

ACCOUCHEMENT INOPINE EXTRA-HOSPITALIER

2021

FI SPV



Sommaire

- 1. Introduction**
- 2. Physiologie de la grossesse et de l'accouchement**
- 3. Bilan d'une femme en travail**
- 4. Préparation du matériel et installation de la femme pour l'accouchement**
- 5. Prise en charge du nouveau-né**
- 6. La délivrance**
- 7. Transport de la mère et de son enfant**

Introduction

- Fréquence ➡ **0,5 à 1%** des naissances.
- **En augmentation** depuis la fermeture des petites maternités de proximité.
- **Rapide et sans problème** la plupart du temps.



Introduction

- Situation **angoissante** pour la mère, l'entourage et l'ensemble des intervenants.
- **Difficultés rencontrées :**
 - Evaluer l'**imminence** de l'accouchement,
 - Réaliser l'**accouchement**,
 - Prise en charge de **2 « victimes »**.



Introduction

Quels sont les risques d'un accouchement ?

- Pour le nouveau né :

- Hypothermie,
- Détresse respiratoire.

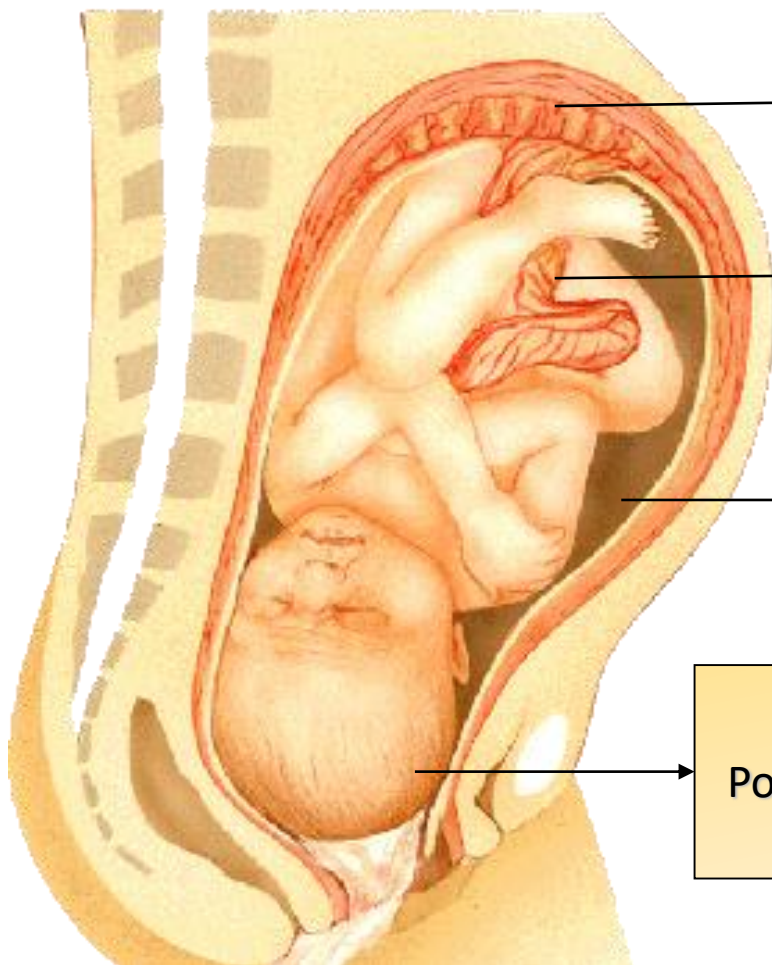


- Pour la mère :

- Hémorragie de la délivrance.



Physiologie de la grossesse



Placenta

Organe nourricier
Pds: 500 g environ

Cordon ombilical

50 à 70 cm en moyenne

Liquide amniotique

Clair comme de l'eau
Volume: 800 ml environ

Présentation

Position de l'enfant au moment de l'accouchement:
céphalique (97%) siège (3%)

Physiologie de la grossesse

- **Terme**: 9 mois ou 40 semaines ½.

Prématurité : avant 8 mois ou < 37 semaines.

- **Parité** = nombre d'accouchements.

→ nullipare : femme qui n'a jamais accouché;

→ primipare : femme qui accouche pour la première fois;

→ 2ème pare: femme qui accouche pour la deuxième fois;

→ 3ème pare: femme qui accouche pour la troisième fois.....etc

On parle de multipare à partir du troisième accouchement.

- **Parturiente**: femme qui accouche.



Physiologie du nouveau-né

- Pds : 3kg200 en moyenne
- Taille : 50 cm en moyenne
- FC : 120 -160 / min
- FV : 40 à 60 / min
- Méconium: premières selles du nouveau-né, **verdâtres et visqueuses** émises dans les premières heures qui suivent sa naissance.

A TERME



L'expulsion du méconium « in utéro » pendant la grossesse ou le travail traduit une **souffrance de l'enfant**. Le liquide amniotique est alors **teinté → vert ou marron**. A la naissance, l'inhalation de liquide méconial peut entraîner une détresse respiratoire par lésions des alvéoles pulmonaires.

Physiologie du nouveau-né

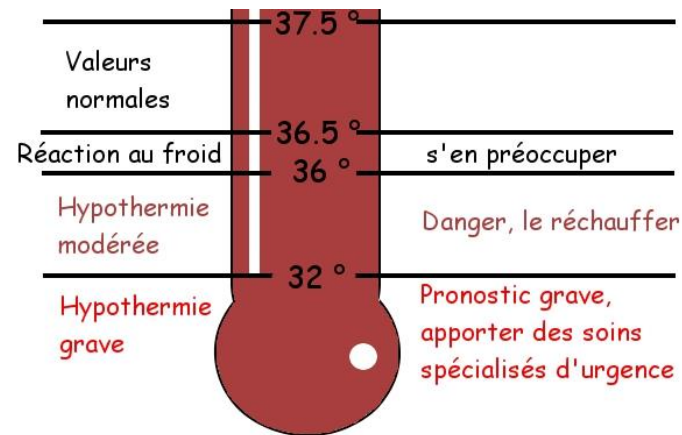
- **Température: normale entre 36°5 et 37°5**

Le nouveau-né n'a pas de frisson thermique et est très sensible au froid.

Pour se réchauffer, il va **consommer son énergie**, dont la **réserve est faible**.

Risques de:

- Détresse respiratoire, hypoxie;
- Hypoglycémie;
- Souffrance cérébrale;
- Infection, septicémie;

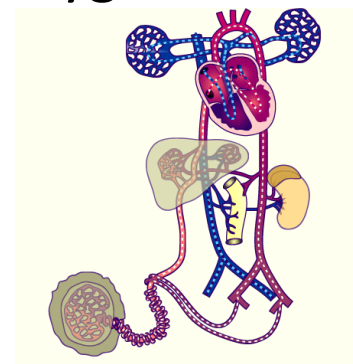


L'hypothermie est un facteur délétère pour les nouveaux nés, particulièrement pour les **prématurés** plus vulnérables.

L'équilibre thermique est une condition nécessaire au bon développement cardio-respiratoire du nouveau-né.

Physiologie du nouveau-né

- La circulation fœtale est liée à la **circulation placentaire** qui assure les échanges gazeux et nutritionnels entre la mère et le fœtus. Elle est marquée par **l'absence de circulation pulmonaire**. **Le placenta assure le rôle de poumon** et donc l'oxygénation des cellules.



- A la naissance, le **premier cri** signe la première inspiration et la **mise en route de la circulation pulmonaire** de l'enfant.



Physiologie de l'accouchement

Quelles sont les 3 phases de l'accouchement ?

1. Le travail

- **Ouverture du col** de l'utérus (de 0 à 10 cm) sous l'effet des **contractions** utérines et descente de l'enfant dans le bassin.
- Durée du travail: en moyenne, **1 cm / h** chez la primipare (8 à 12h), plus rapide chez la multipare (3 à 6 h).



- **Rupture de la poche des eaux** ➡ en milieu de travail le plus souvent, parfois avant le début du travail.



Physiologie de l'accouchement

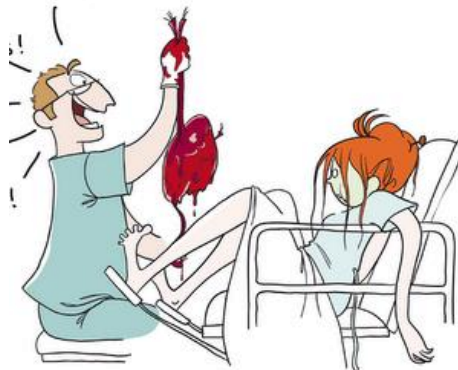
2. L'expulsion

- **Naissance** de l'enfant, sous l'effet des efforts expulsifs.
- Durée: **30 min maxi**, risque de souffrance fœtale.
- **Souvent rapide chez la multipare.**



3. La délivrance

- Expulsion du **placenta** et des membranes.



Bilan d'une femme en travail

Interrogatoire Quelles questions devez vous poser ?

- **Parité ?**
- **Terme ?** (*en mois ou semaines*) , *date prévue de l'accouchement ?*
- **Contractions**
 - *heure d'apparition?*
 - *durée?*
 - *fréquence ?*
 - *Intensité?*
- **Perte des eaux ?**
 - *heure de la rupture*
- **Envie de pousser, d'aller à la selle ?**

Renseigner la fiche bilan !

SDIS 42 SAPEURS-POMPIERS 42 OIRE		FICHE BILAN FEMME EN TRAVAIL	
C.I.S. :		N° intervention :	
Date :			
Lieu d'intervention :			
Nom :		Prénom :	
Age : ans			
Parité (nombre d'accouchements) ?			
Date prévue de l'accouchement ?			
Terme de la grossesse (mois ou semaines) ?			
Contractions			
Heure de début du travail ?			
Fréquence ?		Toutes les ... min	
Régularité ?		OUI ☐ NON ☐	
Intensité ?		EVS : / 10	
Poche des eaux			
Rupture de la poche des eaux ?		OUI ☐ NON ☐	
Heure de la rupture ?		... h ...	
Aspect du liquide amniotique : clair ? teinté (vert ou marron) ?		clair ☐ teinté ☐	
Hémorragie ?			
		OUI ☐ NON ☐	
Envie de pousser, d'aller à la selle ?		OUI ☐ NON ☐	
Tête de l'enfant à la vulve ?		OUI ☐ NON ☐	
Présentation de l'enfant : tête ou siège ?			
Particularités de la grossesse : HTA ? diabète ? ...			
Déroulement des autres accouchements ?			
rapidité, césarienne, hémorragie...			
Lieu prévu de l'accouchement ?			
Bilan fonctionnel			
TA		/ min	
FC		%	
Saturation		%	
Observations particulières			

Bilan d'une femme en travail

Interrogatoire
Quelles questions devez vous poser ?

- **Présentation de l'enfant**
 - *tête ?*
 - *siège ?*
- **Particularités de la grossesse**
 - *diabète ? (gros bébé fragile !)*
 - *HTA ? (petit bébé fragile !)*
 - *infections ? hémorragie ? ...*
- **Déroulement des autres accouchements**
 - *rapidité ?*
 - *césarienne ?*
 - *hémorragie ?*
- **Lieu prévu de l'accouchement ?**

Bilan d'une femme en travail

Adapter l'interrogatoire à l'urgence de la situation !

Si accouchement imminent ➡ aller à l'essentiel

- Parité
- Terme
- Rupture de la poche des eaux ? Si oui, préciser **l'heure** de la rupture et la **couleur** du liquide amniotique ?
- Présentation de l'enfant
- Particularités de la grossesse et du travail (hémorragie, fièvre...)



Bilan d'une femme en travail

Faire allonger la femme
Préserver son intimité
ET OBSERVER !



- Quelle est la couleur des eaux ? claire , teintée ?
- Hémorragie ? 
- L'enfant apparaît-il ?



Bilan d'une femme en travail

Médecin régulateur

Accouchement imminent ?

NON

Transport sur le côté gauche ou droit, comme la femme se sent le mieux. **Jamais sur le dos et ceinturée !**
Ne pas faire marcher une femme qui a perdu les eaux .
O2 9l si supporté, surtout si liquide méconial.

OUI



Faire suivre le dossier maternité



L'enfant est visible
Envie de pousser, émission de selles
Poche des eaux rompue
Contractions très douloureuses et rapprochées
Agitation maternelle

A réaliser sur place

Bilan d'une femme en travail

Accouchement imminent



Accouchement à domicile: les préparatifs

Kit accouchement



Chauffer
le VSAV



Draps

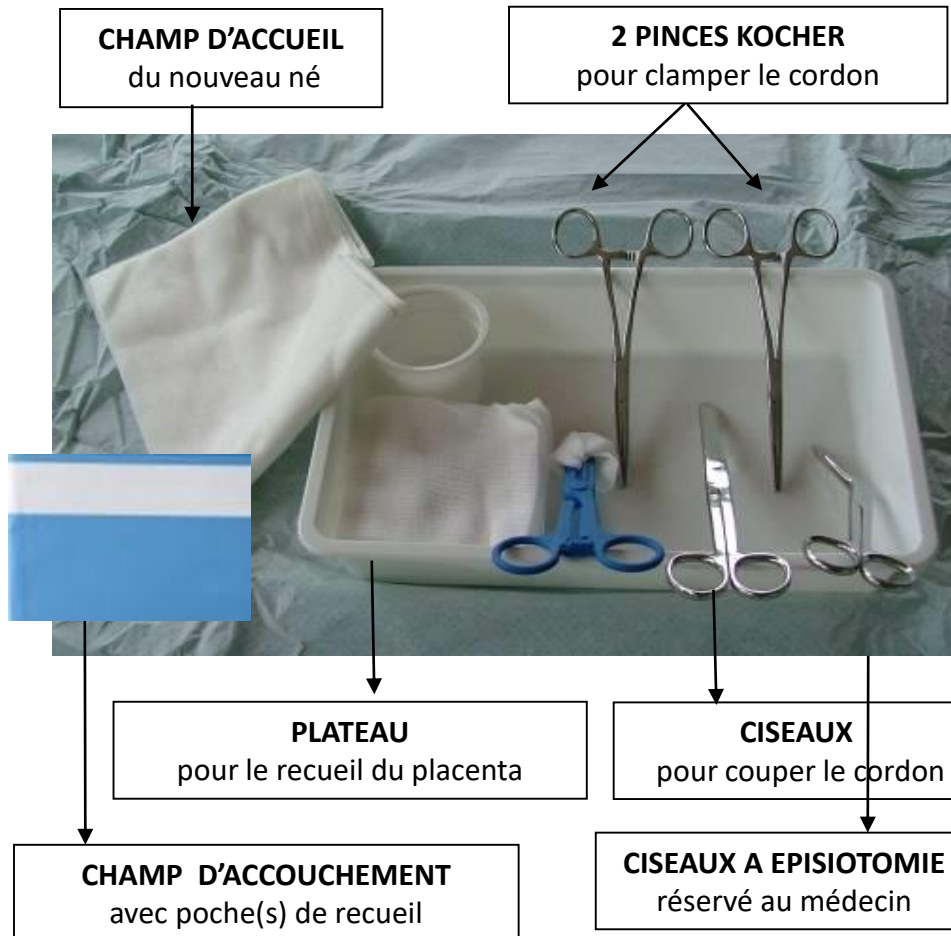


2 bouteilles d'O₂

Le kit accouchement



Set accouchement



Le kit accouchement



Tout le matériel du kit accouchement est **à usage unique**

☛ **DASRIA**



- **Déchets mous** (BAVU, mouchette....) ➔ sac DASRIA
- **Instruments** (pinces et ciseaux) ➔ boîte DASRIA



Le matériel non utilisé et propre sera retourné à la pharmacie (BAVU, mouchette...) accompagné du numéro de lot du kit.

Accouchement à domicile: les préparatifs

Préparer un espace d'accueil pour le nouveau-né
Dans l'idéal, sur une table, près d'une source de **chaleur** et
un peu à **l'écart** de la maman.



Domicile



VSAV

Accouchement à domicile: les préparatifs

Protection ++ pour celui qui réalise l'accouchement



Accouchement en présentation céphalique

Installation de la femme



- Ramener le bassin de la femme **au ras du bord du lit ou du brancard dans le VSAV.**
- Ouvrir le **kit accouchement**, le garder à portée de main.
- Glisser le **champ d'accouchement imperméable** sous les fesses:

Accouchement en présentation céphalique



Le champ d'accouchement est doté **d'une ou deux poches de recueil** selon le modèle

Modèle 2 poches :

- La première, détachable, réservée à l'accouchement → à retirer dès que l'enfant est né (système velcro)
- La deuxième, graduée, réservée à la délivrance → à ouvrir juste après la naissance

Modèle 1 poche graduée réservée à la délivrance → à ouvrir juste après la naissance

Accouchement en présentation céphalique



- Dans l'idéal et si le temps le permet, positionner 2 chaises ou tabourets qui serviront de « **repose-pieds** » entre 2 contractions.
- **Protéger le sol** (draps, sac DASRI....)

L'équipier SAP se met à disposition et assiste celui qui réalise l'accouchement

Accouchement en présentation céphalique

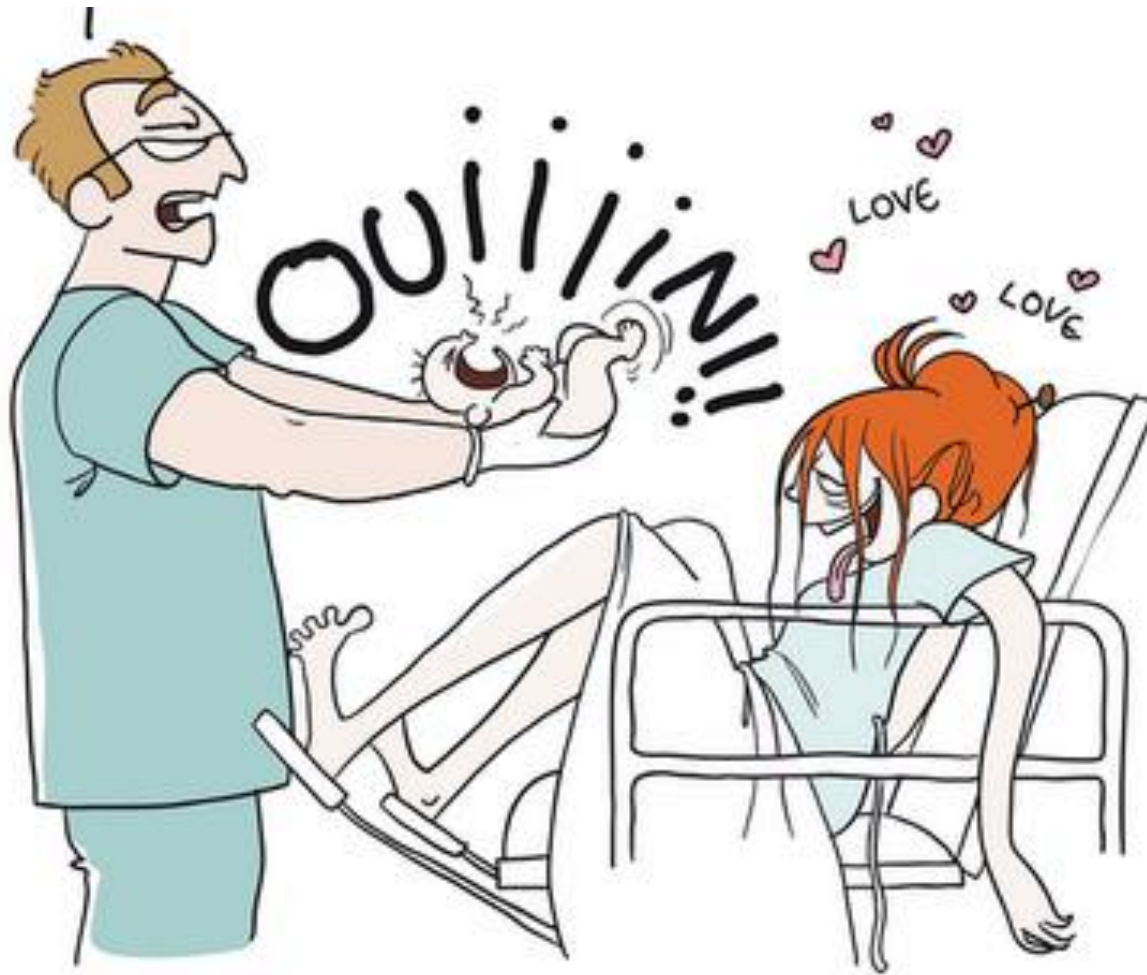
Film: présentation céphalique

Lancer le film en cliquant sur l'image



[Ou cliquez ici](#)

Prise en charge du nouveau-né



Prise en charge du nouveau-né



Noter l'heure
de naissance



Le nouveau-né doit rapidement **crier**, être **rose**, **tonique** et **respirer sans difficulté**
☛ critères témoignant d'une **bonne adaptation** à la vie extra-utérine.

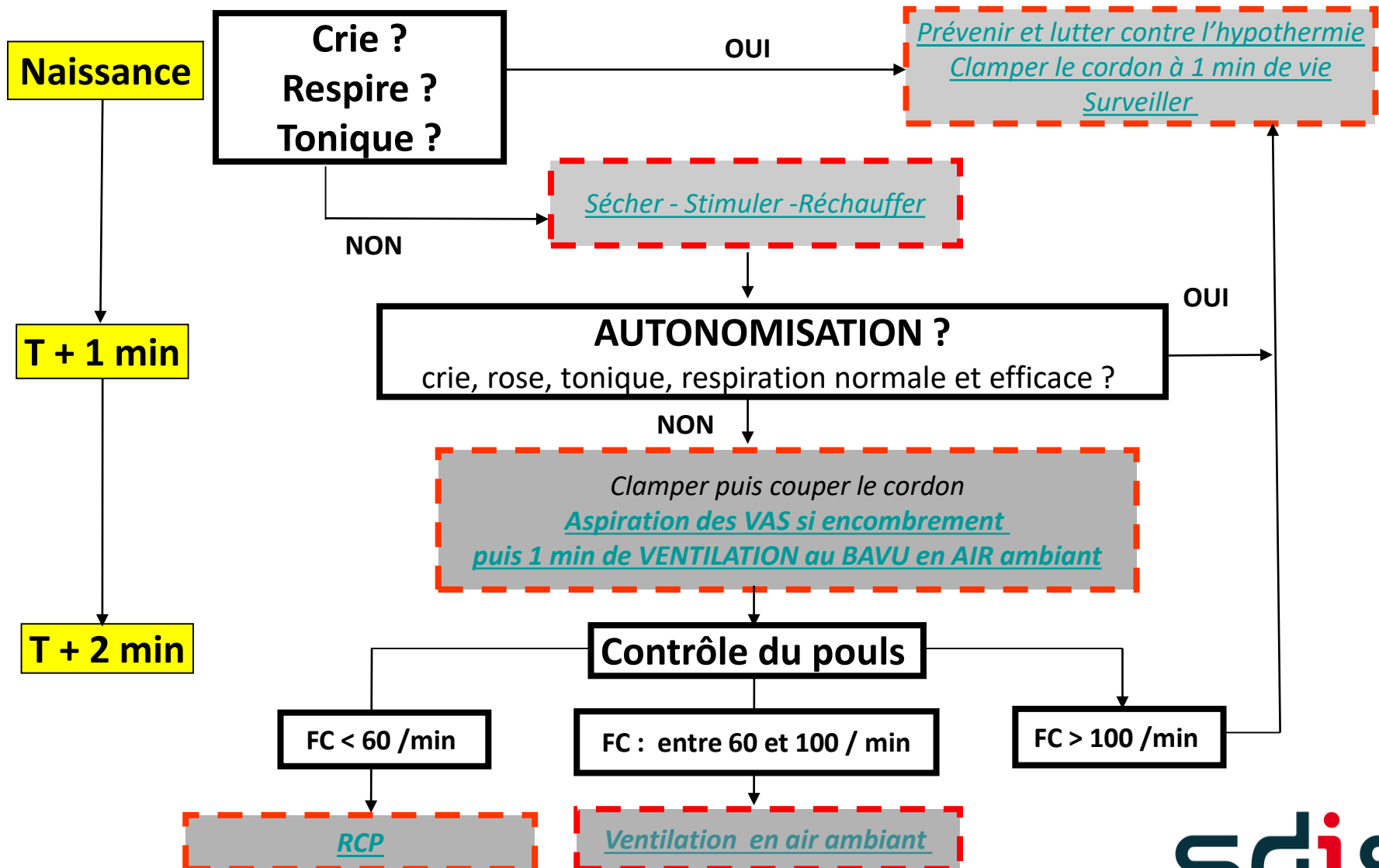
Prise en charge du nouveau-né: signes de détresse



- Respiration superficielle, irrégulière, lente (< 20), rapide (> 60) ou absente
- Tirage intercostal ou sus ou sous sternal
- Entonnoir xiphoïdien
- Balancement thoraco-abdominal
- Battement des ailes du nez
- Pâleur ou cyanose
- Absence de cri ou geignements expiratoires
- Tonus faible ou absent

Prise en charge du nouveau-né: algorithme décisionnel

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



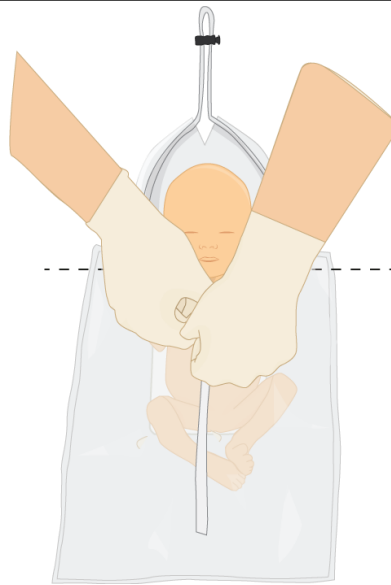
Prise en charge du nouveau-né: prévenir l'hypothermie

Placer rapidement le nouveau né dans l'**enveloppe de protection thermique Néo-Help**, **sans le sécher**, complètement nu pour un effet optimal.

Ajuster la capuche à l'aide du lien ①.



Ne pas mettre le bonnet ni la couche!



Si l'enfant a du être stimulé séché +/- RCP, lui mettre le bonnet et l'enrouler dans la couverture de survie. Surveiller le attentivement en attendant le SMUR.

Prise en charge du nouveau-né: clamper le cordon

Réserver un espace au niveau de la **fermeture ventrale** ② pour le passage du **cordon ombilical**. **Clamper le cordon après 1 min de vie** avec les **2 pinces Kocher**
→ double sécurité



1ère pince à 10 cm de l'ombilic environ
2ème pince, 1 à 2 cm plus loin

Ne pas couper le cordon
→ acte médical, sauf si nécessaire
(nouveau-né en détresse, hémorragie de la délivrance..)

Déposer l'enfant sur le ventre de maman « **enveloppe à peau** »
afin de favoriser le lien mère enfant

Informez le SAMU de la naissance de l'enfant

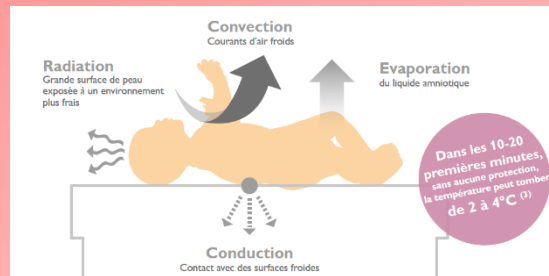
Retour algorithme



Prise en charge du nouveau-né:

Lutte contre l'hypothermie:

- ☛ Séchage minutieux de l'enfant, surtout la tête, pose du bonnet



Stimulation :

- ☛ petites « pichenettes » au talon
- ☛ friction du dos pour stimuler la respiration



Retour algorithme

Prise en charge du nouveau-né: **RCP**

T + 1 min

**Clamper et couper le cordon
Emmener le nouveau né à l'espace d'accueil**



LVA

- Tête en position neutre
- Aspiration des sécrétions seulement si encombrement des VAS ([cliquez](#))

PUIS VENTILATION AU BAVU EN AIR PENDANT 1 MINUTE

Fréquence: 40 / min

Les 5 premières insufflations doivent être lentes et progressives
☛ favorisent le déploiement des alvéoles pulmonaires



**Contrôle du pouls
au cordon +++ ou en fémoral**



T + 2 min

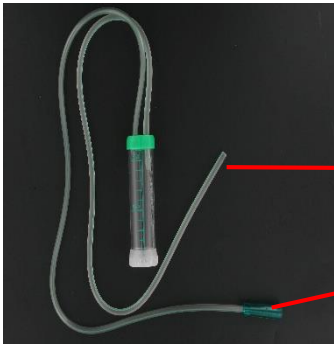
Retour algorithme



Prise en charge du nouveau-né: aspiration des VAS

Aspiration des VAS si encombrement → système d'aspiration buccale

Aspirer en créant une dépression avec la bouche,
en remontant, dans la **bouche et la gorge du nouveau né**,
pas trop profondément → risque **de bradycardie réflexe**



Choisir la sonde d'aspiration adaptée au poids du nouveau-né
(2 tailles disponibles dans le dispositif d'aspiration buccale)

Retour algorithme



Prise en charge du nouveau-né: **Ventilation**



FC entre 60 et 100 / min

T + 2 min

Ventilation au BAVU en AIR ambiant

- Fréquence: 40 / min
- Contrôle toutes les minutes



Retour algorithme



Prise en charge du nouveau-né: **RCP**



FC < 60 min

T + 2 min

RCP

- Cycles: 3/1
- O2: 3 l /min
- Fréquence : 120 / min (90 compressions/ 30 insufflations)
- Profondeur: 1/3 du thorax
- Contrôle toutes les minutes



Retour algorithme



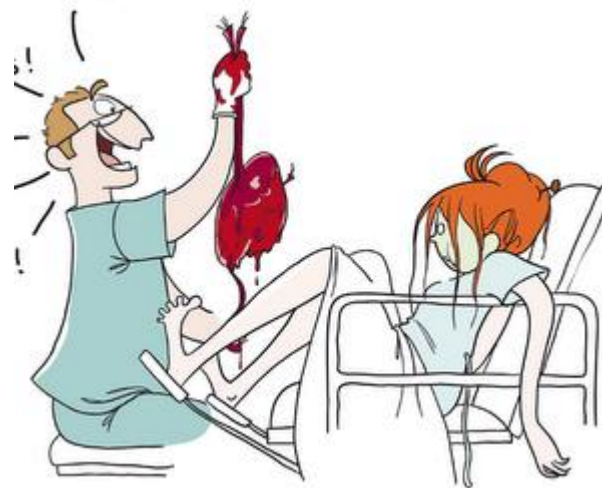
Prise en charge du nouveau-né:

- Si le nouveau-né s'autonomise, **surveiller le attentivement**
- **Lutter contre l'hypothermie**



La **température** du nouveau né sera vérifiée par le **SMUR** ou à la **maternité**.

La délivrance

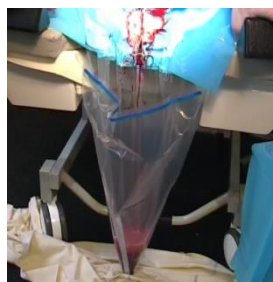


La délivrance

- La délivrance doit avoir lieu dans **les 30 min** qui suivent la naissance.



- Dès que l'enfant est né, **ouvrir la poche de recueil** du champ d'accouchement pour **quantifier les pertes utérines**.
Si le champ est doté de **2 poches de recueil**, retirer la poche utilisée pour l'accouchement et ouvrir la poche graduée réservée à la délivrance.



- **Surveiller étroitement** la maman : TA, FC, pertes sanguines.

La délivrance

Si la maman se délivre, le placenta sera accueilli dans la plateau du kit , le tout emballé dans un sac DASRIA à destination de la maternité



Attention aux **projections de sang**



Transport de la mère et de son enfant

- Transport toujours **médicalisé** dans le VSAV chauffé.
- Nouveau-né sur le ventre de sa mère « **enveloppe à peau** » ou « **peau à peau** » avec couverture de survie.
- Bien **sangler** la maman avec son enfant sur le brancard.
- **Surveillance conjointe** avec l'équipe médicale du SMUR:
 - ➔ **mère** : TA, FC, pertes utérines;
 - ➔ **nouveau né**: couleur, respiration, tonus



CONCLUSION

Faites confiance à la nature !
La plupart du temps, les accouchements inopinés extra-hospitaliers
se déroulent rapidement et sans problème
pour le plus grand plaisir de tous !



ICN FORESTIER Murielle
Sage-femme de formation
SDIS 42
Version 2019