



Accouchement inopiné – CA

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

Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Ain

Juin 2026



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.

Tour de table rapide pour prise de conscience par l'expérience de terrain. En temps que pompier, échange sur l'évitabilité ou non des éventuelles complications.

→ 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 prévus à domicile (avec sage femme).



Le rôle principal de l'équipage est

📁 Organisation

📁 Calme

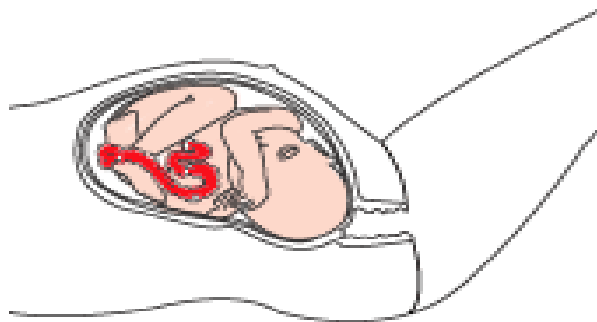
📁 Réassurance de la femme qui accouche (= Parturiente)

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⁾

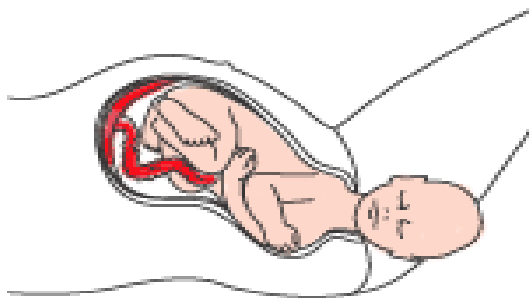
pour permettre **l'expulsion** du nouveau-né. ⁽²⁾

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



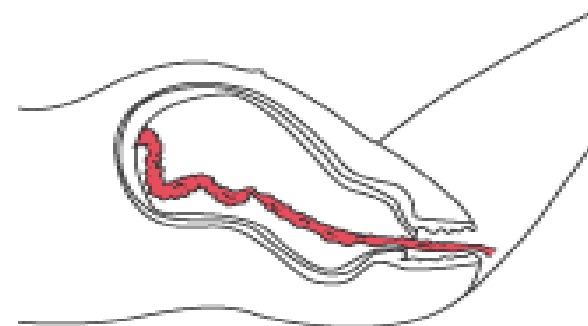
1. Dilatation et ouverture du col de l'utérus.

= Transport



2. Expulsion

= Accouchement sur place



3. Délivrance

= Enfant déjà né à l'arrivée

Définitions / Facteurs de risque

L'accouchement est dit **INOPINE** lorsqu'il se passe de manière imprévue dans un environnement extrahospitalier (0,5% à 1%).

Facteurs retardant l'arrivée sur un lieu de soin

Milieu social défavorisé
Troubles psychiatriques
Femmes mineures
Déni de grossesse
...

Facteurs favorisant l'accouchement rapide

Multiparité (2°,3°,4°..)
ATCD d'accouchement rapide
Accouchement prématuré
...



Évaluation de l'urgence et du risque d'accouchement

A l'arrivée impression de gêne ou d'extériorisation à la vulve.

Et/ou

Expression spontanée d'une envie irrépressible d'aller à la selle.

NON

Bilan SSUAP (vigilance TA)

Score de MALINAS (cf tablette)

Recherche de facteurs de risques

*Contre-indication à l'accouchement
voie basse, prématurité, siège,
jumeaux, pathologie de la grossesse,
antécédent d'hémorragie...*

OU
I

Examen **VISUEL de la vulve**

RAS

Présentation à
la vulve

Procidence du cordon
Procidence d'un bras

**Demande de
renfort médical**

Réaliser
l'accouchement

**Demande immédiate de
transport urgent**

Organiser un
brancardage rapide:

- allongé côté gauche
- Tête plus basse que
les membres
inférieurs
(=Trendelenburg)

Transmission du bilan et attente des
directives de la régulation 15

L'interrogatoire permet notamment de coter LE SCORE DE MALINAS

**= Evaluer l'imminence de
l'accouchement**

Accessible sur la tablette

	0	1	2
PARITE	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3h	3 à 5h	> 5h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
Pertes des eaux	Non	< 1h (récente)	> 1h

Score < 5 = transport possible vers une maternité.

Score > 7 = risque d'accouchement imminent.

Transmission du bilan

Éléments à transmettre lors du passage du bilan au 15

Accouchement imminent

- Nombre d'enfant(s) à naître
- Présentation(s)
- Date du terme
- Saignement vaginal
- Complication(s) de la grossesse

Accouchement non imminent

- Bilan SSUAP
- Parité (nombre d'accouchement(s) antérieur(s))
- Rupture de la poche des eaux (heure, couleur du liquide)
- Début des contractions
- Durée et fréquence des contractions
- Éléments de l'accouchement imminent
- Voie d'accouchement prévue (basse ou césarienne)
- Maternité de suivi de grossesse
- Déroulement des accouchements antérieurs

M
A
L
I
N
A
S

L'accouchement est une situation qui peut présenter des changements d'état multiples et rapides.

Pensez à réguler ces changements sans délai au 15:

- Bilan initial
- Modification du MALINAS (rupture de la poche, rapprochement des contractions,...), modification significative des constantes (Hypertension,...),...
- Naissance
- Délivrance placentaire spontanée
- Hémorragie de la délivrance
-



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

Missionner les équipiers à:

- l'organisation du transport
- la canalisation de la douleur
- la réévaluation

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

→ *Si nécessaire présentation de la trousse accouchement (APP)*

L'accouchement inopiné est le plus souvent rapide et sans complication

Demande de **renfort médical** si non engagé

cf diapositive précédente « Transmission du bilan – Accouchement imminent »

Ordonner l'organisation du binôme équipiers pour l'accouchement



Rassurer

« Nous sommes là et prêt à accueillir votre enfant »

Du calme et de l'organisation

Rôles Equipier 1 / Equipier 2

Rappel accessible sur ENASIS: diaporama « Accouchement inopiné – équipier » + « vidéos »



Conduite à tenir en cas de complications
ces complications **sont rares** en cas d'accouchement
inopiné

Hémorragie de la délivrance

= Pertes sanguines $\geq 500\text{ml}$

Quantification précise grâce à la poche de recueil

Réguler en urgence le diagnostic d'hémorragie

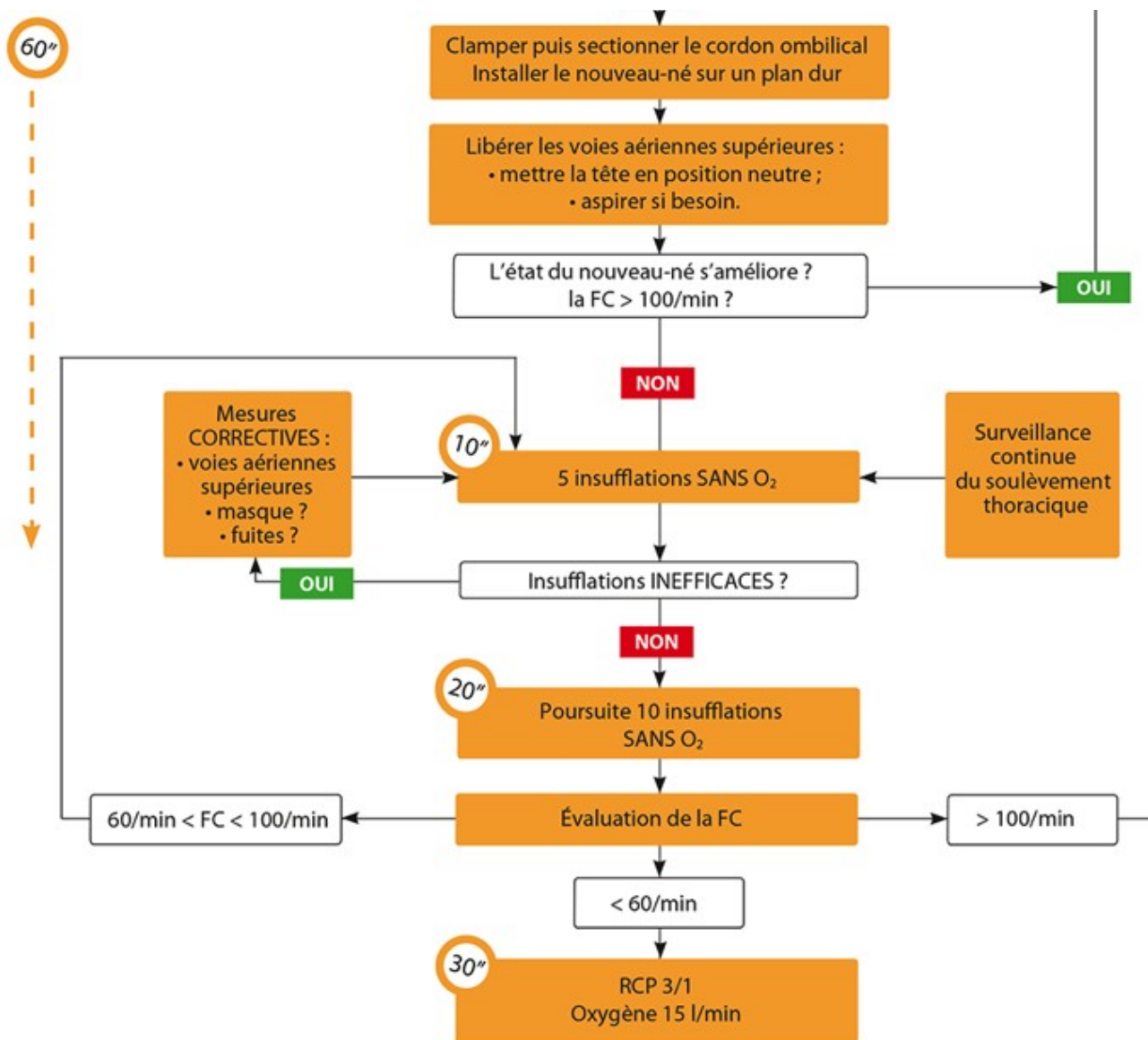
Conduite à tenir en cas d'identification d'une hémorragie de la délivrance:

- **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)

Réanimation du nouveau-né 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

RCP – 3/1

Avec Oxygène à 15l/min

Entre 60 et 100 bpm

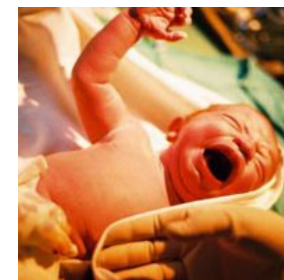
15 insufflations

AIR

>100 bpm

Surveillance en continu du nouveau né

- Tonus
- Coloration
- Respiration



Présentation en siège (4%)

NE PAS TOUCHER LE NOUVEAU NE pendant l'expulsion
tant qu'on ne voit pas ses omoplates.

Démonstration sur mannequin ou [vidéo](#)

Exception si le dos est tourné vers l'arrière: le **dos doit tourner vers l'avant** spontanément ou de manière induite



Saisir le nouveau-né
par les hanches et le
faire pivoter par
SEULE ROTATION
pour amener son dos
vers l'avant.



Circulaire serré

Démonstration sur mannequin ou vidéo



- 1) Demander à la femme de ne pas pousser.
- 2) **Clamper le cordon à deux endroits et couper entre les deux clamps.**
- 3) Faire pousser immédiatement pour le dégagement des épaules.

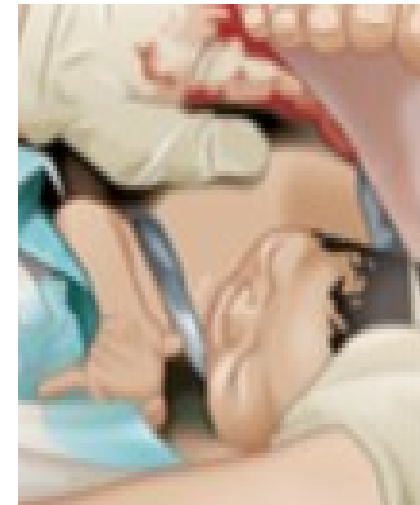
Nouveau-né coiffé

=sort dans sa poche des eaux intacte

Il faut alors percer la poche manuellement
(sans instrument)



Percer la poche
→





Cas très exceptionnels **nécessitant une prise en charge hospitalière rapide** voire urgente...

DONC

prioriser le message au 15
avec demande de transport urgent dès
l'identification de la situation

Procidence du cordon

Le cordon ombilical est visible avant la naissance de l'enfant.
Risque de compression du cordon, pouvant engendrer l'arrêt de la circulation foétale.

- Parturiente transportée de préférence sur le côté gauche tête plus basse que les membres inférieurs (= Trendelenburg)
- Oxygénothérapie

Si accouchement inéluctable, se préparer à réanimer l'enfant



Présentation en transverse (1%)

**NE PEUT PAS ACCOUCHER VOIE BASSE
ET
RISQUE DE PROCIDENCE
(du cordon ou d'un bras)**





Pathologie en cours de grossesse

Des valeurs partagées au sein de l'établissement
au profit de nos missions

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

Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Ain

Juin 2026

Grossesse extra-utérine

Chez une femme en âge de procréer
Douleur abdomino-pelvienne + sensation de malaise
+/- saignements vaginaux
=
Suspicion de Grossesse Extra-Utérine (=GEU)

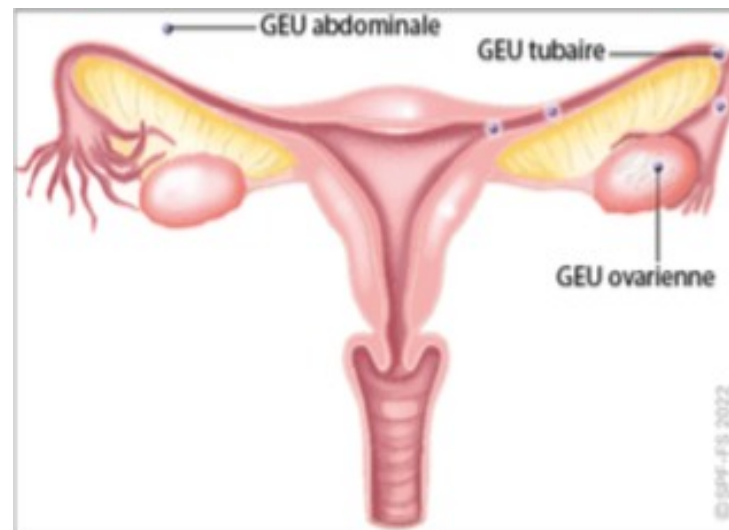
Allonger la victime sur le dos, jambes fléchies

Bilan complet avec vigilance sur les signes de détresse circulatoire

⇒ Oxygène par inhalation selon bilan

Contactez en urgence la régulation médicale

Surveillance attentive de la victime



Hémorragies génitales

Evaluer l'importance de l'hémorragie génitale

Abondance supérieure aux règles habituelles de la victime ?
et/ou 2° ou 3° trimestre de la grossesse ?
et/ou Signes de détresse circulatoire ?

OUI



Contacter en urgence la régulation médicale

Allonger la victime sur le dos, jambes fléchies

Bilan complet avec vigilance sur les signes de détresse circulatoire

⇒ Oxygène par inhalation selon bilan

Surveillance attentive de la victime

Placer des protections absorbantes

NON



Faire un bilan complet

Surveillance attentive de la victime

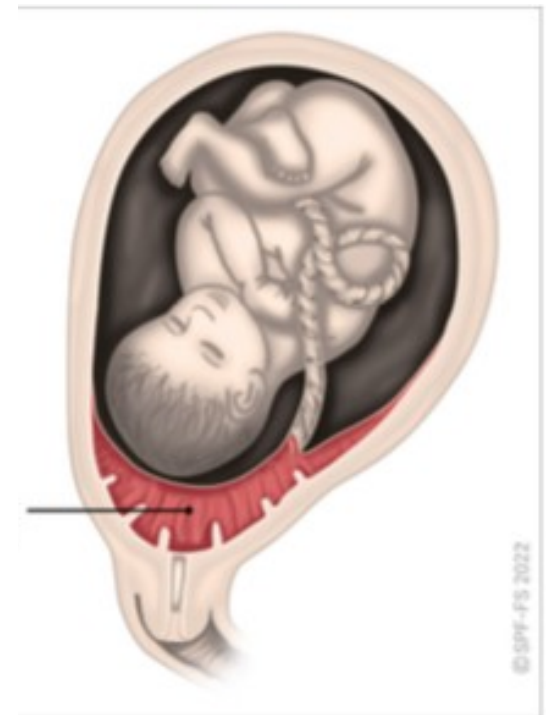
Placer des protections absorbantes

Récupérer l'éventuel produit d'expulsion dans un DASRIA et le remettre à l'équipe médicale.

Placenta praevia

**Si saignements: demande de renfort
médical et anticiper un transfert
rapide vers maternité**

**RISQUE HEMORRAGIQUE IMPORTANT
ET
RISQUE DE CONSEQUENCES GRAVES POUR LA MERE
ET L'ENFANT A NAITRE**



Eclampsie

Toute convulsion au 3^e trimestre doit être considéré comme une éclampsie

Crise convulsive avant l'arrivée des secours ou en cours ?
Coma ?

OUI

NON

Mettre la victime en PLS avec O2 par
inhalation au MHC

**Contactez en urgence la régulation
médicale**

Bilan complet avec vigilance sur les
signes de détresse circulatoire

Surveillance attentive de la victime et la
protéger d'une potentielle nouvelle crise

Anticiper un brancardage rapide après
médicalisation

Bilan complet

VIGILANCE +++ si

Patiente connue pré-éclamptique ?

Phosphènes ?

Acouphènes ?

Céphalées en casque ?

Barre épigastrique ?

Oedèmes ?

TA > 140/90 mmHg