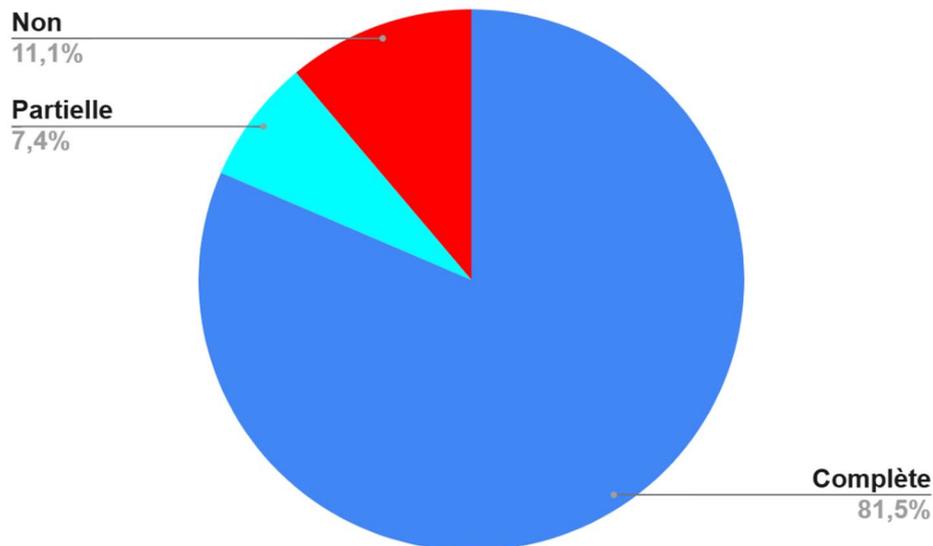
A l'inverse, trois ont récupéré une activité SP plus précoce (recherche d'emploi/ congé parental !!).

24 ont émis des propositions qui, pensent-elles, les auraient aidées :

- un accompagnement physique, sportif, adapté au corps d'une femme venant d'accoucher : 37.5%
- un aménagement des horaires ou des postes de travail : 20.8%
- une meilleure reconnaissance de la grossesse, du regard posé sur ces femmes, de leurs craintes, de leurs aptitudes physiques et de leurs ressentis émotionnels, tant au niveau hiérarchique que du corps des SP : 16.7%
- meilleur accompagnement de la nouvelle maman au sein de la caserne, un suivi plus rapproché : 12.5%
- reprise progressive : 12.5%
- faciliter la poursuite de l'allaitement en caserne : 8.3%
- un service assurant la garde des enfants : 8.3%
- une meilleure information sur les risques : 4.2%
- la possibilité de poursuivre une activité SPV même non opérationnelle pendant la grossesse (limiter les FMFA) : 4.2%
- pouvoir être accompagnée par une diététicienne : 4.2%.

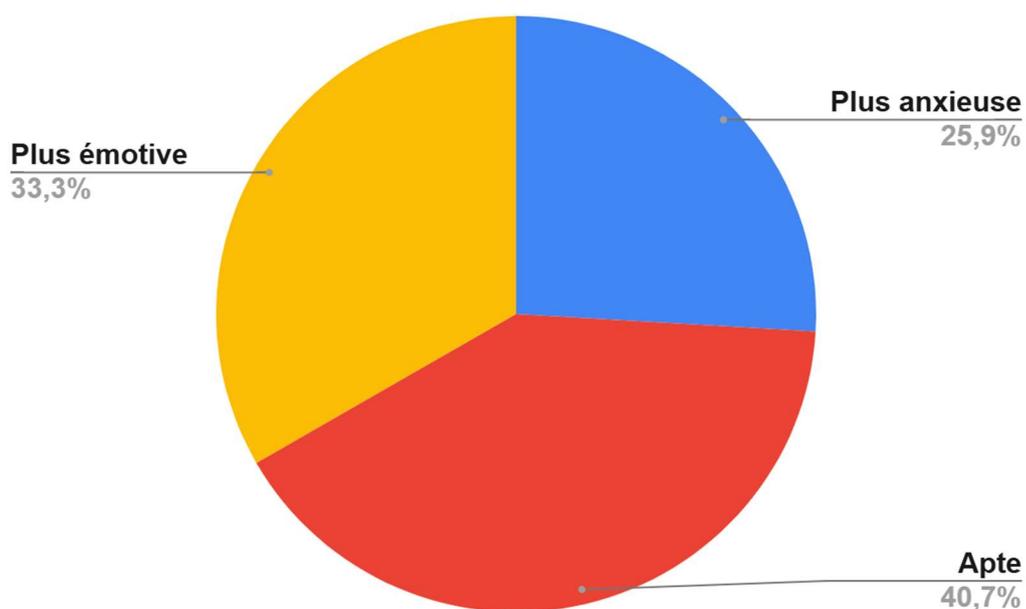
Si l'on regarde uniquement les SPP au sein de cette cohorte :

- elles étaient toutes en couple
- 70.4% d'entre elles avaient un conjoint travaillant la nuit
- un tiers d'entre elles ont repris à deux mois de leur accouchement, les autres entre deux et six mois
- 11.1% ont repris progressivement
- aucune n'a recouru à l'aide d'un EAP (bien que 7.4% se le soient vu proposer)
- rééducation périnéale :



Treize ont allaité soit 48.1% d'entre elles. 46.2% estiment que l'arrêt de l'allaitement est lié à leur profession (les mêmes que mentionnées plus haut) . 46.7% d'entre elles ont poursuivi l'allaitement après reprise; 30.7% estiment avoir pu poursuivre facilement leur allaitement.

Ressenti psychologique à la reprise :



Aucun suivi psychologique ne leur a été proposé, aucune n'a dû y recourir.

18.5% de ces professionnelles ont émis des propositions pour améliorer leur retour en caserne :

- accompagnement par un EAP : 100%
- poste adapté : 40%
- reprise d'aptitudes progressive : 20%
- temps partiel : 20%.

4. Discussion :

L'objet de l'étude était d'évaluer le niveau de conseil et de prise en charge des femmes sapeurs-pompiers lors de leur retour d'activité suite à une grossesse, d'effectuer un état des lieux des difficultés rencontrées par les femmes sapeurs-pompiers lors de leur retour de grossesse, et de ce qui aurait pu faciliter ou accélérer leur retour en caserne.

443 femmes ont répondu à cette enquête. 217 ont évoqué dans des réponses ouvertes leurs difficultés et des axes potentiels d'amélioration. Ce nombre semble suffisant pour envisager une extension de ces réponses à l'ensemble des SDIS, bien qu'il puisse toujours exister des variabilités en fonction des territoires (deux réponses uniquement émanant des territoires ultra-marins par exemple) et des variabilités interindividuelles.

Une étude sur plusieurs mois dans laquelle l'ensemble des SDIS aurait participé aurait permis une analyse plus étayée et approfondie du panorama actuel de la prise en charge des femmes SP et de leurs désirs et nécessités lors de leur retour de couche, ce qui ne peut être envisagé dans le cadre de ce travail.

Quelques biais sont présents dans cette étude :

- le non-renouvellement des contrats de volontariat après cinq ans de non-retour en caserne (4) a mis de côté de fait les femmes qui n'ont pu reprendre après leur grossesse, puisqu'elles ont été éliminées des listing mails des SDIS. Ces absences pourraient donc majorer de façon plus ou moins importante le nombre de femmes n'ayant pu reprendre.
- certains items manquent de précision : je n'ai pas demandé à ces femmes si elles avaient allaité leur enfant, et j'ai donc été obligée de créer une approximation en estimant que celles qui disaient avoir arrêté leur allaitement avant leur reprise, sans précision, étaient non allaitantes, à moins qu'elles ne se soient exprimées sur ce fait : les résultats sont donc plutôt des estimations que des pourcentages réels.
- les questionnaires étant anonymes, et les répondentes non retrouvables, certaines réponses n'ont probablement pas été analysées correctement, car manquant de précision ou de clarté, mais cela reste un phénomène ponctuel.

Le travail de Mme PRUDOR Florence (5) (Travail d'Application Tutoré de 2015) relève les difficultés rencontrées par 7 femmes sapeurs-pompiers de retour de couche, lors d'un entretien personnalisé. On retrouve les mêmes écueils, notamment difficultés psychologiques et physiques, et son travail permet d'envisager des axes d'amélioration de reprise ; le moindre nombre ne permet cependant pas de généralisation.

Le document de travail du SDIS 50 sur la reprise opérationnelle au retour de grossesse propose, suite à plusieurs études, un accompagnement EAP spécifique à partir du 3^{ème} mois après l'accouchement. A partir de 4.5 mois, les SP, si leur état physique est jugé suffisant, peuvent reprendre du SUAP, et de l'incendie à partir du 11^{ème} mois. Chaque étape est validée par un examen médical. Ce protocole ne met pas en avant de prise en charge psychologique, ce qui pourrait être source d'oubli pour les médecins, alors qu'elle est mentionnée dans leur travail (6).

A noter qu'il est interdit pour les femmes allaitantes d'utiliser des engins mus à air comprimé : certains outils du VSR pourraient s'en rapprocher et donc leur usage formellement contre-indiqué dans ce cadre.(7)

De nombreux facteurs semblent influencer sur les délais de reprise de ces femmes, qu'ils soient physiques, organisationnels ou psychologiques. L'hypothèse initiale qui était que les femmes qui reprennent une activité ne bénéficient pas de suffisamment de conseils et d'aménagements de leur activité, leur permettant d'allier leur travail ou leur activité volontaire avec leur nouvelle situation de mère, semble se confirmer pleinement au vu des nombreuses requêtes de celles-ci.

1. Allaitement

Le Code du Travail stipule « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant ses heures de travail » (8), « répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi . La période où le travail est arrêté est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur. »(9) « La période de trente minutes est réduite à vingt minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées.. un local dédié à l'allaitement » (10)

Ce local dédié peut permettre d'accueillir l'enfant au sein-même de l'établissement, mais uniquement pendant les périodes d'allaitement, et son aménagement est soumis à de nombreuses dispositions légales.(11)

Mais le Code de la Fonction publique (12) indique, dans l'article 46 : « Pendant une année après la naissance d'un enfant une fonctionnaire allaitant son enfant pourra bénéficier d'un aménagement horaire d'une heure par jour maximum, sous réserve des nécessités de service. Les modalités d'application seront définies par le même décret que le décret relatif aux autorisations spéciales d'absence publié début 2020. »

Or, le fait de mentionner les nécessités de service pourrait faire annuler cette demande, d'autant plus si l'administration ne dispose pas de locaux adaptés à la garde des enfants. Cette possibilité peut donc être variable d'un SDIS à l'autre, et en fonction des postes, opérationnels ou fonctionnels, de l'agent. Dans le SDIS 34, les professionnelles disposent de droit de cette possibilité de tirer leur lait 2 fois au cours de la garde (13) ; il n'y a pas de textes précisant si le nombre de périodes allouées à la lactation varie ou non en fonction de la durée du travail quotidien ; cela reste donc à évaluer avec le chef de centre de chaque agent féminin. En ce qui concerne les SPV, il n'existe pas de textes, cette autorisation peut donc varier en fonction de chaque chef de centre, libre à lui, en conséquence, de voir s'il souhaite que ses volontaires reprennent du service si elles sont allaitantes.

Par ailleurs, selon une directive européenne de 1992 (14), pour «toute travailleuse allaitante au sens des législations et/ou pratiques nationales, qui informe l'employeur de son état », celui-ci doit adapter ses conditions de travail afin de limiter au maximum les risques d'exposition envisagés au sein de son environnement de travail, et déterminer les mesures à prendre. « Les travailleuses allaitantes .. ne peuvent en aucun cas être tenues d'accomplir des activités dont l'évaluation a révélé le risque d'une exposition aux agents ou conditions de travail visés à l'annexe II section B, qui met en péril la sécurité ou la santé. » « Si l'aménagement des conditions de travail et/ou du temps de travail n'est pas techniquement et/ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer à la travailleuse concernée un changement de poste. »

De plus, par essence, l'activité professionnelle des SP peut mettre en jeu à tout moment la santé des travailleuses allaitantes : exposition à des agents microbiens, travail en hauteur ou de force, exposition à des fumées.. qui peuvent mettre en jeu leur santé et celle de leur nouveau-né.

L'exposition aux microbes (infections bactériennes, virales ou fongiques) entraîne rarement des risques pour le nourrisson (15), imposant rarement l'arrêt de l'allaitement (les voies de transmission les plus fréquentes étant manuportées ou aériennes). Ce qui impose des précautions :

- un AES (Accident d'Exposition au Sang) : les risques d'exposition au VIH important ou nécessitant une thérapie anti-rétrovirale, ou à l'Hépatite B chez une SP non immunisée, nécessitent une évaluation par un infectiologue afin de déterminer la nécessité ou non d'interrompre l'allaitement, et les éventuels traitements à envisager chez la mère, voire chez le nourrisson si nécessaire.
- l'exposition à la varicelle chez une SP non immunisée, ou à la tuberculose, imposent des précautions
- la brucellose est la seule pathologie bactérienne à imposer l'arrêt de l'allaitement, mais ne concerne essentiellement que les vétérinaires.

Ce risque microbien peut donc être considéré comme faible si les protections d'usage sont respectées.

Par ailleurs, les toxiques contenus dans les fumées passent dans le lait pour certains d'entre eux ; il est donc nécessaire de prévenir les mères qui seraient encore allaitantes des conséquences possibles et de la nécessité de tirer son lait après intervention et de le jeter, s'il y avait lieu.

Ces éléments permettent en partie d'appréhender les difficultés perçues pour poursuivre l'allaitement lors de la reprise des activités SP, et la demande récurrente de ces nouvelles mères à avoir une adaptation de leur poste afin de pouvoir poursuivre l'allaitement de leur enfant.

	% de femmes allaitantes dans population envisagée	% des femmes allaitantes ayant poursuivi après reprise SP	% d'arrêt allaitement à cause activité SP	% poursuite facile
Ensemble des SP	45.8	55.7	19.7	18
SPP dans pop° identique	60	51.7	31.7	18.2
Accouchement <5 ans	51.3	57.4	13.9	22.4
SPP	55	63.6	40	18.2
5-10 ans	50	60.4	14.6	27
SPP	84.6	28.6	90.9	14.3
>10 ans	46.9	50.9	23	37.8
SPP	48.1	46.2	46.2	30.7

Dans cette étude, la population estimée de femmes allaitantes étaient de 203 femmes (45.8% de l'ensemble), 113 poursuivaient encore leur allaitement lors de leur reprise (55.7% des femmes allaitantes).

47.5% estiment que leurs conditions de travail (gardes, charge de travail) étaient incompatibles avec l'allaitement, 10% ont donc différé leur reprise ou arrêté l'allaitement en prévision de celle-ci. On peut noter également l'impossibilité pour certaines de se faire remplacer pour les périodes de lactation.

Les conditions de stockage du lait ou le lieu de tirage étaient parfois complexes ou impossibles à envisager (25% des causes d'arrêt), ce d'autant plus que certaines n'étaient pas à l'aise avec leur corps ou le fait de se sentir remarquées (10% des cas), dans une caserne où certaines femmes veulent à tout prix ne pas se distinguer des hommes pour se sentir acceptées. Entreposer leur production lactée dans le frigo de la caserne devait donc leur sembler inenvisageable. Par ailleurs, ces derniers ne sont pas forcément disponibles dans tous les établissements.

Dans la population totale de femmes, on note une croissance progressive du taux d'allaitement au cours des années, ainsi qu'une baisse du taux d'arrêt de celui-ci en rapport avec l'activité SP.

Chez les SPP, le pourcentage de femmes allaitantes est plus important ; mais le pourcentage d'arrêt en rapport avec leur profession est très important, toujours supérieur à 40%, (même catastrophique pour celles ayant accouché il y a entre cinq et dix ans). On peut donc en déduire que cette amélioration du taux d'arrêt de la lactation est liée aux SPV, peut-être parce qu'un certain nombre d'entre elles ne reprennent leurs activités SP qu'une fois leur enfant sevré du sein.

Ce taux d'arrêt de lactation en rapport avec leur profession fluctue au cours des années, on ne peut pas noter de tendance actuellement. Pour mieux évaluer, il faudrait prendre année par année. Elles sont cependant plus nombreuses que dans la population totale de ces femmes à trouver l'activité SP incompatible avec la lactation et l'organisation du temps de travail. Le regard des autres membres de leur équipe leur pèse également plus, ce qui me semble bien dommage lorsque l'on fait partie d'une équipe constituée, et tend à prouver qu'il y a encore des efforts à faire dans les mentalités.

Certaines signalent que ces sont les médecins, lors de la visite de reprise, qui leur ont conseillé de ne pas reprendre tant qu'elles allaient, probablement en rapport avec l'augmentation de la laxité ligamentaire favorisée par le contexte hormonal, et donc le risque de blessure majoré, en l'absence d'une bonne reprise physique.

A noter malheureusement que 5% de celles qui avaient poursuivi l'allaitement après reprise (soit deux femmes) ont stoppé leur lactation devant un manque de compréhension et de l'adaptation de l'encadrement, les empêchant de se faire remplacer ou de prendre le temps nécessaire. Le pourcentage paraît important, le nombre est heureusement faible, mais cela est bien dommage, d'autant plus que ces événements sont arrivés au cours des dix dernières années.

Par ailleurs, le pourcentage des femmes trouvant la poursuite de l'allaitement facile diminue d'année en année.

72.5% d'entre elles n'ont eu aucune explication concernant les précautions à prendre lors de la poursuite de l'allaitement en tant que pompier (éventuel risque de transmission microbienne/exposition aux fumées). 27% de celles-ci continuaient pourtant à allaiter à leur reprise, et 81.25% d'entre elles avaient une reprise complète d'emblée.

Il n'y a étrangement pas d'explication évidente concernant le manque d'information à ce sujet, qui ne s'améliore pas avec le temps, malgré la sensibilisation à la toxicité des fumées actuellement. En effet, au cours des cinq dernières années 46.6% des allaitantes étaient informées,

31% il y a cinq à dix ans et 46.2% il y a plus de dix ans. Chez les professionnelles, on note néanmoins une nette amélioration : 42.8% ont des informations ces cinq dernières années, alors qu'aucune n'en avait eu les cinq années précédentes.

L'allaitement est, médicalement, le meilleur moyen d'assurer l'alimentation et l'immunité d'un nouveau-né, l'OMS recommande de le poursuivre au minimum pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant. Il faut cependant penser à informer les femmes SP des risques potentiels encourus.

Il faudrait donc poursuivre les efforts concernant l'allaitement des enfants de ces femmes lors de la reprise lorsqu'elles le désirent, en faisant cependant attention au risque de majoration de la laxité ligamentaire, et donc avoir une reprise physique adaptée, avec des EAP formés à ces spécificités.

2. EAP

10.8% des femmes sapeur-pompier seulement se sont vu proposer l'accompagnement par un EAP, malheureusement seules 38.6% ont accepté cette aide. Les pourcentages sont un peu plus élevés chez les professionnelles (18.3%) avec une réalisation plus fréquente (45.5%). A noter qu'au vu du nombre de femmes qui auraient souhaité un accompagnement physique lors de leur retour de couche, ce chiffre est à déplorer.

Le nombre de propositions d'accompagnement a « explosé » au cours des cinq dernières années, puisque 78.9% de ces propositions ont été faites à ce moment-là, ce qui va bien dans le sens des derniers travaux accomplis par l'association des EAP et des SDS (6, 13).

Il conviendrait de poursuivre cette pratique dans les années à venir, afin d'aider à la reprise dans de meilleures conditions physiques et psychiques.

3. Rééducation périnéale

Seules 72.8% des femmes ont repris leur activité SP avec une rééducation périnéale complète ; quand l'on sait les efforts physiques parfois nécessaires dans l'exercice de cette activité, cela semble fort préjudiciable pour elles ; 16% n'en ont même pas eu.

Ce d'autant plus que les certificats de fin de rééducation périnéale étaient jusqu'en 2023 en théorie obligatoires pour la reprise.

Cependant, au cours des années, la rééducation périnéale a été accompli complètement de plus en plus fréquemment pour l'ensemble de ces femmes :

-64.6% il y a plus de 10 ans

-74% pour un accouchement entre 5 et 10 ans

-77.5% dans les 5 dernières années..

Ce qui n'est malheureusement pas le cas pour les femmes SPP, et ce pas forcément en lien avec une reprise progressive ; certaines ont repris une activité SP complète d'emblée sans même avoir fait de rééducation du tout..

Il est pourtant clairement admis que l'absence de rééducation, même pour un faible nombre de grossesse ou un accouchement par césarienne, augmente le risque d'incontinence et de prolapsus sur le long terme, d'autant plus si la femme est soumise à des travaux de force ou à un port de charge lourde.

Il conviendrait donc, bien que le certificat de fin de rééducation périnéale ne soit plus obligatoire pour la reprise, de s'assurer que celle-ci soit au minimum débutée lors de la reprise.

4. Evaluation psychologique

La grossesse et la période du post-partum sont des périodes de la vie très à risque de développer des pathologies psychiatriques, même en l'absence d'antécédent antérieur, comme le rapporte A.-L. Sutter-Dallay, pédopsychiatre (16), qui signale à partir d'une étude effectuée sur douze ans, que deux femmes sur 1000 étaient hospitalisées en psychiatrie en post-partum précoce, et que sur l'ensemble des femmes qui étaient hospitalisées dans les trois premiers mois, 50% ne présentaient pas d'épisode antérieur. Ces risques d'apparition de troubles psychiatriques seraient majorés par l'association des troubles du sommeil. D'autre part, selon la HAS (17), 25% de ces pathologies ne seraient pas détectées précocement et 20% des morts maternelles au cours de la première année du post-partum sont liées à des suicides.

Dans les réponses qui m'ont été données, 2% des femmes avouent qu'elles ne se sentaient absolument pas bien psychologiquement au moment de leur reprise, et parmi celles-ci, uniquement une d'entre elles s'est vu proposer une consultation avec une psychologue soit 12.5%.

On objective ici que la maternité modifie considérablement son ressenti psychologique, puisque seules 47.7% se sentaient parfaitement prêtes à reprendre.

Parmi la globalité de ces femmes, 6.3% ont eu l'opportunité d'être assistées psychologiquement, 1.2% y ont recouru.

On note une sensibilisation de la part des praticiens sur ce problème au fil du temps, puisqu'il y a plus de dix ans, aucune aide psychologique n'était proposée, il y a plus de cinq ans, 3.1% savaient qu'il y avait possibilité de recourir à une psychologue (aucune professionnelle) et au cours de ces dernières années, 9.1% des femmes et 2.5% des professionnelles étaient informées.

Il semble donc judicieux, au vu du pourcentage élevé de complications possibles, de continuer à aborder cette problématique avec l'ensemble des femmes qui consultent en prévision de leur reprise, et en cas de doute, de systématiquement les orienter vers une psychologue, voire un psychiatre si les troubles étaient évidents et majeurs.

5. Mode de reprise

78.6% des femmes et 85% des professionnelles ont une reprise complète d'emblée, la date de leur accouchement n'a pas dû toujours être prise en compte.

Il semble qu'une prise de conscience a permis de diminuer les reprises complètes au cours du temps, puisqu'au cours des cinq dernières années, ce pourcentage se situe aux alentours de 69%, alors qu'il était autour de 85% les années précédentes, avec une diminution de ce pourcentage plus précoce pour les professionnelles, dès les années 2015.

Ainsi, les travaux entrepris par certains SDIS (6) visant à diminuer cette tendance en favorisant une reprise progressive, afin de limiter les risques traumatiques liés à un arrêt prolongé et à des

modifications importantes musculaires et physiologiques, semblent commencer à porter leurs fruits.

6. Difficultés éprouvées et axes d'amélioration proposés

Un des buts de l'étude était de faire le point sur ce qu'avaient éprouvé les femmes SP à leur retour de couche, leurs difficultés, et éventuellement les axes d'amélioration qu'elles auraient envisagé pour pouvoir remédier à certains problèmes.

Les difficultés d'organisation intra-familiales, ainsi qu'avec leur profession lorsqu'elles sont SPV, sont des éléments quasi-constants lors de l'arrivée d'un enfant au sein d'une famille, et ne relèvent que d'un temps d'adaptation propre à chacun, je ne reviendrai donc pas dessus. Elles sont d'autant plus marquées que le nombre d'enfants de la famille est plus important.

De même, lorsqu'il existe des problèmes de santé de la mère ou de l'enfant, aucune amélioration ne pourra être réalisée de la part des SDIS, hormis proposer une aide sociale si cela était nécessaire, au minimum faire part de cette possibilité à la maman si cela semble envisageable.

Je traiterai séparément les problèmes propres aux professionnelles, puisque les adaptations au sein d'une profession sont différentes que celles que l'on pourrait envisager pour les volontaires.

a) Difficultés communes

1) Physique

Une des plaintes récurrentes est le manque d'aide à la reprise physique. La prise de poids et le manque ou la baisse d'activités physiques liés à la grossesse gênent nombre de femmes lors de l'évocation de la reprise. Nombreuses sont celles qui auraient souhaité un accompagnement par un EAP et/ou un diététicien.

Certaines ayant accouché il y a plus de dix ans évoquent également un accompagnement par des EAP formés aux spécificités de la femme venant d'accoucher. Les EAP n'étaient effectivement pas formés aux spécificités physiques de la femme de retour de grossesse il y a quelques années. Mais au vu du nombre croissant de femmes, et donc de grossesses prévisibles, ceci est en train de devenir un des axes de leur formation.

Ainsi elles étaient 37.6% il y a plus de dix ans et 47.6% parmi celles qui ont accouché il y a entre cinq et dix ans à avoir souhaité un accompagnement.

Le pourcentage est encore plus important, de façon logique, parmi les professionnelles, mais tend à décroître au fil du temps, ce qui confirme la proposition plus fréquente de cette aide dans leur catégorie : elles étaient 100% à souhaiter cet accompagnement il y a plus de dix ans, 80% entre cinq et dix ans, et 25% au cours des cinq dernières années.

2) Meilleure compréhension des équipes et de la hiérarchie

De nombreuses femmes ne se sentent pas comprises des membres de leurs équipes et de leur hiérarchie, souvent masculins.

En effet, à mon sens, un homme ne peut comprendre totalement les modifications corporelles et psychologiques liés à l'arrivée d'un enfant pour une femme. La plupart d'entre elles se lèveront la nuit pour comprendre l'origine des pleurs de leur progéniture (18) d'où une qualité de sommeil moindre et une plus grande fatigue diurne. Leur corps a changé, elles ont pris du poids, une tonicité musculaire moindre.

Une information sur les conséquences de la grossesse dans ce monde encore essentiellement masculin pourrait être intéressante à envisager dans les casernes, via des affiches ou des conférences courtes, et pourrait permettre d'éviter des remarques gratuites, discourtoises, voire misogynes, et favoriser un mieux-vivre ensemble.

3) Prise en charge psychologique

Elles sont 30 à 40% en fonction des années à demander une prise en charge psychologique, à laquelle elles n'ont pu avoir accès.

Au vu de l'importance des conséquences possibles (voir plus haut), il semblerait souhaitable que cette proposition soit faite systématiquement lors de la reprise de ces femmes, au minimum leur évoquer la présence d'une psychologue et la possibilité de la consulter. Celles-ci pourront pour le moins les rassurer sur leur légitimité à être de retour au caserne, au maximum dépister des pathologies plus sérieuses.

4) Référente

Plusieurs ont évoqué la possibilité de la création d'une « référente femme » au sein des casernes ou des SDIS, qui pourrait répondre à l'ensemble de leurs questions spécifiques et les accompagner dans certaines démarches.

5) Mode de reprise

Beaucoup auraient souhaité une reprise progressive, car elles se sentaient physiquement trop faibles pour une reprise complète d'emblée. Ce genre de reprise semble à ce jour plus facile à envisager de façon plus systématique, même si elle est critiquée par certaines qui en ont bénéficié.

6) FMPA

L'absence prolongée liée à une grossesse oblige l'agent à être recyclée dans ses compétences, ce qui pour les volontaires crée une nécessité de temps supplémentaire à générer dans leur emploi du temps.

Certaines proposent d'intégrer ces FMPA au sein de leur temps de garde, ce qui pourrait être une bonne solution pour les professionnelles et les volontaires en garde postée. Pour celles en gardes non postées, il faudrait la présence d'un formateur au sein de son centre pour permettre la réalisation de celle-ci.

Une volontaire propose également de pouvoir continuer en service non opérationnel pendant la grossesse pour ne pas se sentir complètement déconnectée.

Dans le même ordre d'idées, il est suggéré de créer par le service formation un livret de manœuvres avec des objectifs progressifs à accomplir.

7) Logistique

La prise de poids peut générer des modifications de la taille des tenues à porter en intervention, de une à deux au-dessus de la taille initiale. Ce « détail » peut retarder la reprise d'activité, s'il n'y a pas possibilité d'échanger ou de récupérer des tenues adaptées à leur nouvelle morphologie, possiblement transitoire, de ces femmes.

Ceci serait à envisager avec le service logistique pour pouvoir anticiper la reprise de ces jeunes femmes.

b) Raisons propres aux volontaires de reprise tardive

- Les volontaires ont la possibilité de ne reprendre leur activité SP que lorsqu'elles le désirent ou se sentent prêtes psychologiquement et physiquement pour cela. Le désir de poursuivre son allaitement à son terme est une des raisons fréquemment évoquées dans ce cadre (environ 20%), ou le fait de souhaiter plus profiter de leur enfant (12%). Pour celles qui souhaitent reprendre une activité alors qu'elles sont encore allaitantes, il serait alors souhaitable qu'elles se renseignent auprès de leur chef de centre pour connaître les modalités pratiques d'adaptation possibles. Le CDC a également la possibilité de contacter les

SDS ou la QVS pour des informations complémentaires concernant la législation et les possibilités qu'il a dans ce cadre.

- La garde des enfants est un problème compliqué à gérer pour environ 10% d'entre elles. Approximativement le même pourcentage souhaiterait un mode de garde au sein des casernes.

Cela pourrait peut-être sembler envisageable pour de gros CSP, mais beaucoup moins pour de petits centres ou ceux fonctionnant uniquement au bip : comment trouver une « nounou » déclenchable à toute heure du jour et de la nuit ? et pour garder combien d'enfants ? Et quelle « rentabilité » s'il ne s'agit que de gérer qu'un très petit nombre d'enfants ? A moins que le stationnaire ne s'en charge, mais le standard d'une caserne ne semble pas le lieu le plus adapté à la garde d'enfants en bas âge, par un tiers qui aurait en plus des interventions à gérer..

- Elles sont entre 5 à 20% à demander une adaptation des horaires ou des modalités de garde pour pouvoir équilibrer leur activité SP avec leur nouvelle vie familiale et professionnelle. En effet, certains centres ont des exigences très rigoureuses, avec des semaines d'astreinte entières, ou des week-ends entiers, qui peuvent être difficiles à harmoniser avec l'arrivée d'un bébé. Si l'ensemble des départs pouvaient être assurés quotidiennement, cela ne poserait pas de problème. Mais généralement certains créneaux horaires ne permettent pas d'assurer l'ensemble des départs ; une politique d'assouplissement des horaires pourrait être envisagée, mais cela est un autre problème et ne concerne pas les SDS..

c) Difficultés propres aux professionnelles

- Nombreuses sont celles qui auraient souhaité des adaptations de leur poste de travail, un travail diurne, un temps partiel, voire un « allongement du congé maternité ». C'est certainement par méconnaissance ou par manque de questionnement de leur entourage professionnel qu'elles n'ont pu y accéder, puisque de nombreuses adaptations sont possibles. En effet, un congé parental est envisageable de droit dès la fin du congé maternité, sur simple demande de la fonctionnaire à son employeur, et ce jusqu'aux trois ans de l'enfant (19). De la même façon, un poste à temps partiel lié à la parentalité est envisageable dans les mêmes conditions (20).

Dans l'Hérault, cette demande est possible. Il faudra cependant, si la SPP occupe un temps plein en service opérationnel en 24h de travail-48h de repos, qu'elle change de poste, soit pour un poste fonctionnel, soit pour un centre effectuant des gardes en 12h de travail-24h de repos. Les adaptations de poste de travail sont quant à elles à envisager avec le SSSM.

- A noter qu'une professionnelle qui avait eu droit à une reprise sur un mode progressif a testé les limites des reprises uniquement avec les compétences SUAP. En effet, sur les gros centres, les ambulances sont les véhicules les plus sollicités et les nuits par conséquentes sont très agitées. Cette SPP ne pouvait donc se reposer ni à la maison ni au travail et a fini par être arrêtée médicalement suite à un malaise. Ce mode de reprise est donc à envisager au niveau des aptitudes musculaires de l'agent, mais probablement à réévaluer en fonction de la fatigue de celle-ci si son état général se dégrade.

- Par ailleurs, certaines souhaiteraient avoir la possibilité de se reposer pendant la garde, ce qui est légalement admis si elles sont allaitantes.

- Le SSSM est remis en question par environ 15% d'entre elles, plus particulièrement leur manque de réactivité, de disponibilité et de réponses aux questions posées, entre autres sur l'allaitement. Une formation complémentaire sur la prise en charge de ces grossesses pourrait être envisagée.

5. Conclusion

Cette étude permet de faire un état des lieux des difficultés rencontrées par 403 femmes sapeurs-pompiers, professionnelles et volontaires, lors de leur retour de grossesse, au cours des 15 dernières années (étude rétrospective multicentrique). Elle a été réalisée via un questionnaire envoyé par mail, portant sur de nombreux aspects de la période du post-partum, aussi bien physiques, psychiques, que relationnels.

En effet, le milieu sapeur-pompier, essentiellement masculin il y a vingt ans, s'est féminisé de façon importante au cours des dernières années. Il doit s'adapter aux spécificités liées à l'emploi des femmes, et donc à la prise en compte des grossesses et du post-partum, et des conséquences qui en découlent sur le management.

L'hypothèse émise initialement était que les femmes sapeurs-pompiers, lors de leur retour de grossesse, ne recevaient pas suffisamment de conseils et d'aménagements de leur activité leur permettant d'allier leur travail, ou activité volontaire, avec leur nouvelle situation de mère. Cela se confirme avec cette étude, à travers l'énumération des difficultés ressenties par ces femmes, et les propositions qui en découlent, très variées, et touchant de nombreux domaines différents, intéressant la quasi-totalité des services des SDIS :

-la demande d'accompagnement à la reprise physique par les EAP, spécifiques au post-partum (hyperlaxité favorisée par le climat hormonal, prise de poids, relâchement de la sangle abdominale, mise en tension du bassin et du rachis lombaire), est une demande très forte et semble indispensable à une bonne reprise non traumatique ainsi qu'à l'amélioration psychique de ces femmes parfois fragilisées à leur retour ;

-l'accompagnement psychologique, à envisager systématiquement, pour améliorer le dépistage de certaines pathologies psychiatriques malheureusement fréquentes dans cette période de la vie, ou simplement permettre de retrouver une confiance en soi qui peut s'être altérée avec l'arrêt prolongé des activités SP ;

-faire connaître les particularités de la grossesse et de ses conséquences sur le corps de leurs équipières aux sapeurs-pompiers dans leur ensemble, hommes du rang et hiérarchie, via des prospectus, des informations, des conférences courtes, afin de promouvoir une meilleure compréhension et un mieux-vivre de part et d'autre

-le service formation : est-il possible, par exemple, de modifier le format des FMFA, de les réaliser lors des heures de gardes, et non en dehors, ou de créer des formations en distanciel pour les parties théoriques, de créer un livret de manœuvres avec des objectifs progressifs à accomplir, en lien avec le service opérationnel ..

-le service juridique, en les informant sur leurs droits et les différentes possibilités d'adaptation de poste : temps partiel lié à la parentalité, congé parental.. afin qu'elles puissent organiser au mieux leurs vies familiales et professionnelles

-le service logistique, en anticipant la possible prise de poids de ces jeunes femmes lors de leur retour de couche, et donc la modification de taille des tenues : sur quel mode ?

-bien sûr les SDS, à travers des connaissances à approfondir et des éléments spécifiques à rechercher et dépister lors des visites de reprise : état physique, musculaire, douleurs résiduelles, état psychologique, fatigue.. Une fiche a été rédigée à type d'aide-mémoire en annexe afin de servir de base de travail, à compléter en fonction des particularités de chaque SDIS et de chaque praticien

-mais aussi la possibilité de réaliser des crèches, de nommer des référentes concernant les femmes, les possibilités sont nombreuses..

Ces différents items sont développés dans ce travail avec les statistiques afférentes.

Pour conclure, il reste encore de nombreuses améliorations à apporter sur ce sujet.. A toutes les bonnes volontés !!

Abréviations (par ordre alphabétique)

CDC : chef de centre

CSP : Centre de Secours Principal

EAP : Encadrant des Activités Physiques

FMPA : Formation de Maintien et de Perfectionnement des Acquis

QVS: Qualité de Vie en Service

SDS : Service Départemental de Santé

SOG : Sous-Officier de Garde

SP : Sapeur-Pompier

SPP : Sapeur-Pompier Professionnel(le)

SPV : Sapeur-Pompier Volontaire

SUAP : Secours d'Urgence et d'Aide aux Personnes

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Bibliographie

1. FO territoriaux Le taux de féminisation des sapeurs pompiers ne cesse de croître au sein des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) [Internet]. France : 2024 Apr. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006195594/#:~:text=Version%20en%20vigueur%20au%2025%20novembre%202023.%20Pendant%20une%20ann%C3%A9e
2. Pfefferkorn R. Travail et mondialisation. Confrontations Nord/ Sud. Cahiers du Genre. [Internet] 2006/1 (40) : 203-230. Des femmes chez les sapeur-pompiers ; p.203. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2006-1?lang=fr>.
3. Direction générale de la Sécurité Civile et Gestion de crise. Plan d'actions pour diversifier les recrutements chez les sapeurs-pompiers ; volet : actions en faveur des femmes. [En ligne] 2016. Disponible : <https://www.pompiers.fr/sites/default/files/publications/file/2016-plan-actions-femmes-pompiers.pdf>
4. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Sapeur-pompier volontaire (SPV) [En ligne]. Vérifié le 01 janvier 2024. Disponible : [https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F72#:~:text=Vous%20souhaitez%20devenir%20sapeur-pompier%20volontaire%20\(SPV\)%20?%20Vous%20devez%20remplir](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F72#:~:text=Vous%20souhaitez%20devenir%20sapeur-pompier%20volontaire%20(SPV)%20?%20Vous%20devez%20remplir)
5. Prudor F. Reprise opérationnelle après une grossesse. Place du Service de Santé et de Secours Médical selon les femmes sapeurs-pompiers [Travail d'application tutoré]. ENSOSP, France ; 2015
6. Vigot R, Lenesley P, Maillard F, Alexandre D, Berginiat N, Genty-Lemelais D et al. Reprise opérationnelle des femmes sapeurs-pompiers après une grossesse: proposition d'un protocole dédié. SDIS 50
7. Code du travail- Article D. 4152-8 [En ligne]. Code du travail. Disponible : <https://code.travail.gouv.fr/code-du-travail/d4152-8>
8. Code du travail- Article L1225-30 [En ligne]. Code du travail. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006195594/#:~:text=Version%20en%20vigueur%20au%2025%20novembre%202023.%20Pendant%20une%20ann%C3%A9e
9. Code du travail- Article R1225-5 [En ligne]. Code du travail. Disponible : <https://code.travail.gouv.fr/code-du-travail/r1225-5>
10. Code du travail- Article R1225-6 [En ligne]. Code du travail. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000018482933/#LEGISCTA000018537818
11. Code du travail- Articles R4152-13 à R4152-28 [En ligne]. Code du travail. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000018488409/#:~:text=Article%20R4152-23.%20Modifi%C3%A9%20par%20D%C3%A9cret%20n%C2%B02016-1417%20du%2020%20octobre%202016
12. Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique et de son calendrier de mise en œuvre- Article 46 <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/20190927-guide-presentation-LTFP.pdf>
13. Egalité professionnelle H/F, guide de la grossesse au travail et plan d'action. SDIS 34.
14. Directive européenne 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE)

15. MacDonald, Noni E ; Société canadienne de pédiatrie. Les maladies infectieuses, la thérapie antimicrobienne ou la vaccination de la mère : très peu de contre-indications à l'allaitement. Oxford University Press. 2006 ;11(8) : 489-91
16. Sutter-Dallay AL. Psychose et maternité. L'information psychiatrique.[En ligne]. 2010 ; 86 (2) :153-161. Disponible : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-2-page-153?lang=fr>.
17. HAS. Note de cadrage. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux. [En ligne]. Version validée du 25 novembre 2020. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf
- 18 . IFOP. Qui se lève la nuit quand bébé pleure [En ligne] Publié 19/09/2022. Disponible : <https://www.ifop.com/publication/qui-se-leve-la-nuit-quand-bebe-pleure/>
19. Code général de la fonction publique- Articles L515-1 à L515-12[En ligne]. Code général de la fonction publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LE-GITEXT000044416551/LEGISCTA000044422961/
20. Code général de la Fonction Publique- Article L612-3 [En ligne]. Code général de la Fonction Publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LE-GITEXT000044416551/LEGISCTA000044423499/

Annexes :

-Annexe 1 : fiche de synthèse

-Annexe 2 : questionnaire

-Annexe 3 : Guide de la grossesse du SDIS 34

FICHE DE SYNTHÈSE

VISITE DE REPRISE POUR RETOUR DE GROSSESSE

- Date et mode d'accouchement
- Compte-rendu d'hospitalisation : complications ? transfusions ? (NFS post-accouchement ? à refaire éventuellement si non réalisée)
- Nombre de bébés et état de santé
- Fratrie/ conjoint(e)/ organisation familiale
- Reprise professionnelle si SPV
- Promouvoir la rééducation périnéale
- Allaitement sevré ou non

Si poursuite :

- Rappel des mesures de prévention des AES
- Si activité incendie reprise : rappeler de tirer et jeter son lait en cas d'exposition aux fumées
- Rappeler mesures légales : 2 pauses quotidiennes (minimum : à envisager avec CC) de 30 minutes chacune
- Accompagnement EAP systématique
- Accompagnement psychologique à proposer systématiquement (numéro/ carte avec téléphone au minimum) après dépistage
- Reprise progressive des compétences sapeurs-pompiers, en accord avec EAP et agent
- Proposer de se rapprocher du service Relations Humaines si désir de congé parental ou temps partiel

Annexe 2 :

Questionnaire Google Form

- La 1^{ère} rubrique permettait de sélectionner les agents qui pouvaient participer à l'étude : les hommes d'une part et d'autre part les femmes répondant « non » à la question « Avez-vous déjà vécu une grossesse au cours de votre engagement sapeur-pompier ? » étaient aussitôt remerciés et ne pouvaient avoir accès au reste du questionnaire.
- Les femmes qui répondaient « Non » à la question « Avez-vous repris votre activité sapeur-pompier depuis votre accouchement? » étaient dirigées vers la section 4 du questionnaire dès la fin de la section 2 (elles n'avaient donc pas accès à la section 3 qui ne les concernait pas).

Prise en charge des femmes sapeurs-pompiers lors de leur retour de couche



B *I* U ↺ ↻

Description du formulaire

Etes-vous une femme? *

oui

non

Avez-vous déjà vécu une grossesse au cours de votre engagement sapeur-pompier? *

oui

Non

De quand date cette grossesse? *

moins de 5 ans

entre 5 et 10 ans

plus de 10 ans

Votre situation au moment de votre grossesse



Description (facultative)

Étiez-vous? *

- Sapeur-pompier professionnel?
- Sapeur-pompier volontaire?

Quelle était votre situation familiale au moment de votre grossesse?

- en couple
- célibataire

Si vous étiez en couple, votre conjoint(e) avait-il (elle) une activité professionnelle ou sapeur-pompier nocturne?

Par exemple, travail de nuit en hôpital, clinique, entrepôts frigorifiques, pouvant générer des difficultés d'organisation domestique supplémentaires

- oui
- non

Combien d'enfants avez-vous?

- 1
- 2
- plus de 2

Avez-vous repris votre activité sapeur-pompier depuis votre accouchement? *

- oui
- non

La qualité de sommeil de bébé était -elle satisfaisante pour vous lors de votre reprise?

- oui
- non

Après la section 2 Passer à la section suivante



Depuis votre accouchement



Description (facultative)

Combien de temps après votre accouchement avez-vous pu reprendre une activité SP même partielle? *

1. 2 mois
2. entre 2 et 6 mois
3. entre 6 mois et 1 an
4. plus d'1 an

Avez-vous eu une reprise d'activité progressive (type standard puis SUAP puis incendie) ou complète d'emblée? *

- progressive
- complète

Avez-vous pu bénéficier de l'accompagnement d'un EAP (Encadrant des Activités Physiques) *
pour votre reprise physique?

oui

non

Si non, pourquoi?

Non proposé

Non fait par choix personnel

Avez-vous pu bénéficier de séances de rééducation du périnée?

Oui complète

Oui partiellement

Non

Si vous avez allaité, avez-vous pu poursuivre l'allaitement après votre reprise SP? *

- oui, sans aucun problème
- oui, difficilement
- non, je l'avais arrêté avant
- non, cela n'a pas été possible

Si vous avez dû arrêter l'allaitement, était-ce lié à votre activité SP?

- oui
- Non

Si oui pourquoi?

En quelques mots: par exemple, pas d'endroit isolé pour pouvoir tirer son lait, horaires trop aléatoires, regard des autres, ou toute autre raison...

Réponse courte

.....

Vous a-t-on expliqué les précautions à prendre en cas d'allaitement?

- oui
- Non

Lors de votre reprise, vous sentiez-vous psychologiquement apte? *

- oui tout à fait
- plus anxieuse qu'avant d'être maman
- tendance plus émotive qu'auparavant
- non

Vous a-t-on proposé l'assistance de la psychologue SP si nécessaire?

- oui
- Non

Si oui, y avez-vous recouru?

oui

Non

Si vous êtes SPV, quel délai approximatif y a-t'il eu entre votre reprise professionnelle et votre reprise d'activité SP?

1. simultanée
2. entre 0 et 3 mois
3. entre 3 et 6 mois
4. entre 6 mois et 1 an
5. plus d'1 an

Si ce délai est supérieur à 6 mois, quelles en ont été les raisons?

Donner des raisons courtes qui expliquent les difficultés que vous avez éprouvées pour reprendre votre activité SP (organisation, émotivité, ..)

Réponse courte

Qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu faciliter et raccourcir le délai de votre reprise d'activité?

Réponse longue

Après la section 3 Passer à la section suivante

Rubrique 4 sur 4

Si vous n'avez pas repris votre activité SP:



Description (facultative)

Délai depuis votre accouchement:

- 2 mois
- entre 2 et 6 mois
- entre 6 mois et 1 an
- plus d'1 an

Le manque de sommeil lié aux nuits agitées de bébé a-t'il joué un rôle sur votre non -reprise?

- oui
- non

Si vous êtes SPV, avez-vous une activité professionnelle?

- non
- oui, que j'ai reprise
- oui, mais pas encore reprise

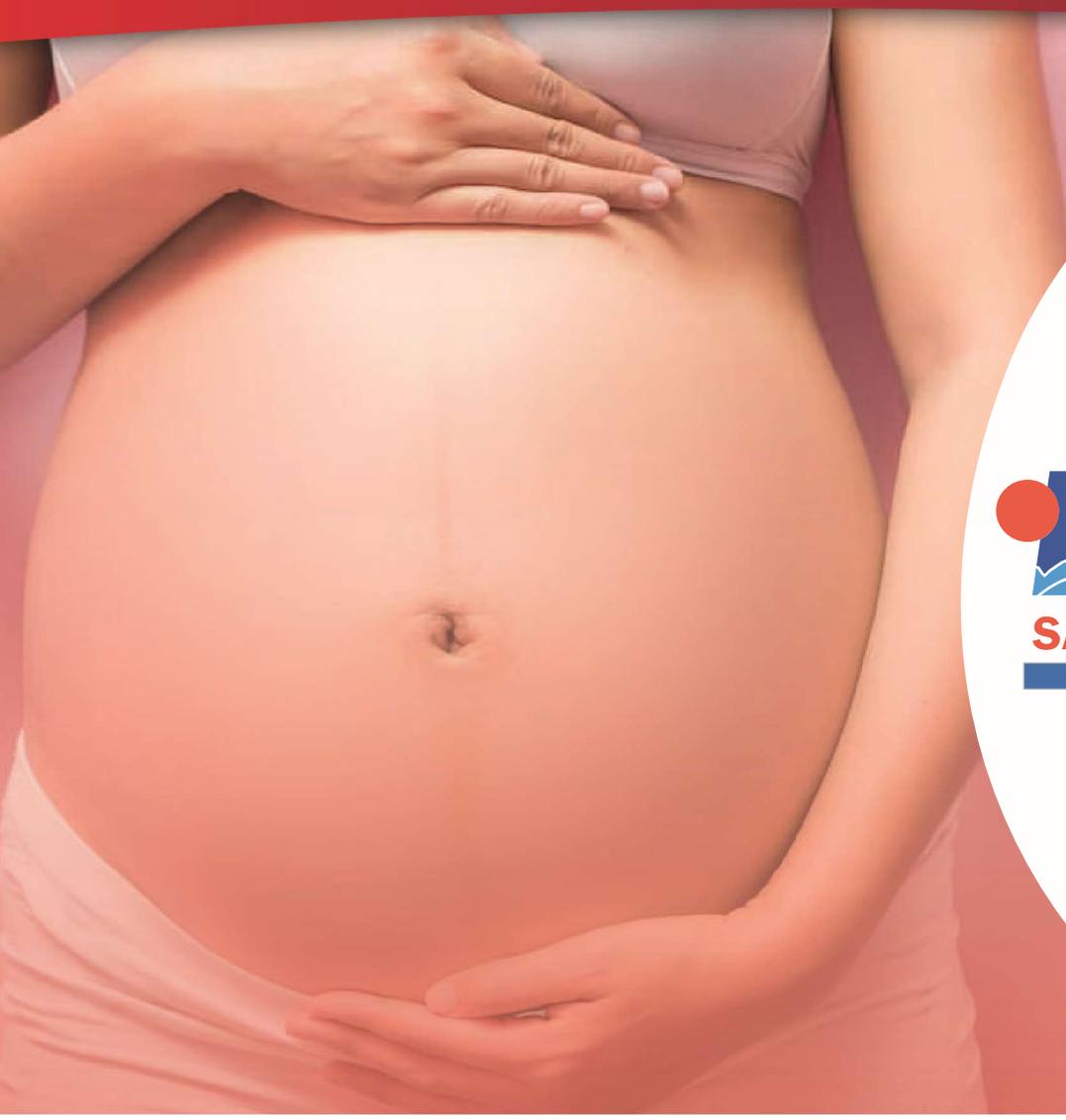
Quelles sont les raisons de votre absence de retour en caserne?

- manque de temps, problème d'organisation vie familiale/ activité SP/ vie professionnelle
- ressenti psychologique: angoisses de séparation d'avec votre enfant? modification de vos ressentis émo...
- manque d'adaptation à la vie sapeur-pompier? regard des autres?
- manque de reprise d'activités physiques
- Autre...

Annexe 3 :
Guide de la grossesse au SDIS 34

EGALITE
PROFESSIONNELLE
H/F

GUIDE DE LA GROSSESSE
AU TRAVAIL ET PLAN D'ACTION



**Herault**
SAPEURS-POMPIERS

INTRODUCTION

Les femmes sont les premières concernées par ce guide, mais ce sont tous les agents dans leur ensemble qui doivent connaître les risques liés à cette situation particulière et les mesures de prévention que le SDIS34 met en œuvre aux profits des agents concernés.

Ce guide a vocation :

- pour les femmes, de mieux envisager une grossesse tout en travaillant,
- pour l'entourage, de mieux manager ou travailler en équipe avec des collègues enceintes.

Il présente les démarches à effectuer auprès de l'employeur, les droits et les garanties applicables, ainsi que le suivi tout au long de ce moment de vie.

Ce guide est construit conjointement entre la sous-direction santé, les groupements ressources humaines et qualité de vie en service ainsi que les représentants de la formation spécialisée en santé sécurité et conditions de travail.



SOMMAIRE

DES LA CONNAISSANCE DE LA GROSSESSE

- Déclaration de grossesse auprès de l'employeur
- Déclaration de grossesse auprès des organismes
- Protection et maintien des garanties
- Port de la tenue pour le SP
- Suivi par la médecine d'aptitude et préventive
- Aménagement du poste de travail pendant la grossesse
- Aménagement du temps de travail
- Accompagnement hiérarchique
- Les modes de garde
- Le congé maternité

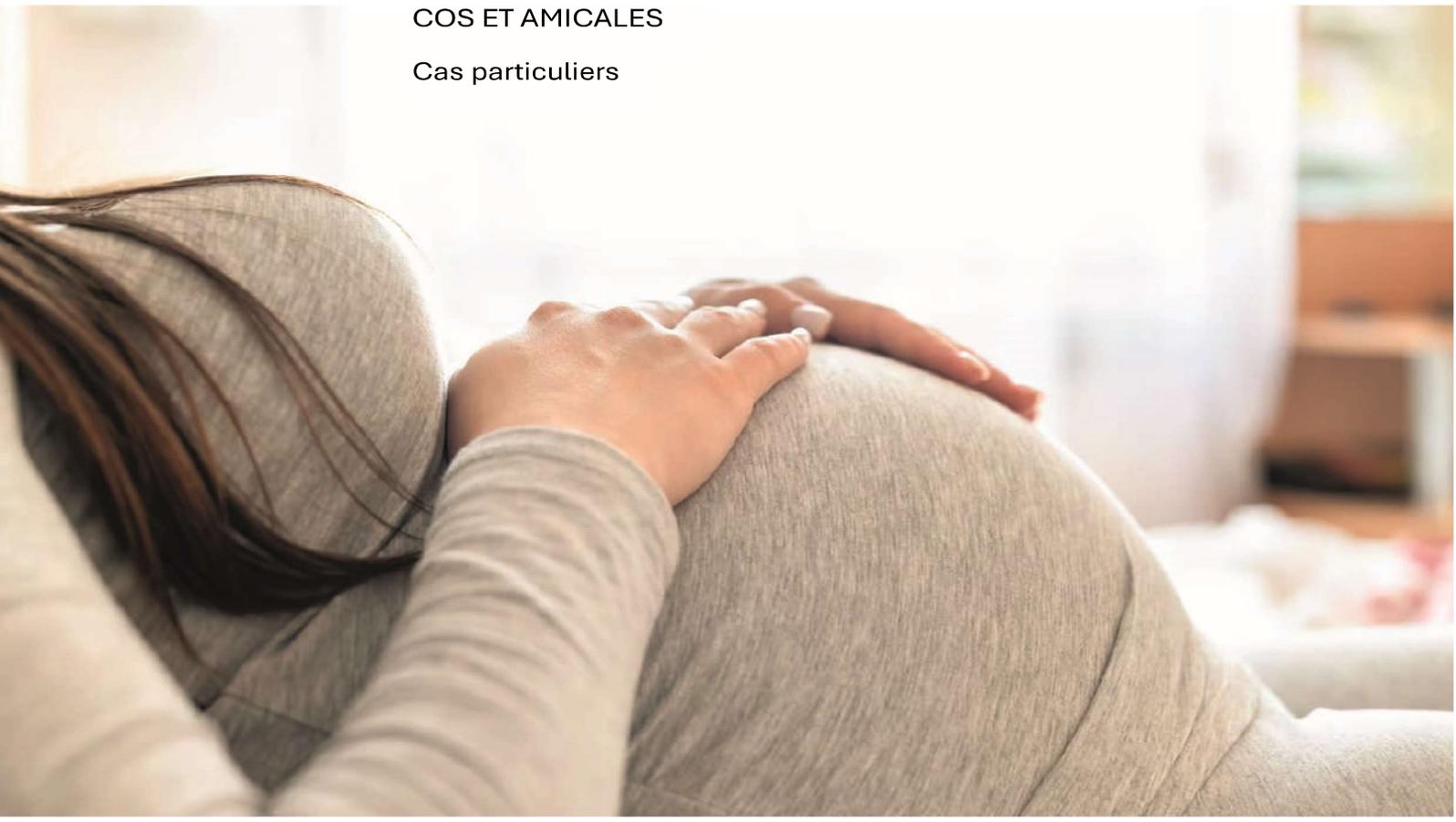
APRES LA GROSSESSE

- Dispositions de congés et temps de travail
- Visite de reprise avec la médecine d'aptitude
- Entretien hiérarchique

•
Cas de l'allaitement

COS ET AMICALES

Cas particuliers



-
-

DES LA CONNAISSANCE DE LA GROSSESSE

DÉCLARATION DE GROSSESSE AUPRÈS DE L'EMPLOYEUR

Si vous le souhaitez, vous pouvez informer à tout moment (et dans tous les cas avant la fin du 4ème mois) de votre état de grossesse. Cette information sera accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin ou la sage-femme qui vous suit. Il atteste de votre état de grossesse et précise la date présumée de l'accouchement.

Vous ne pouvez pas bénéficier des droits spécifiques à votre état de grossesse tant que vous n'avez pas informé le groupement RH et le service de santé.



QUE SE PASSE-T-IL SI L'AGENT NE FAIT PAS DE DÉCLARATION DE GROSSESSE ?

Si l'agent n'effectue aucune déclaration de grossesse, ou qu'elle souhaite renoncer à son congé maternité, elle sera placée en congé maternité d'office pour une période de 8 semaines : 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 6 semaines après la date de l'accouchement.

VOUS POUVEZ INFORMER À TOUT MOMENT LE GROUPEMENT RH

ET LE SERVICE DE SANTÉ DU SDIS DE VOTRE ÉTAT DE

GROSSESSE, DÉCLARER SA GROSSESSE AU PLUS TÔT PERMET AUX SERVICES DE MIEUX VOUS ACCOMPAGNER.

DÉCLARER SA GROSSESSE C'EST SE PROTÉGER ET BÉNÉFICIER DE DROITS SPÉCIFIQUES.

DÉCLARATION DE GROSSESSE AUPRÈS DES ORGANISMES

Une fois votre grossesse confirmée, vous effectuez un premier examen prénatal auprès de votre médecin, ou votre sage-femme. Au cours de cet examen, vous ferez le point sur votre état de santé.

À l'issue, votre médecin ou votre sage-femme effectue la déclaration de votre grossesse en ligne ou par formulaire papier.

En ligne, le professionnel de santé télétransmet la déclaration directement à votre caisse d'Assurance Maladie et à votre caisse d'allocations familiales. La déclaration de votre grossesse est enregistrée immédiatement par ces

organismes.

Par formulaire papier, votre médecin ou votre sage-femme

vous remet le formulaire de déclaration de grossesse en trois volets intitulé « Premier examen médical prénatal ».

Vous devrez envoyer :

Le volet rose à votre caisse d'Assurance Maladie

Les 2 volets bleus à votre caisse d'allocations familiales.



DANS LES DEUX CAS, LA DÉCLARATION DE GROSSESSE AUPRÈS DES ORGANISMES DOIT INTERVENIR AVANT LA FIN DU 3E MOIS DE GROSSESSE.

PROTECTION ET MAINTIEN DES GARANTIES

L'agent enceinte, en congé de maternité et après la naissance est protégée contre le licenciement. Durant cette période, elle bénéficie d'une protection absolue.

Le traitement indiciaire, le régime indemnitaire ainsi que les rémunérations accessoires (supplément familial et indemnité de résidence) sont maintenus en totalité.

En cas de temps partiel, l'agent est rétabli à temps plein pour la durée du congé maternité.

Le congé maternité est assimilé à une période d'activité, de fait il est pris en compte pour les congés annuels et droit à la retraite. L'agent a droit au bénéfice de son congé annuel accolé au congé maternité, et par suite, à un report de son congé annuel.

La période est prise en compte au titre de l'ancienneté et de l'avancement.

En cas de grossesse durant une période de stagiairisation, cette période est prolongée, mais ne reporte pas la date de titularisation, qui prend effet à la date de la fin de la durée statutaire du stage avec effet rétroactif.

Le jour de carence ne s'applique pas aux congés de maladie accordés postérieurement à la déclaration de grossesse et avant le début du congé de maternité.



LA FONCTIONNAIRE ENCEINTE BÉNÉFICIE D'UNE PROTECTION TOTALE CONTRE LE LICENCIEMENT, L'ENSEMBLE DE SES DROITS EST PRÉSERVÉ (POSTE DE TRAVAIL, RÉMUNÉRATION, CARRIÈRE)

PORT DE LA TENUE POUR LES SP

Pour des raisons de bien-être et de confort, il est autorisé de porter une tenue civile dès la déclaration de la grossesse auprès des services RH et jusqu'à la reprise d'activité opérationnelle validée avec le service de santé du SDIS. Celle-ci doit être correcte, adaptée à l'aptitude et à la morphologie.

SUIVI PAR LA MÉDECINE D'APTITUDE ET PRÉVENTIVE

La protection à laquelle a droit la fonctionnaire ne prendra effet qu'à partir de la déclaration de sa grossesse. Il est donc important d'en parler le plus tôt possible, notamment au service de santé, en charge de la médecine d'aptitude et de prévention.

Avertir précocement le service de santé de son état de grossesse, permet un suivi préventif et rapproché des futures mamans. En effet, être informées au plus tôt des différents risques concernant la grossesse est important pour préverser la maman et l'enfant à venir :

- Pour les PATS, le groupement RH se charge de la prise de rendez-vous avec le médecin de prévention du CDG34,
- Risques inhérents au métier de sapeur-pompier,
- Risques liés aux toxiques,
- Risques liés à l'alimentation,
- Risques liés aux médicaments,
- Information sur la pratique d'une activité physique adaptée,
- Sensibiliser sur les conséquences d'une prise de poids excessive.

Pour aider et anticiper un bon retour opérationnel après grossesse, un suivi rapproché avec des conseils hygiéno-diététiques, suivant une périodicité définie au cas par cas, en relation éventuelle avec le médecin ou le gynécologue traitant.



INFORMER AU PLUS TÔT DE SON ÉTAT DE GROSSESSE C'EST AIDER À PRÉSERVER LA MAMAN ET L'ENFANT À VENIR PAR UN SUIVI PRÉVENTIF PRÉCOCE

AMÉNAGEMENT DU POSTE PENDANT LA GROSSESSE

Des aménagements de poste sont parfois nécessaires, l'objectif étant de :

- Conserver une activité le plus longtemps possible et dans de bonnes conditions,
- Prévenir les pathologies courantes de la grossesse pouvant entraîner des arrêts de travail précoces,
- Prévenir les complications de la grossesse pouvant retarder/compromettre la reprise.

Si le poste comporte des risques identifiés pour la mère comme pour l'enfant à naître, un changement de poste pour la durée de la grossesse est systématiquement proposé. Concernant les sapeurs-pompier, l'aptitude est temporairement modifiée comme suit :

→ Modification aptitude : Inaptitude opérationnelle temporaire

CTA STAND si posté – Pas de montée en véhicule – Formations possibles – Pas de sport statutaire

Pour toutes, l'objectif est d'éviter la station debout prolongée, les manutentions, les efforts physiques importants, les rythmes décalés

- L'agent peut demander à passer de jour si elle est affectée sur un poste de nuit
- L'agent peut bénéficier d'une réduction du temps de travail dans la limite d'une heure par jour.

L'agent peut bénéficier d'autorisations d'absences pour assister aux séances de préparation à l'accouchement qui ne peuvent pas avoir lieu en dehors des heures de travail.

Maintenir une activité physique durant la grossesse prévient la santé maternelle, fœtale et néonatale. Cette activité doit être adaptée (renforcement musculaire dos, ceinture scapulo humérale, périnée, marche ...). Pour cela, le service de santé met l'agent en contact avec un(e) EAP pour accompagner dans la pratique sportive.

UN AMÉNAGEMENT DE POSTE EST SYSTÉMATIQUEMENT

PROPOSÉ LORSQUE DES RISQUES POUR LA FUTURE MAMAN OU SON ENFANT À NAITRE SONT IDENTIFIÉS.

L'APTITUDE OPÉRATIONNELLE EST TEMPORAIREMENT MODIFIÉE, UN ACCOMPAGNEMENT À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE EST PROPOSÉ.



AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

A partir du début du 3ème mois de grossesse et sur avis du médecin du travail ou de prévention, une réduction d'1h00 par jour peut s'appliquer pendant toute la durée de la grossesse. Cette heure peut être prise indéterminément le matin, lors de la pause méridienne ou le soir. Elle peut être fractionnée (½ heure le matin, ½ heure le soir par exemple) et ne peut pas se cumuler, toute heure non prise ne peut pas être reportée.

Les autorisations d'absence spécifiques sont accordées à la future mère pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévues par l'assurance maladie. Pour en bénéficier, il suffit d'effectuer la demande auprès de son supérieur hiérarchique direct en joignant le justificatif qui sera transmis au service RH.



PENDANT VOTRE GROSSESSE, VOUS DEVEZ EFFECTUER 7 VISITES MÉDICALES CHEZ VOTRE MÉDECIN OU VOTRE SAGE-FEMME ET FAIRE DES EXAMENS MÉDICAUX OBLIGATOIRES :

[HTTPS://WWW.SERVICE-PUBLIC.FR/PARTICULIERS/VOS-DROITS/F963](https://www.service-public.fr/particuliers/vos-droits/f963)

ACCOMPAGNEMENT HIÉRARCHIQUE

Lorsque vous informez votre supérieur hiérarchique, un entretien vous est proposé afin d'évoquer votre situation et si nécessaire vous orienter vers les services pouvant vous accompagner.

Vos objectifs peuvent être revus pour tenir compte des éventuelles préconisations de la médecine préventive.

MODES DE GARDE



ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DIRECT

Pour toutes les questions concernant les démarches CAF et demandes d'aides financières, la plateforme SOCIAL

DIRECT est là pour vous accompagner. Simple, rapide, confidentielle et gratuite, le site est disponible sur l'extranet du

✓ PLUSIEURS POSSIBILITÉS POUR LE MODE DE GARDE

Les modes de garde sont nombreux (collectifs ou individuels), mais les places sont limitées. Il est important de réfléchir et de rechercher son mode de garde le plus tôt possible.

sdis.

SocialDirect
Vous aider quand la vie se complique

Herault
SAPEURS-POMPIERS



NE RESTEZ PAS SANS RÉPONSE FACE AUX DIFFICULTÉS DE LA VIE !

Le SDIS a adhéré à **SocialDirect**, vous disposez donc d'assistants sociaux dédiés prêts à vous aider si vous rencontrez des difficultés !
Ce service est **confidentiel** et **sans aucun frais** pour vous.

RENDEZ-VOUS SUR
extranet.sdis34.fr/outils
ou directement sur sdis34.socialdirect.fr



Scannez le QR code et découvrez le service en vidéo !

✓ MODE DE GARDE COLLECTIF

Les structures d'accueil collectif permettent de recevoir, pendant la journée, des enfants de moins de 6 ans dont les parents travaillent.

Il existe plusieurs catégories de structures pouvant accueillir les jeunes enfants :

- L'établissement multi-accueil, la capacité de chaque unité d'accueil ne pouvant dépasser 60 places ;
- La crèche parentale, gérée par une association de parents et qui ne peut dépasser 25 places ;
- La halte-garderie, qui accueille des enfants de manière ponctuelle ;
- La crèche familiale, qui allie accueil chez une assistante maternelle et accueil en structure collective ;
- La micro-crèche qui ne peut accueillir que 10 enfants au maximum ;
- Le jardin d'enfants (accueil des enfants de plus de 2 ans non scolarisés ou scolarisés à temps partiel), dont la capacité d'accueil est limitée à 80 places par unité d'accueil.

✓ MODE DE GARDE INDIVIDUEL

Le relais d'assistants maternels (lorsque celui-ci existe dans votre commune) a pour rôle d'informer les parents sur ce mode d'accueil et d'offrir aux assistants maternels un cadre pour échanger sur leurs pratiques professionnelles. Les assistants maternels obtiennent un agrément délivré par le conseil départemental. Leur rôle est d'assurer l'accueil des jeunes enfants à leur domicile moyennant rémunération. Les horaires peuvent être décalés mais cela reste à discuter lors de l'élaboration du contrat.

- L'assistant maternel à domicile, qui assure l'accueil des enfants à son domicile. Il ne peut accueillir plus de 4 enfants simultanément.
- Les maisons d'assistants maternels, dans la limite de 4 assistants maternels dans une même maison.

✓ LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

- Plusieurs dispositifs sont parfois mis en place par les communes pour soutenir la parentalité, renseignez-vous auprès de votre mairie :
- Les lieux d'échanges enfants/parents, pour préparer les enfants à l'entrée en maternelle et les socialiser ;
- Les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement aux parents ; • Le point info famille ;
- Les espaces de rencontre.



ANTICIPER SON MODE DE GARDE EST INDISPENSABLE À UN RETOUR À L'EMPLOI SEREIN

LE CONGÉ MATERNITÉ

Le congé de maternité légal se compose d'un congé prénatal et d'un congé postnatal. La durée varie d'une part selon le nombre d'enfant à charge et, d'autre part, selon le nombre d'enfant attendu, dans les conditions suivantes :

Nb d'enfant attendu	Nb d'enfant à charge	Congé prénatal	Congé postnatal	Durée totale du congé maternité
1	1 ou 2	6 semaines	10 semaines	16 semaines
1	3	8 ou 10 semaines	18 ou 16 semaines	26 semaines

2	1 ou 2 ou 3	12 ou 16 semaines	22 ou 18 semaines	34 semaines
3		24 semaines	22 semaines	46 semaines

La mère peut renoncer à une partie de son congé, mais elle doit impérativement cesser de travailler au moins 8 semaines dont 6 après l'accouchement.

LA DURÉE DE LA PÉRIODE PRÉNATALE PEUT ÊTRE RÉDUITE

et reportée après la date présumée de l'accouchement. Cette demande est accompagnée d'un certificat établi par le professionnel de santé qui suit la grossesse attestant de son avis favorable.

LE CONGÉ PRÉNATAL PEUT ÊTRE ÉCOURTÉ

dans la limite de 3 semaines en cas de grossesse du 1er ou 2ème enfant, de 2 semaines en cas de grossesse du 3ème enfant et de 4 semaines en cas de grossesse gémellaire. La durée du congé postnatal est alors augmentée d'autant. En cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période reportée, le report est annulé.

EN CAS D'ACCOUCHEMENT APRÈS LA DATE PRÉSUMÉE

le repos prénatal se trouve prolongé et le repos postnatal n'est pas réduit pour autant.



UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE ENTRAÎNE-T-ELLE UNE RÉDUCTION DE LA DURÉE DU CONGÉ MATERNITÉ ?

Non, en cas d'accouchement prématuré, la période correspondant au congé prénatal est écourtée mais le délai restant à courir entre la date prévue et la date effective de l'accouchement est automatiquement reporté sur le congé postnatal, de sorte que la période globale du congé maternité s'en trouve inchangée.



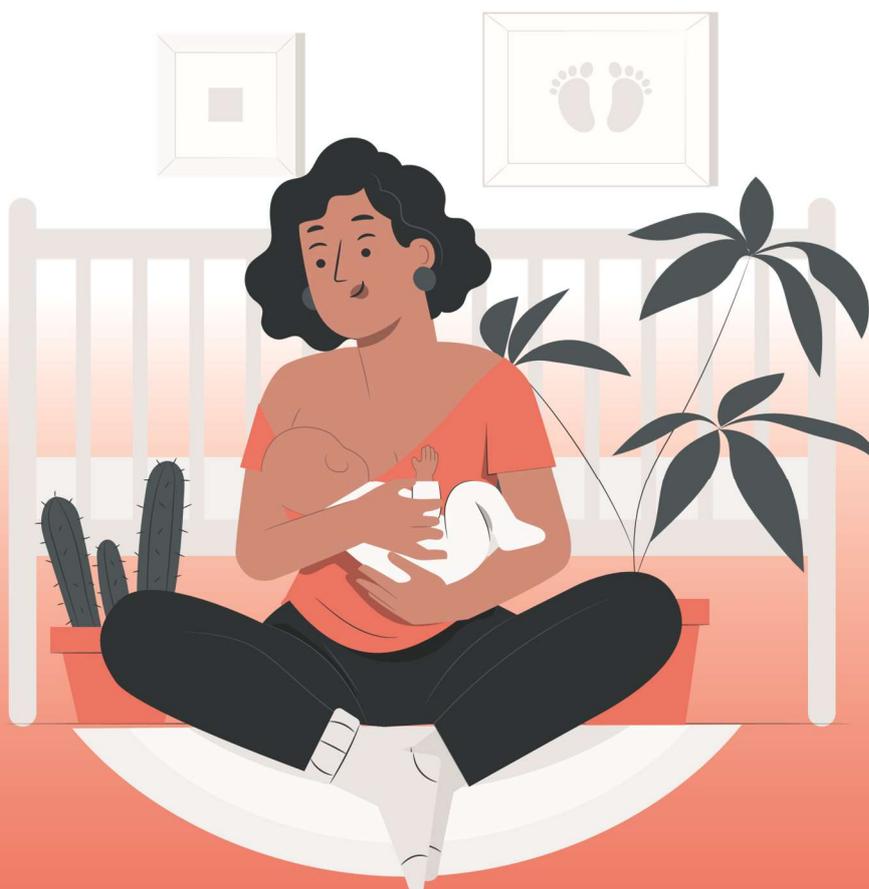
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS D'ACCOUCHEMENT AU-DELÀ DE LA DATE INITIALEMENT PRÉVUE ?

Dans cette hypothèse, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date effective de l'accouchement. Le congé postnatal commence alors à courir pour une durée inchangée. Dans ce cas, le congé maternité se trouvera donc globalement allongé.



CALCULEZ LA DURÉE DE VOTRE CONGÉ MATERNITÉ – SIMULATEUR

[HTTPS://WWW.AMELI.FR/ASSURE/SIMULATEUR-MATERNITE-PATERNITE](https://www.ameli.fr/assure/simulateur-maternite-paternite)



APRES LA GROSSESSE

DISPOSITIONS DE CONGÉ ET TEMPS DE TRAVAIL

✓ CONGÉ PARENTAL

Il s'agit d'un « congé sans solde » accordé pour élever un enfant à la suite d'une naissance et concerne la mère, le père ou les deux parents simultanément après un congé maternité et/ou un congé paternité. Il est accordé sur demande écrite deux mois au moins avant le début du congé. La demande doit préciser la date de début souhaitée et doit être accompagnée des justificatifs prouvant que l'agent remplit les conditions. Le congé parental est accordé par périodes de 2 à 6 mois renouvelables et au plus tard jusqu'au 3ème anniversaire de l'enfant. En cas de naissances multiples la durée peut être prolongée jusqu'à l'entrée en maternelle des enfants.

L'agent en congé parental ne perçoit aucune rémunération.

S'il remplit les conditions exigées, il peut cependant percevoir le complément de libre choix d'activité, versé par les caisses d'allocations familiales.

Lorsque l'agent bénéficie d'une disponibilité pour élever un enfant et d'un congé parental, il conserve, au titre de ces deux positions, l'intégralité de ses droits à avancement dans la limite d'une durée de cinq ans pour l'ensemble de sa carrière. Cette période est assimilée à des services effectifs dans le cadre d'emplois.

✓ TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR ÉLEVER UN ENFANT DE MOINS DE 3 ANS

L'agent effectue sa demande par écrit (motif, période, quotité, surcotation à la CNRACL pour les fonctionnaires en relevant) et joint les pièces justificatives.

L'octroi d'un temps partiel rallonge la durée de stage, mais n'a aucun impact sur les avancements d'échelon, de grade ou la promotion interne.

Les agents travaillant à temps partiel ont droit à des congés annuels calculés au prorata de leur temps de travail. Pour la retraite, le temps partiel n'a pas d'incidence sur la constitution du droit à pension. La demande est faite pour une période de 6 mois à un an renouvelable dans la limite de 3 ans, par tacite reconduction. À l'issue, une nouvelle demande est nécessaire.

L'accord est formalisé par un arrêté de placement à temps partiel (type, durée, quotité, mode organisation, conditions d'une éventuelle modification ou réintégration à temps plein).

VISITE DE REPRISE AVEC LA MÉDECINE D'APTITUDE

L'objectif de la visite est de permettre une reprise opérationnelle en sécurité et maintenir l'allaitement le plus longtemps possible lorsque celui-ci est privilégié par la maman.

Le médecin d'aptitude s'assurera du retour à l'état hors grossesse (bilan cardio vasculaire, respiratoire et tonus musculaire).

Dans tous les cas, la reprise sera adaptée en fonction de la santé et de la récupération de l'agent.

Un accompagnement à la reprise de l'activité sportive sera proposé par un(e) EAP en charge du suivi.

Il faut savoir qu'en cas d'exposition d'une femme allaitante à des toxiques en intervention, il sera préconisé l'arrêt immédiat et temporaire de l'allaitement, en fonction de la cinétique du toxique concerné. En cas de doute, prévenir immédiatement le service de santé.

Pour les PATS, le groupement RH se charge de la prise de rendez-vous avec le médecin de prévention du CDG34.



DANS TOUS LES CAS, LA REPRISE SERA ADOPTÉE EN FONCTION DE LA SANTÉ ET LA RÉCUPÉRATION DE L'AGENT

ENTRETIEN HIÉRARCHIQUE

Un entretien de reprise sera prévu avec le supérieur hiérarchique, chef de service ou chef de centre avant la fin du congé maternité ou parental, ou dès le 1er jour de la reprise. Cet entretien aura pour vocation de mettre en place un accompagnement managérial qui permettra d'envisager les conditions de votre retour ainsi que les modalités de reprise en fonction des préconisations médicales notamment.



Adaptation du poste en fonction de la visite médicale

Accompagnement vers le retour « toutes missions »

CAS DE L'ALLAITEMENT

La durée moyenne d'allaitement en France est de 17 semaines, soit environ 4 mois.

L'agent qui allaite son enfant « dispose d'une heure par jour durant les heures de travail » pendant un an « à compter du jour de la naissance »

L'heure dédiée sera mise en place après échange avec la hiérarchie. Cette heure peut être fractionnée si nécessaire. Une salle, un bureau ou une chambre assurant un maximum de calme et permettant l'intimité sera dédié le temps de l'acte.

Pour les SPP en CS, une « sortie de la feuille de garde opérationnelle le temps d'une heure par jour » sera effectuée.

✓ ALLAITEMENT ET REPRISE DU SPORT

Il faut savoir que la laxité ligamentaire perdue plus longtemps chez la femme qui allaite. Il est conseillé d'allaiter avant un entraînement intense. En informant le service de santé du souhait d'allaiter, l'accompagnement à la reprise du sport tiendra compte des spécificités de ce moment de vie.



FAIRE CONNAITRE SA VOLONTÉ D'ALLAITER AUPRÈS DU SERVICE DE SANTÉ, PERMETTRA LA PRISE EN COMPTE ORGANISATIONNELLE, TECHNIQUE ET HUMAINE.

COS ET AMICALES (QVS)

✓ AMICALES

Les amicales sont des associations, il en existe une par centre de secours ainsi qu'à l'état-major. Chacune détermine en conseil d'administration les aides et prestations au profit des agents. Pour savoir si vous pouvez bénéficier d'une prestation suite à la naissance, il faut se rapprocher du président de votre amicale.

✓ COS

Le Comité des Œuvres Sociales a pour objet de fournir à ses membres des aides financières à vocation sociale (carte aide garde jeunes enfants). L'effort consenti est en fonction de ses possibilités financières et des décisions prises par son Conseil d'Administration.

Pour les contacter : <https://www.cos-sdis34.com>

CAS PARTICULIERS

Dans le cas de situations particulières, (PMA, adoption, grossesses multiples ou complexes), les services sont à votre service pour vous accompagner, chacun dans son domaine.



POUR TOUS RENSEIGNEMENTS



GRH : 04 67 10 20 38
SSSM : 04 67 10 34 80
GQVS : 04 67 10 20 05

6. Résumé

Suite à une consultation de reprise de grossesse, face à une jeune maman pleine de questions et d'attentes auxquelles j'avais bien du mal à répondre, j'ai décidé de me renseigner sur les différentes facettes de la prise en charge des femmes en retour de couche chez les sapeurs-pompiers... C'est de là qu'est née cette étude.

Mon hypothèse a été que ces femmes ne recevaient pas suffisamment de conseils et d'aménagements de leur activité leur permettant d'allier leur travail, ou activité volontaire, avec leur nouvelle situation de mère.

J'ai créé un questionnaire de trente questions, afin d'explorer un maximum des aspects du post-partum chez les sapeurs-pompiers et des attentes de ces jeunes femmes. Celui-ci a été envoyé à l'ensemble des médecins-chefs de France, et transmis par leur intermédiaire à tous les SPP et SPV des SDIS concernés.

Un total de 403 réponses de femmes ayant vécu des grossesses au cours de leur activité sapeur-pompier m'a permis d'étudier, avec une certaine objectivité, l'ensemble des sujets proposés (entre autres mode de reprise/ suivi psychologique/ accompagnement EAP/ allaitement/ difficultés éprouvées/ propositions d'amélioration..) à travers graphiques, tableaux.. et des questions ouvertes, leur permettant anonymement, et donc pleinement, de s'exprimer sur leurs difficultés auxquelles elles avaient fait face, et ce qu'elles souhaiteraient pour les prises en charge à venir. Mon hypothèse de travail à l'origine de cette étude se confirmait donc.

La quasi-totalité des services des SDIS peuvent être intéressés par l'amélioration de ces prises en charge ;

- service juridique en diffusant plus largement droits et possibilités d'adaptation de poste
- services formation et opérationnel en modulant leurs approches dans ce cadre
- EAP par un accompagnement systématique et spécifique
- logistique
- le SDS évidemment, par une amélioration des prises en charge, plus globales et systématiques, de ces jeunes femmes, et sans oublier les prises en charges psychologiques et les informations dispensées à l'ensemble du corps sapeur-pompier, en accord avec le QVS, pour mieux vivre ensemble...

La féminisation des SDIS étant en pleine progression, cette étude pourra peut-être être un des maillons d'une chaîne permettant l'amélioration du cadre de vie sapeur-pompier de ces jeunes femmes.