

SUAP-CT-16

Grossesse et accouchement inopiné extra-hospitalier

16.1. Introduction

L'accouchement inopiné extra-hospitalier reste une situation angoissante aussi bien pour la mère et son entourage que pour les équipes de secours. Cette angoisse provient en grande partie de la singularité et de la spécificité de cette situation qui implique une prise en charge médicale, sans pourtant être une maladie. Ici, et contrairement aux autres interventions, les équipes de secours ne vont pas sauver une vie mais donner la vie.

L'accouchement inopiné à domicile est souvent rapide et se déroule le plus souvent sans aucune difficulté.

Sa fréquence est de 0,5 à 1 % des accouchements, en augmentation depuis la fermeture des petites maternités de proximité. Les premiers secours réalisent souvent l'accouchement avant l'arrivée du SMUR et doivent donc apporter les premiers soins à la mère et au nouveau-né.

Profil des femmes

- Multipare
- Antécédents d'accouchement rapide
- Faible niveau socio-économique
- Femmes étrangères sans papiers surtout dans les grandes agglomérations.

Les difficultés rencontrées sont :

- L'évaluation de l'imminence de l'accouchement
- L'accompagnement de la parturiente et la réalisation de l'accouchement.
- La prise en charge de 2 « victimes ».
- La communication avec la patiente (barrière de la langue, douleur).

Les risques principaux d'un accouchement sont :

- Pour le nouveau-né : mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (détresse cardio-respiratoire), hypothermie.
- Pour la mère : l'hémorragie de la délivrance.



16.2. Physiologie de la grossesse et de l'accouchement

A. Définitions

- **Obstétrique**

Spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

- **Gestation**

Communément appelé grossesse.

- **Gestité**

Nombre de grossesses, incluant les fausses couches, grossesse extra-utérine et IVG.

- **Parité**

Nombre d'accouchements d'enfants viables (> à 22 SA et/ou 500 g).

Nullipare : femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : femme qui accouche pour la première fois (IP).

Deuxième pare : femme qui accouche pour la femme qui accouche pour la 2ème fois (II°P).

Troisième pare : femme qui accouche pour la 3ème fois (III°P).

Multipare : femme qui a accouché au moins 2 fois.

- **Parturiente**

Femme qui accouche

- **Post partum**

Période qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches.

- **Retour de couches**

Retour des règles après l'accouchement, en moyenne 1 à 2 mois après l'accouchement, plus tardivement si la femme allaite.

- **Présentation**

Partie du fœtus qui s'engage en premier dans la filière génitale.

Présentation céphalique : Tête (97%)

Siège, autres : (3%)

- **Terme**

Le terme est calculé :

- Soit en semaines d'aménorrhée (SA)

☒ à partir de la date des dernières règles, le plus courant.

- Soit en semaines de grossesse (SG)

☒ à partir de la date de l'ovulation :

Il est préférable de raisonner en SA. La grossesse dure en moyenne 40 SA ½ soit 9 mois.

La conversion d'un système de datation à l'autre se fait par la formule : SG = SA - 2 semaines.

L'accouchement est dit à terme lorsqu'il a lieu entre la 37° et la 42° semaine d'aménorrhée.

- Avant 37 SA l'accouchement est dit prématuré (5,7%).

- Au-delà de 42 SA il est dit post mature (1,2%).

- **Viabilité**

Aptitude d'un nouveau-né à survivre.

☒ En France, un enfant viable est un enfant qui a atteint un terme > 23 SA et/ou un poids de 500 g.

Avant 22 SA on parle de fausse couche.

Dès lors que l'enfant est viable, on parle d'accouchement et l'enfant sera déclaré.

- **Embryon**

Jusqu'à 2 mois après la fécondation, après on parle de **fœtus** jusqu'à l'accouchement.

- **Prématurité :**

Très grande prématurité : pour un poids < 1kg et entre 23 SA et 28 SA

Grande prématurité : poids entre 1kg et 1,5kg. Entre 28SA et 32SA

Prématurité modérée : entre 32SA et 37SA

Terme : > 37 SA à 41 SA

- **Nouveau-né**

De la naissance à 1 mois, après on parle de nourisson jusqu'à 1 an.

- **Eutocie**

Accouchement qui se déroule normalement.

- **Dystocie**

Difficultés pendant l'accouchement.

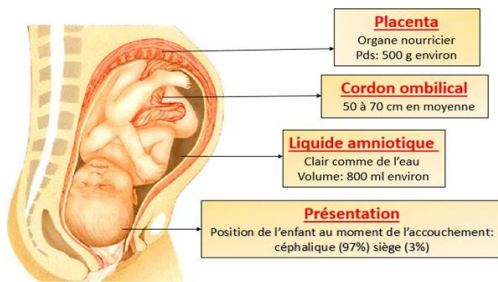
- **Méconium**

Premières selles du nouveau-né (matière visqueuse brunâtre ou verdâtre).

Le méconium est le produit de sécrétions gastro-intestinales après digestion du liquide amniotique dégluti par le fœtus pendant la grossesse.

Normalement, l'émission du méconium se fait dans les premières heures suivant la naissance. Si les selles sont émises avant la naissance, le liquide amniotique se teinte (liquide méconial). Cette situation anormale peut traduire une souffrance fœtale. A la naissance, le nouveau-né risque de présenter une détresse respiratoire, l'inhalation du liquide méconial pouvant provoquer des lésions des alvéoles pulmonaires.

B. Le contenu utérin



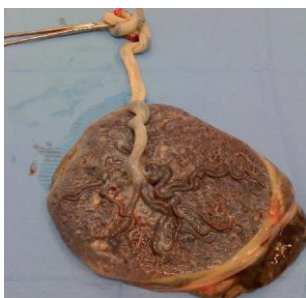
- **L'alimentation et la protection du fœtus**

L'alimentation du fœtus se fait par l'intermédiaire du placenta. Sa protection est assurée par les membranes et le liquide amniotique (poche des eaux).

- **Le placenta**

C'est l'organe nourricier qui assure la croissance du fœtus et les échanges métaboliques entre la mère et le fœtus. C'est un organe qui se présente, à terme, comme une galette ronde de 30 cm de diamètre et de 500 g environ. Une face est accrochée au tiers supérieur de la cavité utérine et pénètre la muqueuse. L'autre est le point de départ du cordon ombilical qui rejoint le fœtus.

Il constitue une barrière contre la plupart des infections, mais laisse malheureusement passer certains virus (rubéole, toxoplasmose) susceptibles d'engendrer des malformations gravissimes si l'infection survient vers le 3e ou 4e mois de grossesse. Il laisse également passer l'alcool, certains médicaments et substances toxiques.



- **Les membranes**

Composée de 2 couches, elles constituent l'enveloppe du fœtus. Ce sac, parfaitement étanche, isole le fœtus des infections extérieures.

- **Le cordon ombilical**

Il relie le placenta au fœtus. Il mesure à terme environ 50 cm et contient deux artères et une veine. Il permet, via le placenta, le transport du sang de la mère vers le fœtus pour son alimentation et du fœtus vers la mère pour l'épuration des déchets. A la naissance, il sera ligaturé par un clamp et se nécrosera. La chute du cordon, quelques jours après la naissance, laisse une cicatrice fibreuse appelée ombilic plus communément appelé le nombril.

- **Le liquide amniotique**

Le liquide amniotique où baigne le fœtus pendant toute la grossesse, se trouve dans la poche constituée par les membranes. Composé à 95% d'eau, son volume à terme est de 800 à 1000 ml. C'est un liquide clair, opalescent, pouvant contenir des grains blancs (enduit blanchâtre grassex qui recouvre et protège la peau du fœtus : vernix caseosa). Il provient essentiellement des urines du fœtus et sa résorption se fait principalement par déglutition fœtale. Son renouvellement complet se fait toutes les 3 heures. Il permet l'hydratation du fœtus, le maintien de sa température à 37° et amortit les chocs.

Au moment de l'accouchement, les membranes se rompent, le liquide amniotique s'écoule vers l'extérieur, c'est la perte des eaux.



C. Physiologie du nouveau-né

Le nouveau-né pèse, en moyenne, à terme, 3Kg 200 et mesure 50 cm.

Son rythme cardiaque est de 120 à 160 / min.

Sa fréquence ventilatoire est de 40 à 60 / min.

Sa température de 36 °5 - 37°5.

Il respire exclusivement par le nez.

Un enduit protecteur blanchâtre (vernix caseosa) peut recouvrir sa peau (enfant « beurré »).

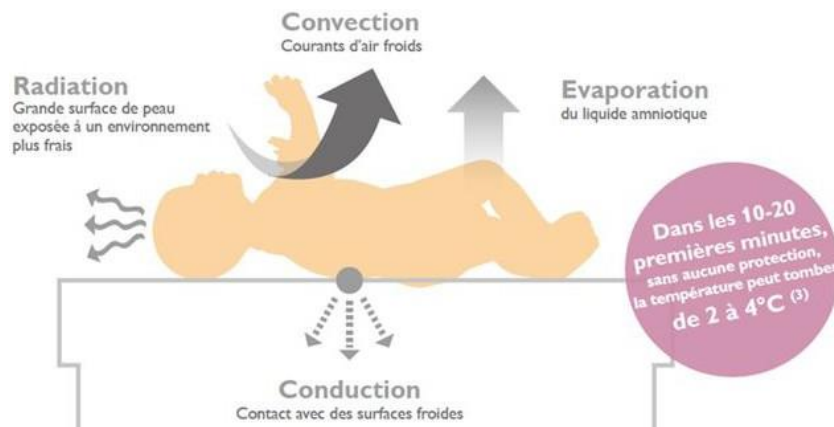
Il se résorbera spontanément et hydratera la peau.



• Adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine

La circulation fœtale

La circulation fœtale est liée à la circulation placentaire qui assure les échanges gazeux et nutritionnels entre la mère et le fœtus. L'oxygénation du fœtus est donc assurée par le placenta et non par les poumons. La circulation pulmonaire ne représente donc que 20% du débit cardiaque total et a pour seule fonction, le développement des poumons. A la naissance, la circulation pulmonaire se met en place avec le premier cri.



La tête du nouveau-né représente 20% de la surface corporelle et contribue à 50% des pertes de chaleur. L'équilibre thermique est une condition nécessaire au bon développement cardiorespiratoire du nouveau-né. Or à la naissance, de multiples facteurs sont susceptibles de faire chuter sa température corporelle :

• Risques de l'hypothermie

- Détresse respiratoire, hypoxie
- Hypoglycémie
- Souffrance cérébrale (hémorragie, lésion)
- Infection, septicémie
- Troubles de la coagulation
- Décès

Un nouveau-né hypoxique ou prématuré se refroidit encore plus vite ce qui aggrave le pronostic.

La lutte contre l'hypothermie sera donc une des priorités à la naissance.

D. L'accouchement

Il se déroule en trois phases :

- le travail
- l'expulsion
- la délivrance.

• Le travail

Le travail représente la force motrice (contractions utérines) qui permet la dilatation du col de l'utérus depuis le commencement de son ouverture jusqu'à dilatation complète (10 cm) et à la progression du fœtus dans la filière génitale. Les contractions utérines douloureuses marquent le début du

La transition de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine requiert une série de processus d'adaptation physiologique qui sont importants avant tout pour l'intégrité du cerveau.

La régulation thermique

Le nouveau-né n'a pas de frisson thermique et est très sensible au froid. Il lutte contre le froid par vasoconstriction cutanée et augmentation de son métabolisme (consommation d'énergie dont la réserve est faible). Sa température peut chuter très rapidement.

travail.

La contraction utérine se traduit par un durcissement de l'utérus facilement ressenti à la palpation abdominale. Elle survient à intervalles réguliers. Elle s'accompagne d'une douleur localisée dans l'abdomen ou le dos.

En début de travail, les contractions sont souvent espacées, irrégulières, courtes (< 1 min) et supportables. Elles vont s'intensifier en durée (>1 min), en fréquence (toutes les 3 min en fin de travail) et en intensité au fur et à mesure de l'avancée du travail.

La durée du travail varie en fonction de la parité. Chez une primipare, le travail dure en moyenne entre 8 et 12 heures, chez la multipare entre 4 et 6 heures.

La rupture de la poche des eaux peut avoir lieu avant le début du travail (rupture prématurée des membranes) ou en cours de travail. La rupture est soudaine et spontanée. L'écoulement va se poursuivre par intermittence jusqu'à l'accouchement

• L'expulsion

C'est la naissance de l'enfant sous l'effet des efforts expulsifs. L'expulsion ne doit pas excéder 30 minutes du fait du risque de souffrance fœtale pendant cette phase.

Elle est souvent rapide chez la multipare et est à l'origine des déchirures de la filière génitale.

• La délivrance

C'est l'expulsion hors des voies génitales du placenta et des membranes sous l'effet des contractions et efforts expulsifs.

16.3. Bilan d'une femme en travail

Le bilan de la parturiente est primordial car il va permettre d'évaluer l'imminence de l'accouchement et de réunir des informations permettant de détecter une situation à risque. Il comprend l'interrogatoire et l'observation des voies génitales.

L'interrogatoire peut être rendu difficile par la barrière linguistique, le contexte (faible niveau socio-économique, grossesse cachée, patiente mineure, déni de grossesse...) ainsi que par l'état de panique de la mère.

Le respect de l'intimité est capital, d'autant plus que les équipes de secours sont le plus souvent masculines. La femme sera installée de préférence sur un lit, isolée du reste de la famille (sauf le père s'il désire être présent ou une autre personne de son choix).

• L'interrogatoire

La fiche bilan « femme en travail » est une aide précieuse pour faire un bilan complet.

L'interrogatoire doit faire préciser les éléments suivants :

- La parité

- **le terme** : Le plus souvent, lorsque la grossesse est suivie, la femme connaît le terme. En cas de grossesse non suivie, il faut essayer de faire préciser la date des dernières règles.

- les caractéristiques des contractions.

Préciser l'heure de survenue, la fréquence, la durée, l'intensité et la régularité.

- La rupture de la poche des eaux ?

Si la poche des eaux est rompue, faire préciser l'heure de la rupture et observer la couleur du liquide amniotique : clair ou teinté ?

Un liquide teinté est un élément péjoratif, témoin d'une éventuelle souffrance fœtale.

- Le type de présentation ?

La présentation céphalique est de loin la plus fréquente. La présentation du siège est plus généralement rencontrée en cas d'accouchement prématuré et chez la multipare ou le fœtus peut se retourner à tout moment.

Présentation céphalique : 96%

Siège : 3,7%

Autres : 0,3%

- Envie irrésistible de pousser ? D'aller à la selle ?

- **Le déroulement de la grossesse actuelle** : on recherchera en particulier les éléments suivants :

* Diabète : risque de macrosomie (gros bébé fragile) et d'hypoglycémie à la naissance.

* Hypertension artérielle : risque de retard de croissance (petit bébé fragile)

* Hémorragie de sang rouge : placenta mal inséré

* Infection

* Particularités aux échographies : malformation,

* ...

- Le déroulement des autres grossesses ?

* Césarienne

* Forceps, ventouses

* Accouchement très rapide

* Hémorragie de la délivrance

- Le Lieu prévu de l'accouchement ?

pour organiser le transport

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux et traitements ?

En cas d'accouchement imminent dont l'urgence ne permet pas de réaliser un bilan complet, contacter immédiatement le SAMU pour demander un renfort médicalisé.

Transmettre au minimum les informations suivantes :

- Parité

- Terme

- Présentation de l'enfant

- Particularités du travail : rupture de la poche des eaux ? (le cas échéant, précisez l'heure de rupture et la couleur du liquide amniotique) hémorragie ? fièvre ?...

- Particularités de la grossesse

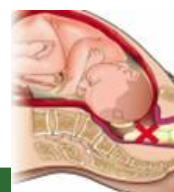


• L'interrogatoire

L'interrogatoire doit être complété d'une observation des voies génitales : présence d'un écoulement (liquide amniotique, sang) ? Présence de l'enfant à la vulve ? Ne pas hésiter à regarder les échographies où se trouvent beaucoup d'informations (antécédents, déroulement de la grossesse,...), si c'est une grossesse gémellaire, si une césarienne est programmée et pourquoi.

Aucun examen gynécologique ne doit être effectué par les sapeurs-pompiers !

Le toucher vaginal est un acte médical.



Le bilan précis sera transmis au médecin régulateur à l'aide de la fiche bilan.

Bilan femme enceinte		Date du terme :	Porte des exam :	☐
Nombre accouchements antérieurs :			Envie de pousser :	☐
Heure de début de travail :			Porte de sang :	☐
Durée des contractions : min			Ménstruation en cours :	☐
Intervalles entre les contractions : min				

Accouchement		Ménstruation avant notre arrivée :	☐
Accouchement réalisé :		SP ☐	SMUR ☐
Présentation :		Céphalique ☐	Säge ☐
Circulaire du cordon :		☐	
Heure d'accouchement :		h	min
Commentaire :			

- Tous les éléments recueillis au cours de l'interrogatoire vont permettre au médecin régulateur du SAMU d'évaluer l'urgence de la situation à l'aide de scores prédictifs (Malinas, SPIA). 3 situations peuvent se présenter :

- L'accouchement n'est pas imminent et à priori sans risque : transfert de la femme vers la maternité où elle est suivie ou sur la maternité la plus proche.
- L'accouchement n'est pas imminent mais à risques : transfert de la femme vers une maternité disposant d'un plateau technique adapté.
- L'accouchement est imminent : envoi d'une équipe SMUR en renfort sur place.

Exemple : score de Malinas (réservé au médecin régulateur).

Parité	IP	IIP	< IIIP
Durée du travail	< 3h	3 à 5h	> 5h
Durée des contractions	< 1mn	1mn	>1mn
Intervalle entre les contractions	> 5mn	3 - 5mn	< 5mn
Perte des eaux	non	récente	> 1h
COTATION	0	1	2

- **Total < 5** : marge de temps, transport à la maternité d'accueil.
- **Total compris entre 5 et 7** : travail bien avancé transport vers la maternité la plus proche.
- **Total > 7** +/- envie de pousser : accouchement imminent .

La situation peut cependant évoluer brutalement : même si l'accouchement n'est pas imminent, il peut le devenir rapidement (rupture de la poche des eaux, contractions rapprochées ...) surtout chez la multipare. Toute situation nouvelle fera l'objet d'un signalement au médecin régulateur qui peut demander d'être au téléphone tout le long de l'intervention en visio.

L'accouchement n'est pas imminent : transport vers la maternité indiquée par le SAMU

La femme peut marcher jusqu'au VSAV si elle n'a pas perdu les eaux. Si elle a perdu les eaux, la position allongée s'impose.

La femme sera transportée sur le brancard, sanglée, allongée sur le côté, de préférence à gauche, ou dans la position où elle se sent le mieux mais pas sur le dos. En effet, cette position favorise la compression de la veine cave par l'utérus. Cette compression peut entraîner une hypotension artérielle liée à un mauvais retour veineux, mal supportée par la maman et son enfant.

Seul un liquide amniotique méconial est un facteur péjoratif pouvant traduire une souffrance du fœtus.

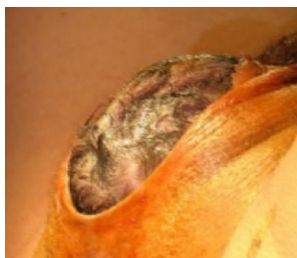
Le transport doit être prudent avec une surveillance étroite de l'évolution du travail (contractions, rupture de la poche des eaux, envie de pousser...).

Le dossier de grossesse doit suivre la mère (carnet de maternité, carte de groupe sanguin, échographies...).

16.4. L'accouchement est imminent

Les signes d'un accouchement imminent sont :

- contractions très douloureuses et rapprochées, agitation maternelle
- l'enfant apparaît à la vulve
- poche des eaux rompues
- envie irrésistible de pousser, émission de selles



• Les préparatifs :

- Matériel : en complément du matériel classique, prendre le kit accouchement (FM 24), prendre une bouteille d'O₂ supplémentaire, des draps, une boîte de gants à usage unique.
- Répartir les rôles : un qui dirige et réalise l'accouchement, un qui assiste la mère, un qui prépare l'accueil du nouveau-né et gère le parc matériel.
- Préserver l'intimité de la femme :
 - Couvrir la femme d'un drap
 - Limiter le nombre de personnes, respecter le choix de la mère (père de l'enfant, mère)
- Chauffer la pièce et le VSAV.

• Installation de la parturiente

- Installer la femme en position gynécologique.



Présentation céphalique

Fesses au ras du bord du lit, jambes tenues par la femme, ou posées sur des tabourets.

Présentation du siège

Accouchement au centre du lit

- Ouvrir le kit accouchement et le garder à portée de main sur un endroit propre.
- Celui qui réalise l'accouchement s'équipe des EPI après lavage des mains (ou friction avec du gel hydro-alcoolique) : gants + masque avec visière

panoramique + tablier de protection.

- Glisser le champ d'accouchement avec poche(s) de recueil sous les fesses (voir SAP-FM-24 page 3)
 - Protéger le sol (draps, sac plastique, bassine...).
 - Parallèlement, préparer un espace d'accueil nouveau-né, dans l'idéal sur une table près d'une source de chaleur, un peu à l'écart de la maman avec :
 - * le champ d'accueil du nouveau-né
 - le BAVU nouveau-né et l'O₂.
 - le système d'aspiration buccale.
 - le bonnet jersey.
 - la couverture de survie.
 - Le néohelp
 - Diriger fermement mais calmement l'expulsion :
 - Faire pousser la femme seulement pendant les contractions : lui faire prendre une grande inspiration et l'encourager à pousser le plus longtemps possible à glotte fermée.
- 3 efforts maximums par contraction. La femme doit fléchir ses cuisses en les ramenant sur l'abdomen afin de faciliter la descente de l'enfant.

A. L'accouchement en présentation céphalique

- position idéale de l'opérateur pour l'accouchement



- La tête progresse sous l'effet des efforts expulsifs. Lorsqu'elle est à moitié extériorisée, empaumer la d'une main et exercer une contre-pression afin de ralentir sa sortie et ainsi limiter les déchirures génitales.



- Quand la tête est entièrement dégagée, vérifier l'absence de cordon autour du cou (circulaire). La femme doit impérativement cesser de pousser pendant cette phase délicate.

- **Circulaire lâche**

Dérouler délicatement le cordon afin de libérer le cou. S'il y a plusieurs tours, dérouler toutes les anses.



- **Circulaire serré**

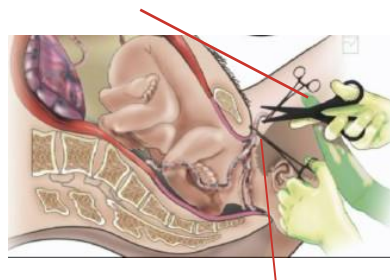
Glisser délicatement 2 doigts entre la présentation et le cordon ; clamper le cordon avec les 2 pinces Kocher distantes de 1 à 2cm environ. Sectionner le cordon à l'aide des ciseaux stériles entre les 2 pinces et libérer le cou. Attention aux projections de sang ! Ne pas hésiter à se mettre à 2 pour éviter de couper la vulve ou l'enfant.



En cas de double circulaire serré : clamper et couper une seule des anses du cordon.



Cette manœuvre est plus aisée à deux :

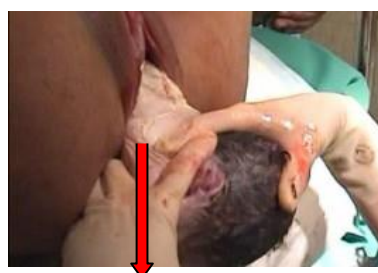


- Un qui retient la tête
- Un qui clampe et coupe le cordon.

- Une fois dégagée, la tête effectue un mouvement spontané de rotation d'1/4 de tour sur le côté afin de se repositionner dans l'axe du dos. Accompagner délicatement ce mouvement de restitution, après avoir saisi la tête entre vos deux mains, sans exercer de traction.

- Faire reprendre les efforts expulsifs pour le dégagement des épaules :

- Abaisser l'épaule antérieure doucement pour favoriser son dégagement. Si l'épaule résiste, faire écarter et fléchir au maximum les cuisses de la femme afin d'ouvrir son bassin et faciliter le dégagement. Accentuer délicatement la traction vers le bas.



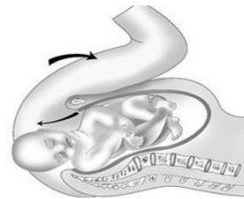
- Quand la première épaule est sortie, dégager l'épaule postérieure en relevant délicatement la tête vers le haut. Relever doucement car cela peut être à l'origine de déchirures vaginales.



- Noter l'heure précise de la naissance
- Clamper le cordon à l'aide des 2 pinces Kocher, ne pas couper le cordon (acte médical, sauf si : besoin d'une réanimation néonatale, hémorragie maternelle, délivrance, cordon court, circulaire serré, accouchement sous X. Si besoin de couper le cordon bien couper entre les 2 pinces Kocher
- Informer le médecin régulateur de la naissance
- Puis surveiller étroitement le nouveau-né (voies aériennes dégagées, coloration, tonus, respiration) et la mère (Tension, pouls, saturation, pertes sanguines)

Complication : Dystocie des épaules

- C'est une difficulté au passage des épaules et une urgence obstétricale pouvant entraîner des lésions ou le décès fœtal. C'est lorsque la tête fœtale sort, mais que l'accouchement ne progresse pas, parce que l'épaule antérieure est bloquée derrière la symphyse pubienne
- Conduite à tenir :
- Hyperflexion des cuisses en les ramenant sur le torse de la mère (permet d'augmenter le diamètre du bassin) + Effort expulsifs + Rotation de la tête + Accentuation de l'abaissement de la tête sans effectuer de traction pour voir apparaître l'épaule antérieure
- Et réaliser une pression sus pubienne au-dessus de la symphyse par équipier si le nouveau-né ne sort toujours pas



Hyper-flexion des cuisses
• augmente le diamètre du bassin



Accentuer l'abaissement de l'épaule antérieure

- Une fois les épaules dégagées, saisir l'enfant sous les bras et accompagner la sortie du reste du corps en le remontant sur le ventre de sa mère. Attention le bébé est glissant comme une « savonnette ».



- Saisir le nouveau-né sous les aisselles car glissant ++

B. L'accouchement en présentation du siège

L'accouchement en présentation du siège est un accouchement à haut risque pour l'enfant. En effet, la naissance se fait « à rebrousse-poil », de sorte que les pieds, les bras ou le menton peuvent à tout instant s'accrocher sur les aspérités du bassin.

- Poser le nouveau-né sur le ventre de la mère, peau à peau (ou le néohelp SANS LE SECHER), observer son adaptation à la vie extra-utérine et donner les premiers soins (voir chapitre 5).

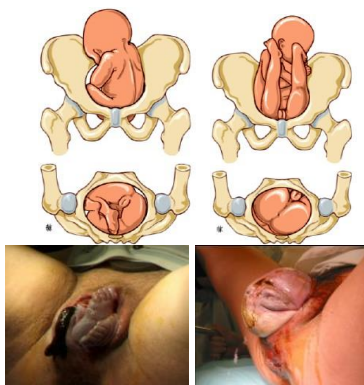
De plus, la tête, partie la plus volumineuse du fœtus passe en dernier et peut être retenue au niveau du bassin ou du col entraînant une rétention de la tête dont les conséquences peuvent être gravissimes. Il faut impérativement anticiper une réanimation du nouveau-né.

On décrit deux types de présentations :

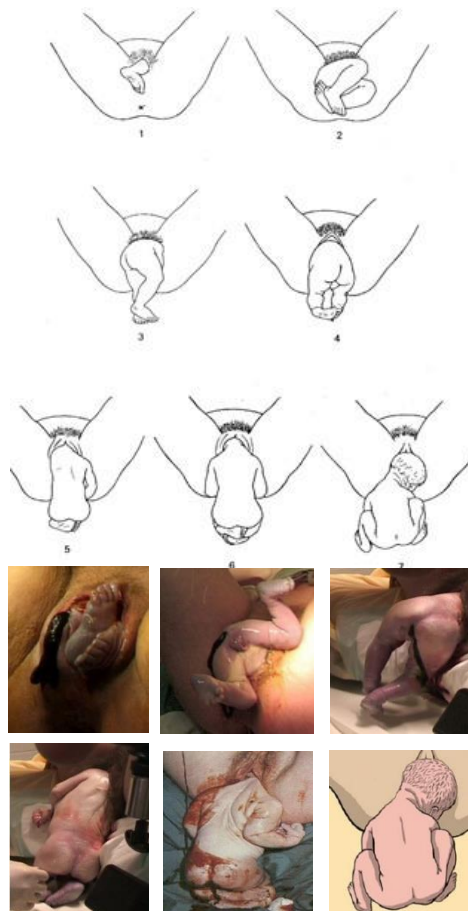
le siège complet : le fœtus est « assis en tailleur ».

1/3 tiers des cas. Fréquent chez la multipare.

le siège décomplet : membres inférieurs relevés « en attelle », pieds au niveau de la tête fœtale 2/3 des cas. Fréquent chez la primipare ou le prématuré qui n'a pas eu le temps de se retourner. Attention, les fesses se présentent en premier pouvant être confondues avec une tête sans cheveux !



Siège complet Siège décomplet



L'accouchement en présentation du siège **Le maître mot est « ne pas toucher » !!**

- Si possible, essayer de retarder l'expulsion dans l'attente d'un renfort SMUR en demandant à la femme de ne pas pousser. La respiration haletante dite du « petit chien » peut limiter l'envie de pousser.... momentanément !

- Cependant, si l'expulsion est bien amorcée, la femme ne pourra pas résister à l'envie de pousser. Il faudra donc l'installer au milieu du brancard ou du lit.

- Puis, **laisser faire la nature**, contenter vous d'encourager la mère et de surveiller le bon déroulement de l'accouchement. L'enfant va naître en s'asseyant en tailleur dans le lit, **dos en avant**.

• Siège complet

- Le siège se dégage verticalement en commençant par la hanche antérieure. La hanche postérieure se dégage ensuite, suivie des membres inférieurs. Enfin, le dos tourne vers l'avant et les épaules se dégagent suivies de la tête

• Siège décomplet

Les membres inférieurs se dégagent en premier, suivis des hanches et des épaules (après rotation du dos en avant) et enfin la tête.

Lors de l'accouchement en siège, le méconium est souvent expulsé.

Complications de l'accouchement en présentation du siège :

- **L'enfant présente son ventre (exceptionnel mais catastrophique)**



Le menton du nouveau-né va s'accrocher sous la symphyse pubienne et sa tête va s'enclaver !

Informez le SAMU ++. Vous devrez tourner manuellement en ramenant son dos en antérieur en l'attrapant par le bassin.

Conduite à tenir

Après avis et accord du médecin régulateur ramener son dos en avant

- **Technique** : Après avoir ramené les fesses de la femme au bord du lit, saisir l'enfant par les hanches, faire pivoter l'enfant en sens inverse afin de ramener son dos en avant. Manœuvre à réaliser sans traction !



- La tête reste coincée : **URGENCE ABSOLUE**

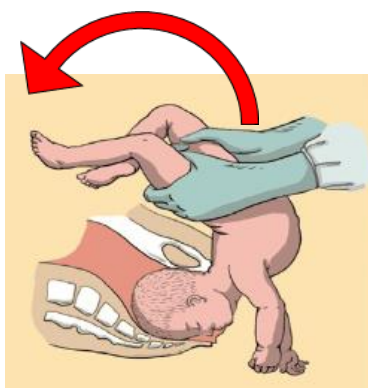
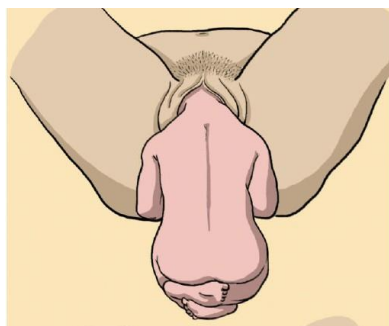


Conduite à tenir

Après avis et accord du médecin régulateur : **aider au dégagement de la tête**

Technique : Après avoir ramené les fesses de la femme au bord du lit, saisir l'enfant par les hanches et retourner le (mouvement de bascule) sur le ventre de la mère, sans exercer aucune traction (la tête pivote autour de la symphyse pubienne et se dégage).

La femme doit écarter au maximum les cuisses et pousser simultanément pour favoriser le dégagement de la tête.



16.5. Prise en charge du nouveau-né

Il est important de noter l'**heure précise de la naissance**, à la fois pour un problème d'état civil, mais également pour minuter les différentes étapes de la conduite à tenir si l'enfant présente des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine.

- Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère, peau à peau.
- Evaluer visuellement son adaptation à la vie extra-utérine. L'enfant doit **crier vigoureusement, être rose, tonique et respirer sans difficulté** (respiration ample et régulière) dans la minute qui suit sa naissance.



- Dans ce cas, glisser le dans l'enveloppe de protection thermique Néohelp (voir SAP-FM-24), sans le sécher, complètement nu afin de prévenir et lutter contre l'hypothermie.
- Déposer le, dans son enveloppe, sur sa mère, visage tourné sur le côté afin de bien dégager ses VAS, la respiration du nouveau-né étant exclusivement nasale.
- L'aspiration des sécrétions est inutile si l'enfant s'adapte parfaitement à la vie extra-utérine.
- Clamper au minimum après une minute de vie le cordon à l'aide des 2 pinces Kocher :
 - la première à environ 10 cm de l'ombilic du nouveau-né.
 - la deuxième pince 1 à 2 cm plus loin.
 Ne pas couper le cordon, acte médical qui sera réalisé par le médecin du SMUR sauf si l'état du nouveau-né nécessite des gestes de réanimation, si hémorragie maternelle, délivrance, cordon court, circulaire serrée, accouchement sous X.
- Informer le médecin régulateur de la naissance de l'enfant en précisant son état.

La relation mère-enfant doit être privilégiée surtout dans ce contexte. En effet, la naissance est un événement émotionnel intense qui peut avoir une influence marquante sur la future relation mère-enfant.

Si l'enfant présente des difficultés à s'adapter à la vie extra-utérine :

- respiration superficielle, irrégulière avec tirage, balancement thoraco-abdominal voire une respiration lente ou absente,
- cri faible ou absent, geignements (gémissements plaintifs à chaque mouvement respiratoire),
- tonus faible ou absent,
- pâleur.



- au-delà de 30 s, sécher le avec le champ d'accueil, lui mettre le bonnet en jersey, stimuler le : talons, dos.



Si son état s'améliore, placer le sur le ventre de sa maman, peau à peau, recouvert de la couverture de survie. Surveiller le attentivement.

- En l'absence d'amélioration, au-delà d'une minute, séparer le nouveau né de sa mère en coupant le cordon.



- Emmener le nouveau-né à l'espace d'accueil
- Libérer ses VAS :



- Tête en position neutre.

- S'il est encombré, dégager ses VAS par aspiration des sécrétions à l'aide du système d'aspiration buccale, dans la bouche et la gorge. Evaluer sa respiration spontanée et efficace.
- Sinon, procéder à la ventilation avec le BAVU nouveau-né pendant **1 minute en air** :



- Fréquence de 40/min. Les 5 premières insufflations doivent être lentes et progressives, de 2 à 3s, afin de déployer les alvéoles pulmonaires et lancer sa respiration. Evaluer l'efficacité (soulèvement du thorax.)



- En l'absence d'amélioration, contrôler le pouls : au niveau du cordon ombilical (plus facile à trouver), de l'artère fémorale ou humérale, en posant une oreille sur le thorax.



- * Si le pouls est compris entre 60 et 100/min : poursuivre la ventilation au BAVU en air.
 - Fréquence : 40/min
 - Durée : 1 seconde
 - Contrôle : toutes les minutes.

- * Si le pouls est < 60 /min : le nouveau-né est considéré en arrêt cardiorespiratoire = associer un massage cardiaque à la ventilation : RCP
Ventilation sous O₂ - 6l /min



- Fréquence : 120 / min
- Profondeur: 1 / 3 du thorax
- Cycles: 3 / 1 *
- Contrôle toutes les minutes

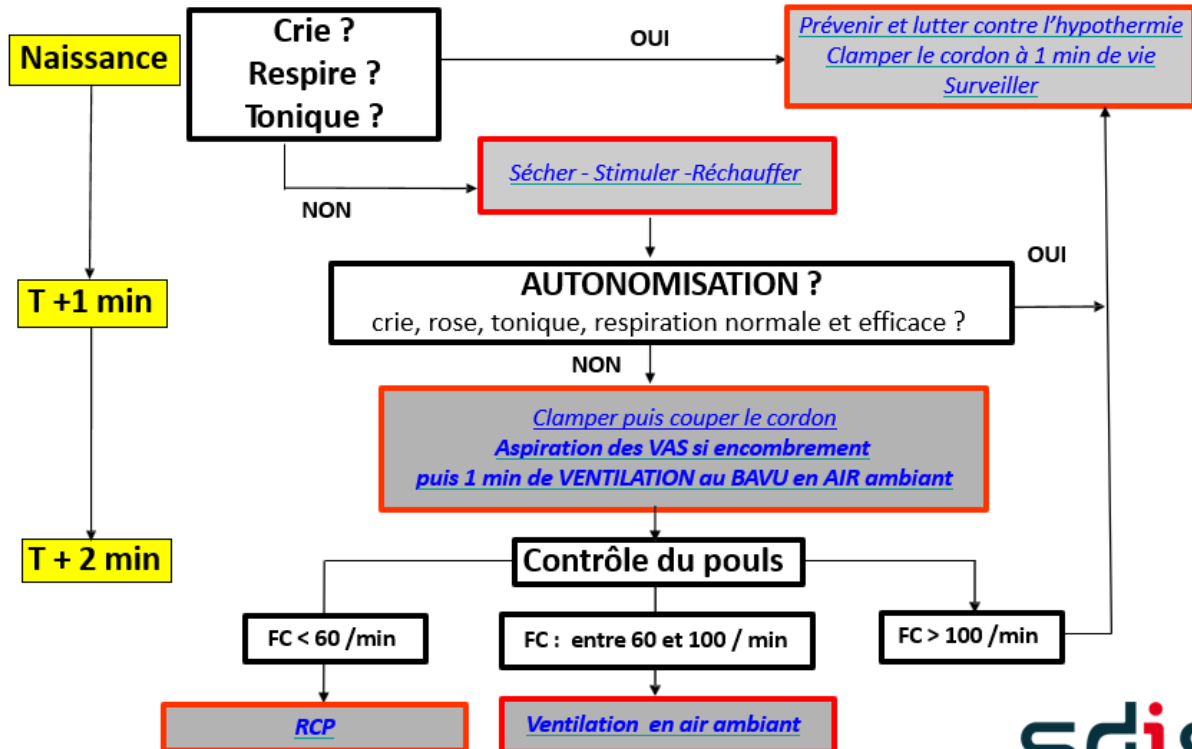
- * *Le cycle 3/1 est préférable au rythme 15/2 : la détresse étant d'origine respiratoire, la ventilation est prioritaire.*

Si l'état de l'enfant s'améliore, avec une fréquence respiratoire > 100, surveiller le attentivement en attendant le SMUR. Lutter contre l'hypothermie (chauffer la pièce, couverture de survie).

Si Pouls entre 60 et 100 bpm : continuer la ventilation au BAVU en air ambiant à une fréquence de 40/min. Et réévaluer toutes les minutes

Prise en charge du nouveau-né: algorithme décisionnel

*Cliquer sur les cadres en pointillé
pour accéder à la technique*



16.6. La délivrance

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales. Elle doit avoir lieu dans les 30 min qui suivent la naissance.

Cette dernière phase de l'accouchement est la période la plus délicate du fait du risque d'hémorragie de la délivrance, rare, imprévisible mais très souvent gravissime.

A. Physiologie de la délivrance

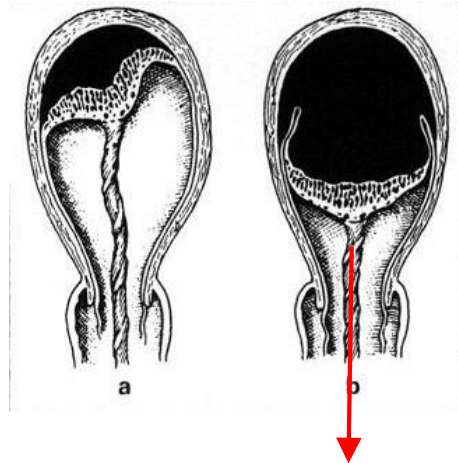
Après la naissance de l'enfant se produit une période de repos physiologique. La femme est calme, les contractions ont cessé.

Cette phase de rémission dure 15 à 20 minutes et doit être impérativement respectée, toute manœuvre intempestive (traction sur le cordon...) risquant de provoquer des complications.

Les signes annonciateurs du décollement placentaire se traduisent par :

- la reprise de petites contractions utérines qui entraînent le décollement du placenta.
- l'écoulement d'un filet sanguin à la vulve.

- l'allongement de la partie extériorisée du cordon.



- Observer et surveiller la maman.

La délivrance spontanée : Le placenta, décollé de la paroi utérine, glisse dans le vagin provoquant une envie de pousser. Il est alors chassé hors des voies génitales sous l'effet d'efforts expulsifs spontanés.

Conduite à tenir

Dès que l'enfant est né, ouvrir la poche de recueil graduée du champ d'accouchement pour quantifier les pertes utérines.



Si la femme manifeste des signes de délivrance, couper le cordon à l'aide des ciseaux stériles du set d'accouchement.

Placer le plateau en contre-bas et récupérer le placenta.

NE JAMAIS TIRER SUR LE CORDON



Attention aux projections de sang : protection ++ : gants + masque avec visière panoramique + tablier.

Le placenta dans son plateau sera emballé dans un sac DASRIA fermé et emmené à la maternité où son intégrité sera vérifiée par les sages-femmes.

Informez le SAMU que la délivrance a eu lieu.

Surveiller étroitement la femme : TA, FC, SAT, pertes sanguines.

B. L'hémorragie de la délivrance

Elle se définit par des pertes sanguines > 500 ML avant ou après la délivrance.

5 % des accouchements : première cause de mortalité maternelle !

Conduite à tenir

Prévenez rapidement le médecin régulateur du SAMU.

Couper le cordon et isoler l'enfant de sa mère.

Si la femme n'est pas délivrée, sur ordre du médecin régulateur, demander à la femme de pousser pour tenter d'expulser le placenta. Si la femme ne se délivre toujours pas : masser le ventre de la femme par des mouvements appuyés circulaires pour stimuler l'utérus dans le but de limiter l'hémorragie et favoriser le décollement du placenta, entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Manœuvre douloureuse, prévenir la mère. Appuyer régulièrement en direction du bas pour vidanger l'utérus et favoriser sa contractilité
O2 15 l/min.

Si le placenta n'est pas sorti, sur ordre du médecin régulateur, réaliser la délivrance en demandant à la femme de pousser. **Ne surtout pas tirer sur le cordon au risque d'aggraver la situation.** Souvent, l'hémorragie cesse après l'expulsion du placenta. Continuer de masser le ventre, que la femme soit délivrée ou non, et surveiller étroitement la mère en attendant le renfort SMUR.

Si patiente non délivrée, et souhaite allaiter : possibilité de mettre le nouveau-né au sein (hormone de contraction de l'utérus : ocytocine = hormone d'éjection du lait) et si la patiente s'en sent capable.

Surveiller étroitement la femme en attendant le SMUR et notamment les fonctions vitales et les pertes sanguins, toujours le sac de recueil pour quantifier les pertes.



16.7. Transport de la mère et de son enfant

Le transport est toujours médicalisé dans le VSAV préalablement chauffé.

Le déclenchement d'un 2eme moyen de transport, est possible après régulation.

- Nouveau-né dans le cosy ou sur le ventre de sa mère « enveloppe à peau » ou « peau à peau ».
- Bien sangler la maman avec son enfant sur le brancard.
- Surveillance conjointe avec l'équipe médicale du SMUR :
 - Mère : TA, FC, SAT, pertes utérines.
 - Nouveau-né: couleur, respiration, tonus.

Bien faire une fiche URGSAP par victime, donc une pour la maman et une pour le bébé.



16.8. Cas particuliers

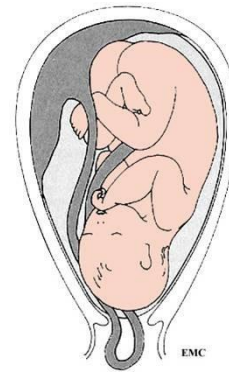
A. Pendant l'accouchement

- **La procidence du cordon**

La procidence du cordon est la chute du cordon en avant de la présentation lors de la rupture de la poche des eaux. Elle expose à une souffrance fœtale aigue par compression du cordon entre l'utérus et la tête de l'enfant (mortalité fœtale élevée).

C'est une extrême urgence dont le traitement est l'extraction du fœtus vivant en urgence par césarienne sauf si la tête est déjà engagée auquel cas il faut terminer au plus vite l'accouchement.

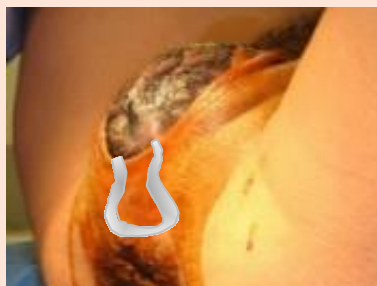
Diagnostic : Présence du cordon à la vulve



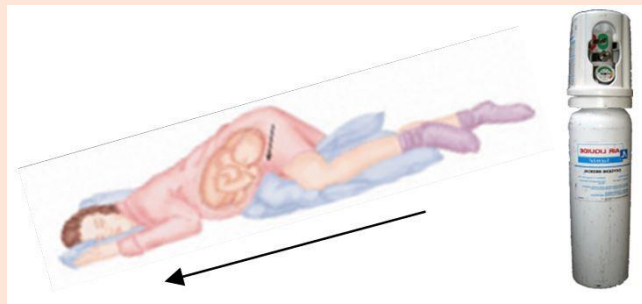
Conduite à tenir

Prévenir le SAMU en urgence.

Si l'accouchement est imminent (tête à la vulve), faire naître rapidement l'enfant et anticiper une réanimation.



Sinon, placer la femme sur le **côté gauche en position déclive** (tête en bas) pour essayer de limiter la compression du cordon, O₂ 15 l/min, suivre les consignes du SAMU (attente renfort médicalisé, jonction, transport d'urgence à la maternité).



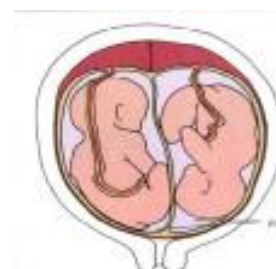
A la maternité, une césarienne sera réalisée en extrême urgence si l'enfant est encore vivant (contrôle échographique à l'arrivée). Sinon, l'accouchement se fera par les voies naturelles.

- **Grossesse gémellaire**

En augmentation suite au traitement des infertilités. Situation rare à domicile car ces grossesses font l'objet d'une surveillance étroite. Le risque d'accouchement prématuré est élevé.

L'accouchement est à risques :

- surtout pour le 2ème jumeau (mauvaise position, souffrance)
- hémorragie de la délivrance plus fréquente



Accouchement à hauts risques hors maternité : renfort de spécialistes préconisé !

Conduite à tenir

- Contact rapide du médecin régulateur (renfort SMUR +/- obstétricien +/- pédiatre)
- Préparer 2 espaces d'accueil pour les nouveau-nés.

La naissance du premier enfant est classique. Le délai entre les 2 naissances est variable, de 5 à 20 min. Le médecin SMUR prendra la décision de faire naître J2 sur place, sinon transport médicalisé rapide vers la maternité la plus proche.

B. Saignements au cours du 1er trimestre de la grossesse

• La fausse couche

C'est l'expulsion du fœtus avant qu'il ne soit viable (avant 5 mois 1/2 soit 22 SA), le plus souvent au cours du premier trimestre de la grossesse.

Signes cliniques: douleurs abdominales accompagnées de pertes de sang rouge, saignement inattendu qui peut être brutal et parfois abondant.

→ Pronostic vital maternel rarement engagé.

La grossesse peut être méconnue (début de grossesse) → soupçonner une fausse couche chez une femme en âge de procréer qui présente un tel tableau → faire préciser la date des dernières règles pour estimer le terme.

Conduite à tenir

- Rassurer, réconforter
- Allonger la victime dans une position confortable
- Evaluer les pertes sanguines, mettre une protection entre les cuisses (pansement absorbant)
- En cas d'expulsion du fœtus, récupérer le discrètement dans un champ stérile, le mettre à l'écart et le garder pour la maternité
- Message au SAMU
- Surveiller les fonctions vitales et les pertes sanguines.

• La grossesse extra-utérine (GEU)

Embryon qui se développe en dehors de l'utérus, le plus souvent dans une trompe → incompatible avec la poursuite d'une grossesse.

Risques: hémorragie interne par rupture de la trompe, urgence vitale dont le traitement est chirurgical.

Signes cliniques : ils se manifestent en début de grossesse (1 à 2 semaines de retard de règles) → douleurs abdominales violentes accompagnées parfois de petites pertes de sang noirâtre et d'un malaise général.



Conduite à tenir

La grossesse peut être méconnue (début de grossesse) → soupçonner une GEU chez une femme en âge de procréer présentant un tel tableau : faire préciser la date des dernières règles.

- Allonger la victime sur le dos, jambes fléchies.
- Administrer de l'O₂.
- Contacter en urgence le médecin régulateur.
- Surveiller attentivement la femme.

C. Saignements au cours du 2ème et 3ème trimestre

- **Placenta prævia** : placenta mal inséré pouvant recouvrir le col de l'utérus et rendre impossible l'accouchement par les voies naturelles → hémorragie de sang rouge.

- **Décollement du placenta** : spontanée ou secondaire à un choc abdominal → douleurs abdominales, ventre dur, hémorragie de sang rouge.

Risques : pour la mère et son enfant.

Conduite à tenir

- Allonger la femme sur le côté gauche, O2 15l /min
- Contacter en urgence le médecin régulateur
- Surveiller les fonctions vitales et les pertes sanguines

D. Le déni de grossesse

Le déni de grossesse se définit comme le fait de ne pas avoir conscience d'être enceinte. Le ventre ne grossit pas ou peu, la grossesse passe souvent inaperçue à l'entourage. Quand le bébé commence à bouger, la femme n'y prête pas attention ou interprète ces mouvements comme sans lien avec une grossesse. L'absence de règles, caractéristique de la grossesse, peut même faire défaut.

Loin d'être issues de milieux défavorisés, d'être déficientes intellectuellement ou de présenter des troubles psychiatriques, les femmes concernées sont d'une « normalité » désarmante, ce qui rend le phénomène encore plus troublant. Toutes les couches sociales sont concernées. Ces femmes peuvent avoir déjà eu des enfants.

Le déni de grossesse est partiel lorsque la grossesse est découverte à partir du 5ème mois de grossesse le déni de grossesse est total lorsqu'il est constaté au moment de l'accouchement.

La naissance est alors un choc psychologique très important pour la mère qui n'a pas pu se préparer psychologiquement à l'accueil de l'enfant. L'accouchement est souvent très rapide et perçu comme un besoin d'aller à la selle : ces bébés naissent souvent dans les toilettes.

La mort du bébé peut survenir de manière accidentelle, par manque de soins, à la suite d'un traumatisme crânien ou à la suite d'une intervention de la mère. Cette confrontation brutale avec la réalité peut occasionner une panique porteuse de pulsions infanticides. Cette issue tragique n'est heureusement pas la plus fréquente, en particulier si la femme n'est pas isolée.

Passé la phase de sidération, après une période transitoire plus ou moins longue, l'enfant est le plus souvent investi par sa mère et accepté comme un enfant « classique ».

E. Accouchement sous le secret = accouchement sous X

C'est la possibilité pour une femme d'accoucher sans donner son identité avec l'assurance qu'elle ne sera jamais révélée sans son consentement.

Cependant, afin de garantir le droit de l'enfant à connaître ses origines, la mère est invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance et, sous pli fermé, son identité.

La femme dispose d'un délai de rétractation de 2 mois à l'issue duquel l'enfant deviendra pupille de l'Etat et pourra être placé en vue d'une adoption plénière. L'enfant sera recueilli par les services de l'ASE ou un organisme français autorisé pour l'adoption et un procès-verbal sera alors établi.

La déclaration de naissance sera faite dans le délai légal des 3 jours par le personnel qui a assisté à l'accouchement. Il ne sera fait aucune mention sur le registre d'état civil sur l'identité de la mère. La mère peut donner les prénoms qu'elle souhaite à l'enfant ou à défaut il sera choisi trois prénoms dont le dernier tiendra lieu de nom patronymique jusqu'à l'adoption.

Ainsi, la femme qui ne veut pas établir de filiation peut cependant laisser son identité sous pli cacheté conservé par le Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP). L'enfant pourra alors demander au CNAOP, seul habilité à ouvrir l'enveloppe, de rentrer en contact avec sa mère biologique. Cependant, la levée du secret sera toujours soumise à la seule volonté de la mère. Cette levée du secret ne crée bien sûr, aucune filiation avec la mère biologique.

Ces situations peuvent être source de bouleversements émotionnels pour les équipes de secours.

Ces femmes, en grande détresse, méritent cependant

un accompagnement particulier dans le respect de leur choix, de l'anonymat et du secret professionnel. Il faut donc s'abstenir de tout commentaire, réflexion ou jugement, faire preuve d'une attitude discrète et respectueuse.

Dès lors que la mère indique qu'elle ne désire pas garder l'enfant, interroger la sur les modalités d'accueil du nouveau-né : veut-elle le voir, le toucher ?

Si elle ne veut pas de contact avec son enfant, séparer rapidement l'enfant de sa mère et isoler les deux. Le transport à la maternité se fera dans 2 VSAV différents.

Afin de préserver l'anonymat, aucun élément sur l'identité de la mère ne doit figurer sur les différents documents (fiche bilan, fiche accouchement...) :

Madame : X

a accouché le (date et heure de naissance)

d'un enfant vivant de sexe.....

Au retour d'intervention, le CDA doit informer le CODIS de la situation. Le CODIS a la charge « d'anonymiser » tous les documents comportant des renseignements susceptibles d'identifier la mère (ticket de départ...).

16.9. La déclaration de naissance

L'enfant doit obligatoirement être déclaré à la mairie du lieu de naissance dans les 3 jours par le père, ou, à défaut, par la personne qui a assisté à la naissance.

L'officier d'état civil rédige l'acte de naissance sur le registre d'état civil sur présentation du certificat de naissance, document rédigé par le médecin SMUR présent sur les lieux. L'enfant est alors inscrit sur le livret de famille.

Je soussigné(e) Dr
certifie que Mme
Née le .. / .. /
a accouché le .. / .. / à .. H ..
d'un enfant de sexe
vivant et viable ☐ ou mort-né ☐
à l'adresse suivante (adresse du domicile)
.....
Signature: