



Accouchement inopiné – Equipier

Réalisé par Charlotte Pomat et Clémentine Pillon – Expert SF SDS 01
Relecture Equipe SSUAP – Julie SALLAMAND / Damien DENTINGER



Certaines diapositives sont pourvues d'un lien [vidéo](#).
Cliquez dessus pour la visionner.

Pour commencer ...

Dans la grande majorité, les cas d'**accouchement inopiné se déroulent sans complication.**

→ Ils se font vite et bien.

→ Ils ne nécessitent alors aucune manœuvre d'aide.

Le fait qu'ils soient inopinés les différencie, en terme de risques, des accouchements à l'hôpital ou prévu à domicile (avec sage femme).



Le rôle principale de l'équipage est

 Organisation

 Calme

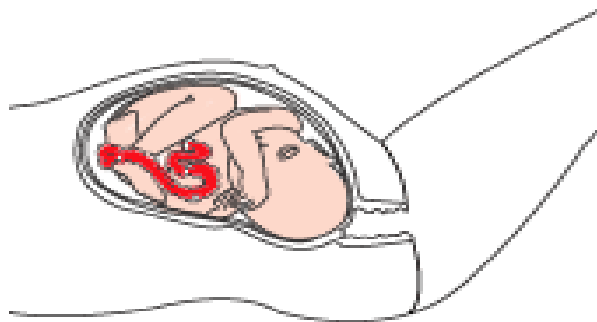
 Réassurance de la femme qui accouche (= Parturiente)

L'accouchement = 3 phases / 3 interventions

Succession de contractions utérines régulières, douloureuses, augmentant en fréquence et en intensité, permettant **l'effacement, la dilatation du col et l'engagement** dans la filière pelvienne ⁽¹⁾

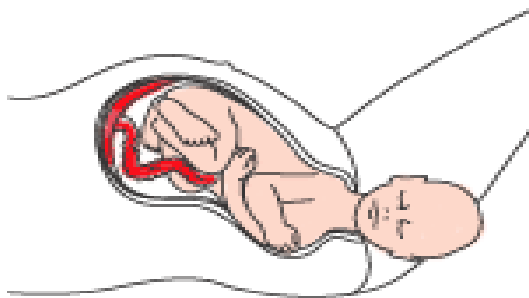
pour permettre **l'expulsion** du nouveau-né. ⁽²⁾

Le travail se termine avec la **délivrance = expulsion des annexes** (placenta, membranes, cordon). ⁽³⁾



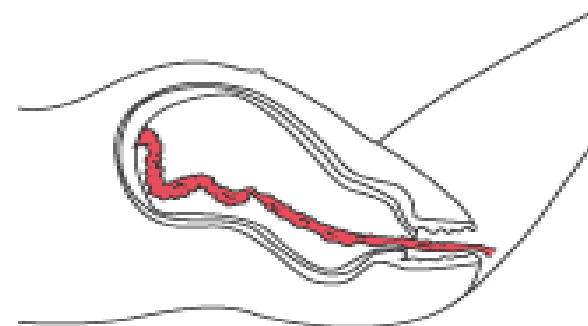
1. Dilatation et ouverture du col de l'utérus.

= Transport



2. Expulsion

= Accouchement sur place



3. Délivrance

= Enfant déjà né à l'arrivée



Dans la majorité des cas, le départ pour accouchement se terminera en un simple transport

- Effectuer un bilan SSUAP
- Gestion de la douleur
- Installation pour le transport



Aide à la gestion de la douleur

REASSURANCE ++

une femme qui accouche gèrera d'autant mieux la douleur si elle est accompagnée par une personne (Equipier/conjoint) qui:

- la valorise
- la rassure
- la canalise
- l'aide à avoir une respiration calme et profonde entre les contractions.

Penser que cette douleur est **DYNAMIQUE** et a **UN BUT POSITIF**

Utiliser cette notion pour l'inclure dans un discours motivant en faisant remarquer que le travail avance, que la dilatation du col de l'utérus progresse.

Le transport

Femme **installée** demi-assise, assise ou en décubitus latéral gauche



JAMAIS A PLAT DOS

-> **Risque d'hypotension maternelle**

Ceinturée

Dans le VSAV, **installation dos à la route** (si transport = évaluation que l'accouchement n'est pas imminent donc la sécurité routière prime)

Si accouchement pendant le transport:

- Stop engin
 - Faire asseoir perpendiculaire au brancard
- ou
- Tourner le brancard
- (pour le mettre face à la route)





**Parfois, l'accouchement est imminent
et se déroulera en présence de
l'équipage SP**

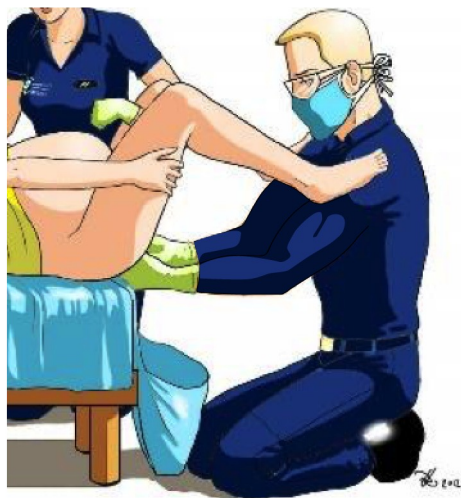
→ Présentation de la trousse accouchement

Equipier 1

Accompagne l'expulsion et la délivrance

 **JAMAIS DE TOUCHER VAGINAL**

Gants stériles
Sur-lunettes
Masque chirurgical
+/- Surblouse



Equipier 2

Accompagne le nouveau-né

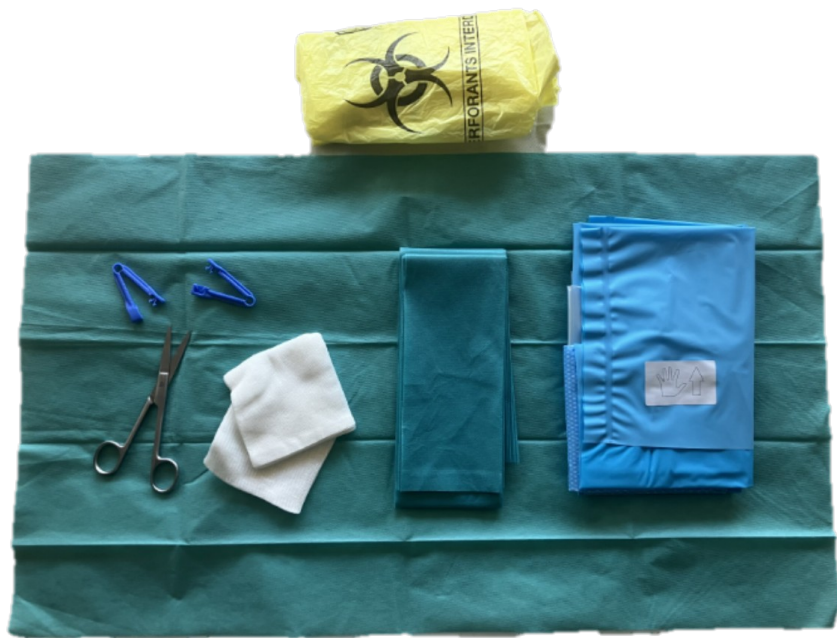
Gants à UU
Masque chirurgical



EQUIPIER 1: Expulsion et délivrance

Matériel

- Un champ stérile (zone propre) avec dessus : deux clamps de Barr, une paire de ciseaux, des compresses stériles, un champ stérile et un champ sous fessier avec poche de recueil.
- Un sac DASRIA.

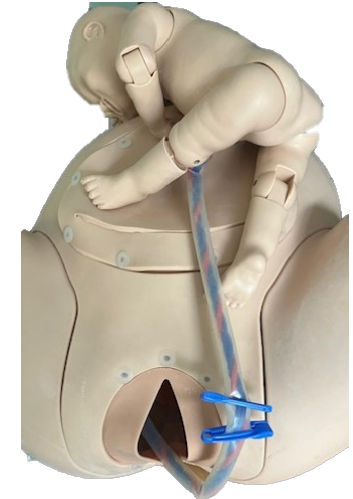


Rôle

Démonstration sur mannequin ou vidéo

- Réceptionner le nouveau-né et le poser sur le ventre de sa mère.
 - Mettre en place la poche de recueil.
 - Clamper le cordon en DEUX endroits.
 - Attendre l'expulsion spontanée du placenta et le conserver dans un DASRIA.
 - Surveiller et quantifier les pertes sanguines et l'état général de la mère à chaque épisode de saignement.
- + coupe le cordon** entre les deux clamps:
- **si urgence vitale** pour la mère et/ou l'enfant.
 - **si délivrance spontanée** du placenta.

EQUIPIER 1: Clampage du cordon



Une fois le nouveau né sur le ventre de sa mère, réaliser le clampage sur la zone du cordon facilement accessible (face à la vulve)

Purger le cordon

→ Permet d'éviter le risque d'AES lors la section du cordon

Poser le 2^{ème} clamp

Cette technique permet de respecter les 10-15cm nécessaire à la prise en charge adaptée du nouveau-né.

Démonstration sur mannequin ou vidéo

EQUIPIER 1: Précision sur la délivrance

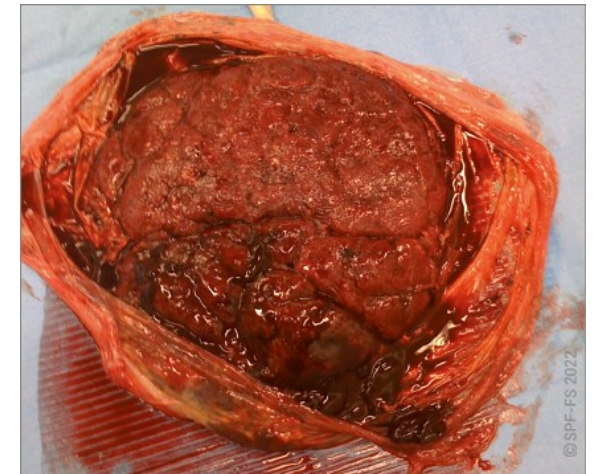
Lors de l'expulsion spontanée du placenta la parturiente peut reprendre l'envie de pousser.



NE PAS TIRER SUR LE CORDON
NE PAS FORCER LA DELIVRANCE

Lorsque le placenta s'expulse naturellement : le récupérer à l'aide d'un sac poubelle DASRIA.

Le **placenta** est remis à l'équipe médicale de la maternité.



EQUIPIER 1: Surveillance

Le risque principal est l'**Hémorragie de la délivrance**

= **Pertes sanguines $\geq$ 500ml**

Quantification précise grâce à la poche de recueil

Conduite à tenir en cas d'identification d'une hémorragie de la délivrance:

- **MASSAGE UTERIN** : masser l'utérus fermement et **sans interruption** au niveau de l'ombilic. Le geste est poursuivi même en cas d'arrêt du saignement et ne sera stoppé que sur ordre médical.

Démonstration sur mannequin ou vidéo

- Surélever les jambes
- Oxygénothérapie (15L/min puis adapter selon saturation en oxygène)
- Surveillance en continue des constantes
- Couverture de survie (anticiper le risque d'hypothermie)

EQUIPIER 2: PEC du nouveau-né

Matériel

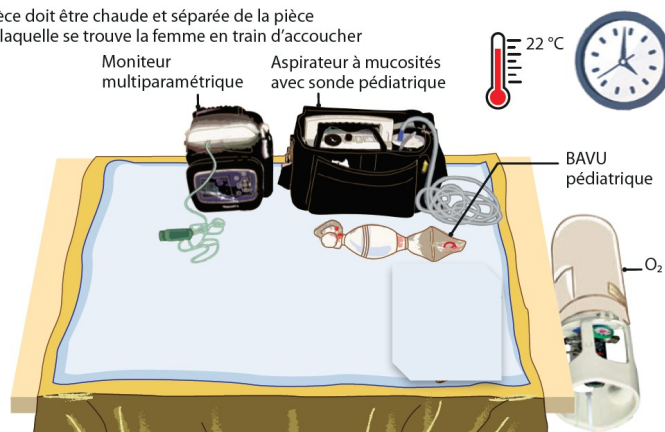
Lutte contre le risque d'hypothermie

- Champ bébé pour sécher
- Bonnet en Jersey
- Couverture de survie

Anticipation du matériel de réanimation

- Aspirateur à mucosité avec sonde CH8 et raccord biconique
- Insufflateur manuel pédiatrique et O₂

La pièce doit être chaude et séparée de la pièce dans laquelle se trouve la femme en train d'accoucher



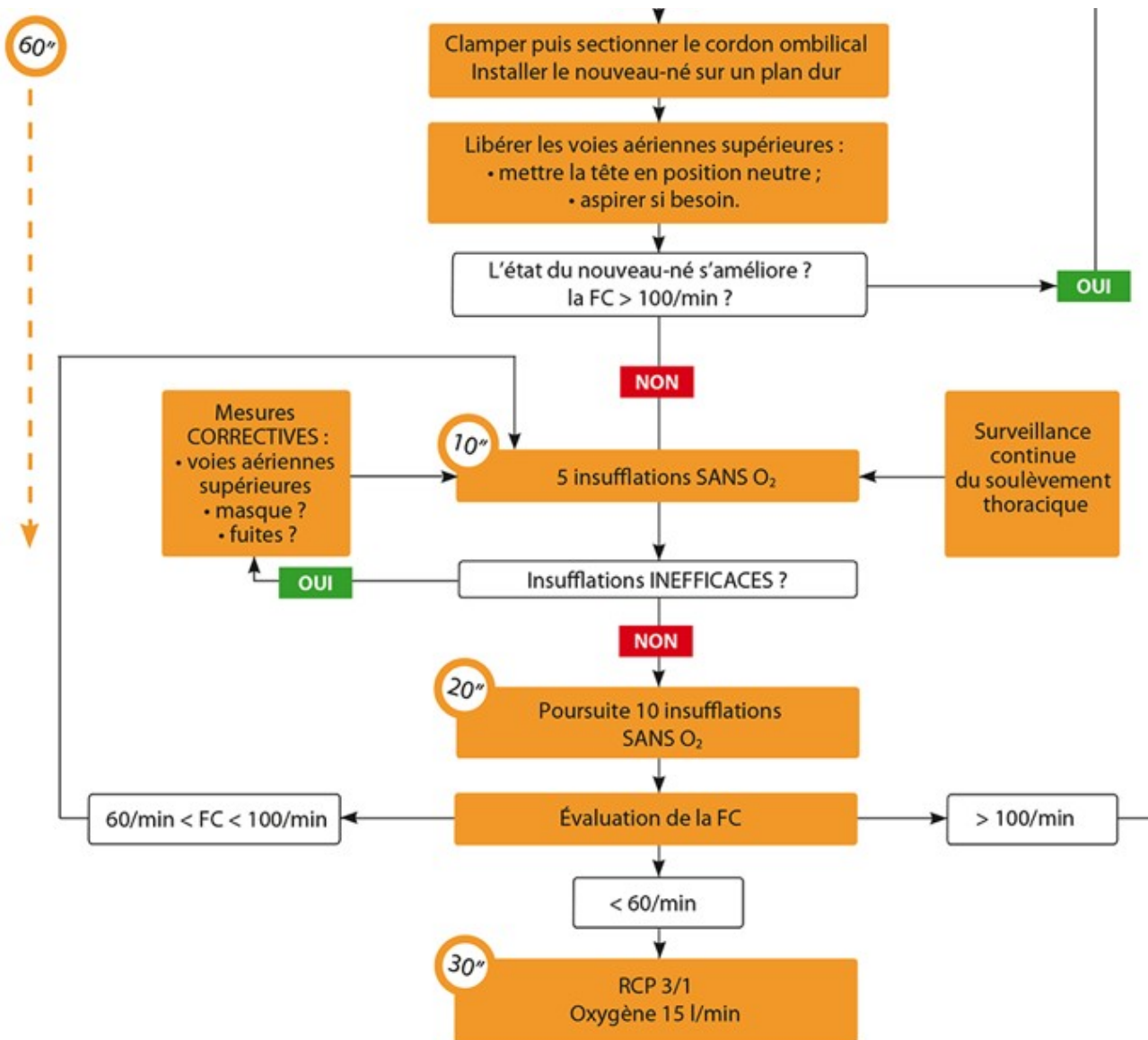
Rôle

Démonstration sur mannequin ou vidéo

- S'assurer que le VSAV soit chauffé.
- **Noter l'heure de naissance.**
- Sécher le nouveau-né.
- Maintien de sa température (bonnet, peau à peau, couverture de survie).
- Surveillance en continue (coloration, tonus, VA libres)

+ réanimation du nouveau-né avec le chef d'agrès si pas d'autonomie à 1min de vie.

EQUIPIER 2: Réanimation du nouveau-né avec chef d'agrès si mauvaise adaptation à 1min de vie



Prise du pouls

En priorité multiparamétrique 4 brins.

Dans l'attente de mise en place de l'appareil,
évaluer le pouls ombilical =
placer la base du cordon entre
votre pouce et votre index.



Logigramme PEC ACR du Nouveau-né

Non adaptation à la vie extra utérine à 1 min

LVA tête en position neutre / aspiration

15 insufflations

*(évaluation de l'efficacité du geste
sur les 5 premières insufflations)*

AIR

Réévaluation de la
fréquence cardiaque
toutes les 30 secondes



<60 bpm

Entre 60 et 100 bpm

>100 bpm

RCP – 3/1

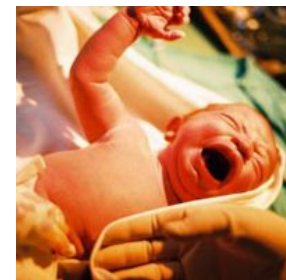
Avec Oxygène à 15l/min

15 insufflations

AIR

Surveillance en continu du
nouveau né

- Tonus
- Coloration
- Respiration



CONCLUSION

Dans la grande majorité des cas, l'accouchement inopiné est RAPIDE et SANS INCIDENT

Calme / soutien / organisation / laisser faire la nature

A RETENIR

Transport = jamais à plat dos.

Surveillance en continue de la mère et de l'enfant.

➔ Hémorragie de la délivrance = **MASSAGE UTERIN sans interruption + gestes SSUAP.**

➔ Lutter contre le risque d'hypothermie du nouveau-né

➔ Connaitre les gestes de réanimation néonatale (SSUAP)