

ACCOUCHEMENT INOPINE EXTRA-HOSPITALIER

2024



sdis
SAPEURS - POMPIERS **42 OIRE**


**MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Compétences attendues

- 1. Connaître la physiologie de la grossesse et les 3 phases de l'accouchement**
- 2. Connaître le bilan d'une femme en travail**
- 3. Connaître la composition du kit accouchement et savoir utiliser le matériel**
- 4. Savoir comment installer la femme qui va accoucher et préparer l'espace d'accueil du nouveau né**
- 5. Savoir accompagner la femme qui accouche et réaliser l'accouchement**
- 6. Connaître les complications liés à un accouchement et les gestes à adopter**
- 7. Savoir prendre en charge un nouveau né et connaître la réanimation cardio respiratoire du nouveau-né**
- 8. Savoir accompagner la délivrance et maîtriser les gestes et protocoles à adopter en cas d'hémorragie**
- 9. Savoir renseigner les différents documents administratifs**
- 10. Connaître les cas particuliers**

Introduction

- 1. Introduction**
- 2. Physiologie de la grossesse et de l'accouchement**
- 3. Bilan d'une femme en travail**
- 4. Accouchement à domicile: présentation céphalique, siège**
- 5. Prise en charge du nouveau-né**
- 6. La délivrance**
- 7. Aspect administratif**
- 8. Cas particuliers**

Introduction

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



Introduction

- Situation **angoissante** pour la mère, l'entourage et l'ensemble des intervenants.
- **Difficultés rencontrées :**
 - Communiquer avec la patiente (barrière de la langue, douleur),
 - Evaluer l'**imminence** de l'accouchement,
 - Réaliser l'**accouchement**,
 - Prise en charge de **2 « victimes »** et de l'entourage.



Introduction

Quels sont les risques d'un accouchement ?

- Pour le nouveau né :

- Hypothermie,
- Détresse respiratoire, mauvaise adaptation à la vie extra utérine

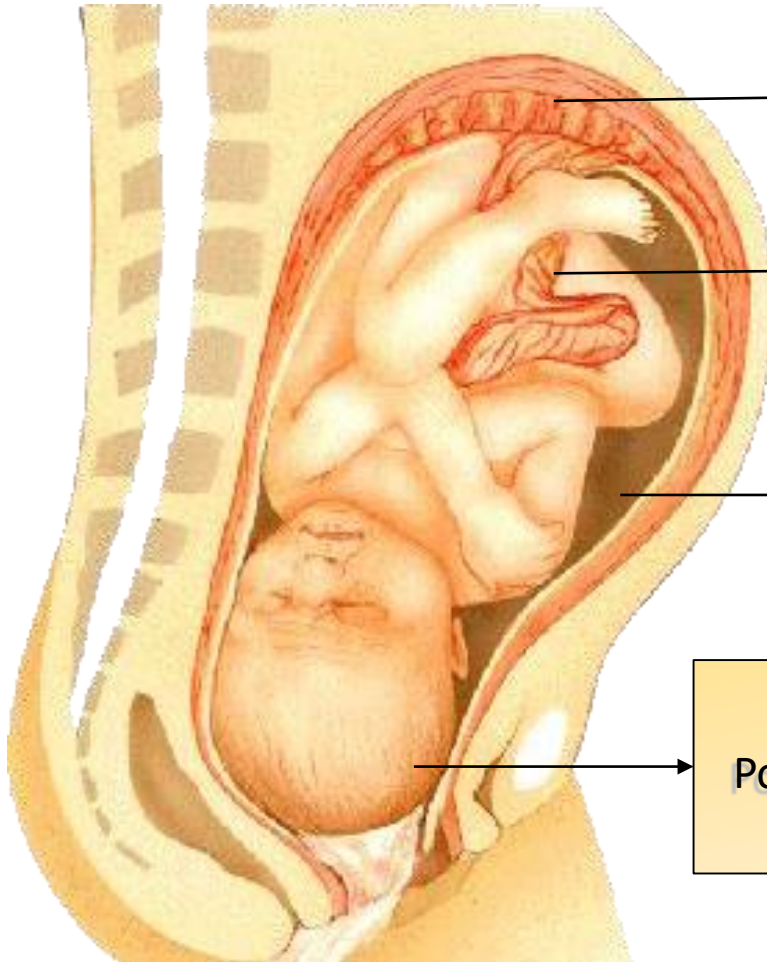


- Pour la mère :

- Hémorragie de la délivrance.
- Douleur



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 41 semaines d'aménorrhées.
- **Prématurité** : avant 8 mois ou < 37 semaines.



NAISSANCE PRÉMATURÉE

Les différents stades de prématurité



- **Parité** : nombre d'accouchements que la patiente a eu : Primipare = 1, Deuxième pare = 2, Multipare = plusieurs accouchements

Physiologie du nouveau-né

- Poids : 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, plus ou moins épais**. A la naissance, l'inhalation de liquide méconial peut entraîner une détresse respiratoire.



Physiologie du nouveau-né

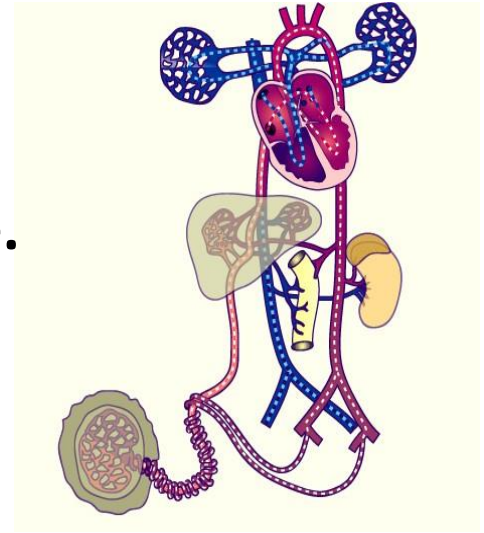
A la naissance le nouveau-né passe d'un milieu **aquatique** (in-utéro) à un milieu **aérien** (extra-utérin) où il doit se développer en total autonomie.

Cela nécessite plusieurs adaptations au niveau : de la **respiration**, de la **circulation**, de la **régulation thermique et métabolique**, de la **nutrition**, des fonctions d'élimination...



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. Avant la naissance le nouveau-né n'a jamais respiré



- A la naissance, le **premier cri** signe la première inspiration, l'élimination du liquide présent dans les poumons et la **mise en route de la circulation pulmonaire** de l'enfant.



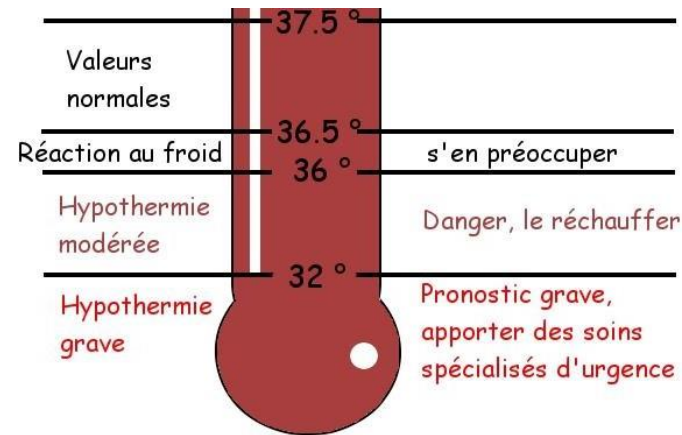
Physiologie du nouveau-né

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



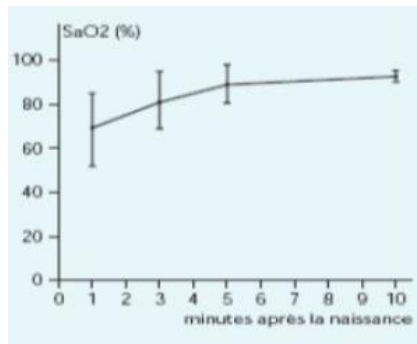
L'hypothermie est un facteur délétère pour les nouveaux nés, particulièrement pour les **prématurés** plus vulnérables.

L'équilibre thermique est une condition nécessaire au bon développement cardio-respiratoire du nouveau-né et à sa bonne adaptation à la vie extra-utérine.

Physiologie du nouveau-né

La saturation en oxygène

Evolution normale de la saturation en O₂ du nouveau-né



Temps	Saturation Cible
2 mn	60%
3 mn	70%
4 mn	80%
5 mn	85%
10 mn	90%



La saturation en O₂ du nouveau-né se mesure sur la main droite en préductal (reflet de l'oxygénation du cerveau et du cœur) avec un capteur pour nouveau-né.

Attention→ La méconnaissance de la normalité de la saturation en O₂ peut induire une délivrance d'O₂ inutile voire délétère pour le nouveau-né.

De principe, pas de mesure de la saturation en O₂ du nouveau-né → La RCP doit être conduite sur des signes cliniques (ventilation, circulation) avec une adjonction d'O₂ uniquement en cas de MCE (cf réa nouveau-né).

Acte laissé à l'appréciation du SMUR.

Physiologie du nouveau-né

La glycémie

La glycémie chute durant les 2 premières heures de vie même lors d'une adaptation métabolique optimale, puis elle remonte progressivement mais lentement pour atteindre une homéostasie en quelques jours.

Glycémie physiologique chez le nouveau-né sain

Age post natal	Glycémie
< H4	0,3 g/l
H4- J3	0,45 g/l
> J3	0,6 g/l

Hypoglycémie sévère <0,25g/l

Physiologie du nouveau-né

La glycémie capillaire est un geste douloureux qui doit respecter une certaine technique avec du matériel adapté au nouveau-né: prélèvement au talon dans une zone précise → risque infectieux (ostéochondrite).



Pas de glycémie capillaire chez le nouveau-né

Acte laissé à l'appréciation (et réalisation) du SMUR, et inutile avant 2 heures de vie si bonne adaptation à la vie extra utérine

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: souvent plus rapide chez la multipare
- **Rupture de la poche des eaux** ➡ en milieu de travail le plus souvent, parfois avant le début du travail.
 - > Parfois sans contractions, si contractions : accélère l'accouchement



Physiologie de l'accouchement

2. L'expulsion

- **Naissance** de l'enfant, sous l'effet des efforts expulsifs.
- Risque de souffrance foétale.
- **Souvent rapide chez la multipare.**
- A l'origine des déchirures de la filière génitale



3. La délivrance

- Expulsion du **placenta** et des membranes sous l'effet des contractions et des efforts expulsifs.



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 ?*
 - *Fréquence ?*
 - *Intensité ?*
- **Perte des eaux ?**
 - *Heure de la rupture*
 - *Couleur du liquide*
- **Envie de pousser, d'aller à la selle ?**

Aidez vous de l'onglet « femme enceinte » sur UrgSap

The screenshot shows the 'UrgSAP' software interface for a pregnant woman. The title bar reads 'VIC 1 : Femme enceinte'. The interface is divided into several sections with icons on the left and input fields on the right. The sections include: 'Date du terme' (Date of term), 'Nombre d'accouchements antérieurs' (Number of previous deliveries), 'Heure début de travail' (Start time of labor), 'Durée des contractions (min)' (Duration of contractions in minutes), 'Intervalle entre 2 contractions (min)' (Interval between 2 contractions in minutes), 'Perte des eaux' (Loss of amniotic fluid), 'Envie de pousser' (Need to push), 'Perte de sang' (Loss of blood), 'Grossesse à risque' (High-risk pregnancy), 'Naissance' (Birth), 'Accouchement sous X' (Cesarean section), 'Observations' (Observations), 'CR' (Medical record), 'Clampage du cordon ombilical' (Clamping of the umbilical cord), 'Coupe du cordon ombilical' (Cutting the umbilical cord), 'Neuchâtel' (Neuchâtel), and 'Autre gestes' (Other actions). Each section has a 'Oui / Non' (Yes / No) checkbox and a red checkmark icon.

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 ?*
 - *Particularités aux échographies ?*
- **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

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



Ne pas hésiter à regarder sur les échographies vous trouverez pleins d'informations (Antécédents, déroulement grossesse, poids estimé du nouveau-né ...)

Bilan d'une femme en travail

Faire allonger la femme
**Préserver son intimité ET
OBSERVER !**



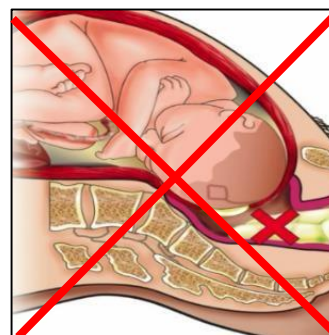
- Quelle est la couleur des eaux si rupture ? claire, teintée ? Poche des eaux ?
- Hémorragie ? 
- L'enfant apparaît-il ? Et comment se présente-t-il ?

Attention : lors d'un accouchement il y a souvent du sang, mais plus sous forme de traces



Ne jamais examiner une femme !!

Le toucher vaginal est un acte médical.



Bilan d'une femme en travail

Renseigner l'onglet femme enceinte sur UrgSap et transmettre les renseignements au médecin régulateur.

Si tête à la vulve, demande urgente d'équipe SMUR par SSU.

The screenshot shows the 'VIC 1 : Femme enceinte' (Pregnant Woman) tab in the UrgSAP software. The interface includes a sidebar with various medical icons and a main form with the following fields:

- Date du terme: / /
- Nombre d'accouchements antérieurs: []
- Heure début de travail: H []
- Durée des contractions (min): []
- Intervalle entre 2 contractions (min): []
- Perte des eaux: Oui Non
- Envie de pousser: Oui Non
- Perte de sang: Oui Non
- Grossesse à risque: Oui Non
- Naissance: En cours Réalisée
- Accouchement sous X: Oui Non
- Observations: []
- VIC 1 : Gestes: Clapage du cordon ombilical (Oui Non), Coupe du cordon ombilical (Oui Non), Neohelp (Oui Non), Autre gestes: []

At the bottom, there are several status icons: a green checkmark, a question mark, a magnifying glass, a person icon, a plus sign, an upward arrow, and a red curved arrow.



Score de Malinas

Evalue l'imminence de l'accouchement

Bilan d'une femme en travail

Score de Malinas

Cotation	0	1	2
Parité	1	2	≥ 3
Durée du travail	< 3 heures	3-5 heures	> 5 heures
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle des contractions	> 5 min	3-5 min	< 3 min
Perte des eaux	0	Récente	> 1 heure

- **Si score ≤ 5** : transport à l'hôpital possible
- **Si score entre 5 et 7** : Accouchement sur place à discuter
 - A score égal, les multipares accouchent plus vite
 - Prendre en compte : le délai de transport jusqu'à la maternité, l'envie de pousser, la rapidité du ou des accouchements précédents
- **Si score > 7 et/ou envie de pousser** : SMUR ++ et réalisation de l'accouchement sur place

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. Possibilité en position assise ou semi assise.

Faire suivre le dossier maternité + carte de groupe sanguin



OUI



L'enfant est visible

Envie de pousser, émission de selles

Poche des eaux rompue

Contractions très douloureuses, longues et rapprochées avec agitation maternelle

A réaliser sur place

Bilan d'une femme en travail

Accouchement imminent



Accouchement à domicile

A vous de jouer !!!



**Pas de panique !
Faites confiance à la nature !**

Accouchement à domicile



ANIMATION

Lancer le film en cliquant sur le lien
[Naissance Vaginale Normale – YouTube](#)

Accouchement à domicile

Les préparatifs

Kit accouchement



**Chauffer
le VSAV**



Draps

Répartir les rôles

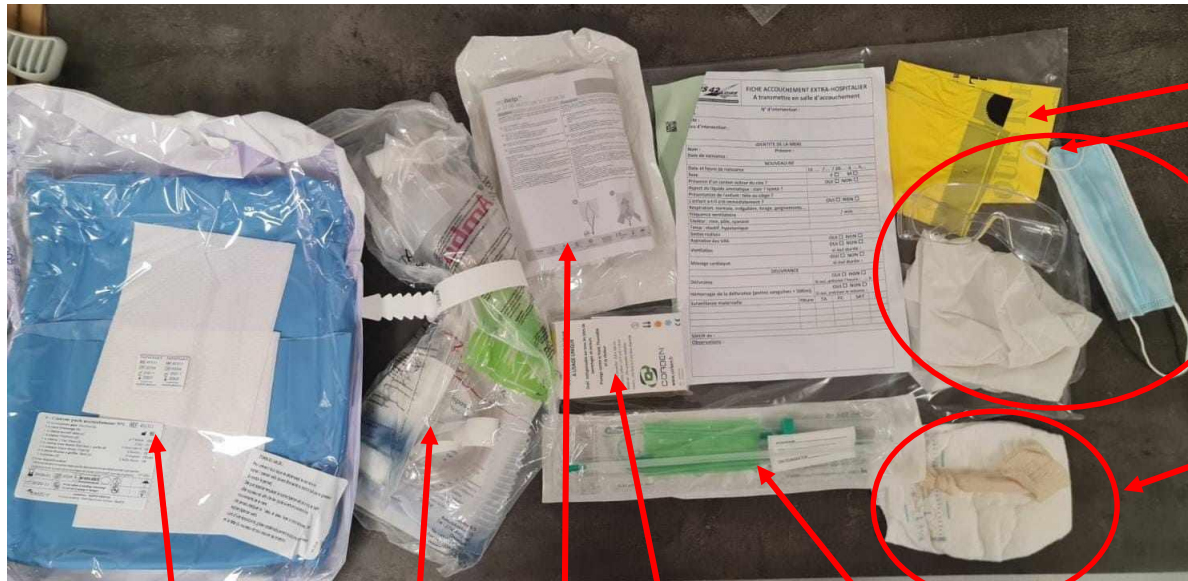
- 1 qui prépare l'accueil du nouveau né
- 1 qui assiste la mère
- 1 qui dirige et réalise l'accouchement



2 bouteilles d'O2

Composition du kit accouchement

Vérification de la date de péremption à chaque désinfection du VSAV (ne pas oublier de vérifier le kit de rechange dans le local VSAV)



Sac DASRI

EPI

Masque + Lunettes + Tablier +
gants (à prendre dans la VSAV)

Bonnet + Couche

CISEAUX

pour couper le cordon

**1 BAVU
Néonatal
Avec masque**

**1
Couverture
de survie**

**Mouchette
Système d'aspiration
buccale**

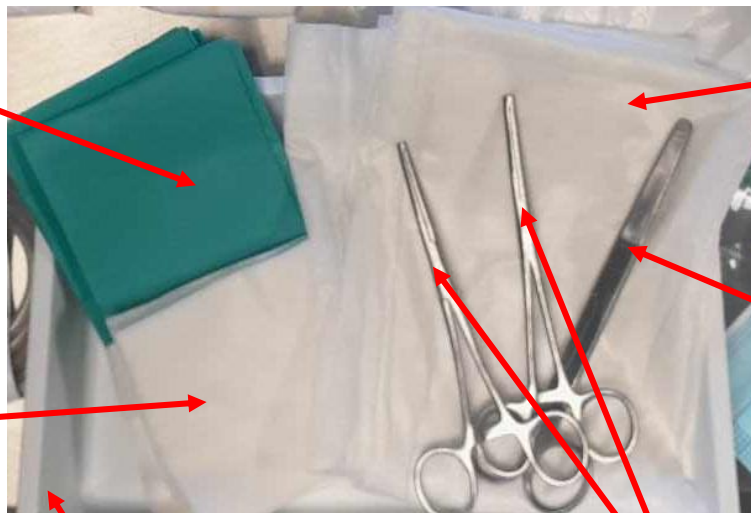
**1 sac NéoHelp
Enveloppe de
protection
thermique**

Set accouchement
(2 pinces Kocher et 1 ciseau, 1
champ d'accouchement, 1
champ d'accueil du Nouveau-né,
1 plateau à placenta, 1 champ
stérile)

Composition du set accouchement

CHAMP D'ACCOUCHEMENT
avec poche(s) de recueil
+ **CHAMP STERILE** d'accueil du
Nouveau-né

COMPRESSES
pour couper le cordon



PLATEAU
pour le recueil du placenta

2 PINCES KOCHER
pour clamber le cordon

CHAMP D'ACCUEIL
du nouveau-né pour le
sécher et le stimuler

CISEAUX
pour couper le cordon

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

Que mettre sur l'espace d'accueil du nouveau-né ?

- **Champ bleu** (sans sac de recueil) pour y déposer tout le matériel dessus
- **Mouchette** d'aspiration buccale
- **BAVU** Nouveau-né + masque
- Bouteille **O2** à proximité
- **Bonnet**
- **Champ d'accueil** du nouveau-né, si possible serviettes chaudes
- Sac **NéoHelp**

Accouchement à domicile: les préparatifs

Protection ++ pour celui qui réalise l'accouchement



Accouchement en présentation céphalique

Installation de la femme



A domicile



Dans le VSAV

Le principal c'est **d'essayer** de vous installer le plus confortablement pour vous !

Accouchement en présentation céphalique

- 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:

Le champ d'accouchement est doté d'une ou 2 poches de recueil graduées 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 pour le recueil du sang et quantifier s'il y a une hémorragie.*

Modèle 1 poche: réserver à la délivrance → à ouvrir juste après la naissance pour recueillir le sang



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....), car présence de beaucoup de liquides biologiques

Limitier le nombre de personnes

Respecter le choix de la maman sur la présence de l'entourage

Accouchement en présentation céphalique

Faire pousser uniquement pendant les **contractions**:
Inspirer, bloquer, pousser fort et le plus longtemps possible !
La femme ramène les cuisses sur son ventre pour ouvrir son bassin.
Essayer de faire 3 poussées sur une contraction



Position idéale de l'opérateur

Accouchement en présentation céphalique

Retenir la tête pour éviter une expulsion trop rapide, source de déchirures génitales.



Accouchement en présentation céphalique

Dès que la tête est totalement extériorisée vérifiez l'absence de **cordon** autour du cou et repositionnez vos mains



Ne pousser plus!!

Accouchement en présentation céphalique: circulaire

Présence d'un cordon autour du cou = **circulaire**

**PAS DE
PANIQUE!**



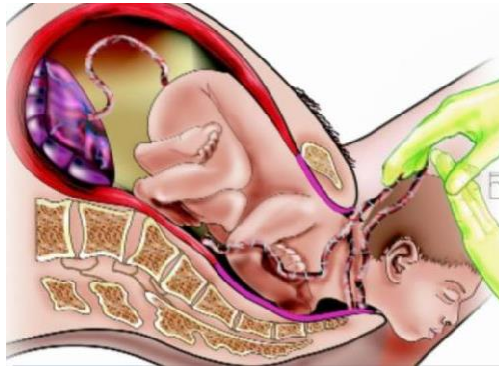
Circulaire lâche ?

Circulaire serré ?

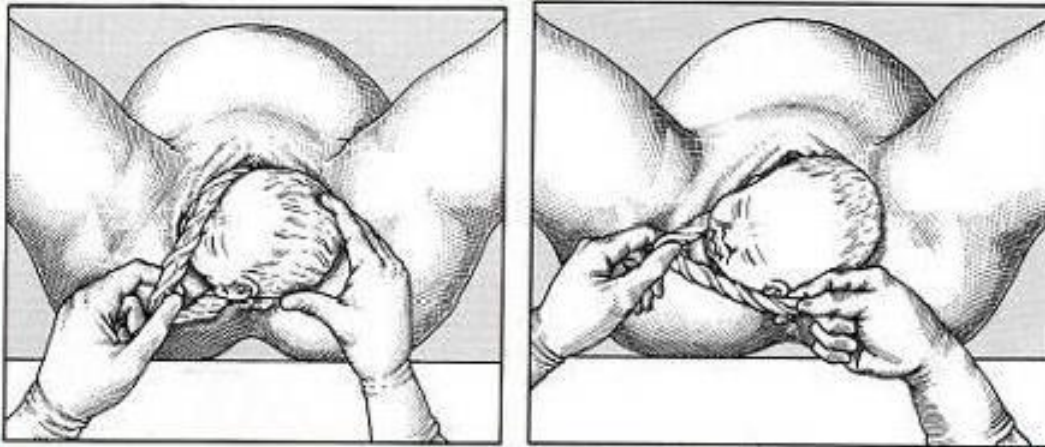
Pas de panique cela est fréquent, il ne risque pas de s'étouffer car il ne respire pas encore !! Vous n'aurez peut-être pas le temps de l'enlever ce n'est pas grave Si le cordon est trop serré, cela peut l'empêcher d'avancer plus => voir diapo circulaire serré

Accouchement en présentation céphalique: circulaire

Circulaire lâche



Dérrouler délicatement le cordon



Enlever le premier tour et vérifier qu'il n'y a pas un double circulaire, sinon refaire la même manœuvre

Accouchement en présentation céphalique: circulaire



Circulaire lâche



Accouchement en présentation céphalique: circulaire

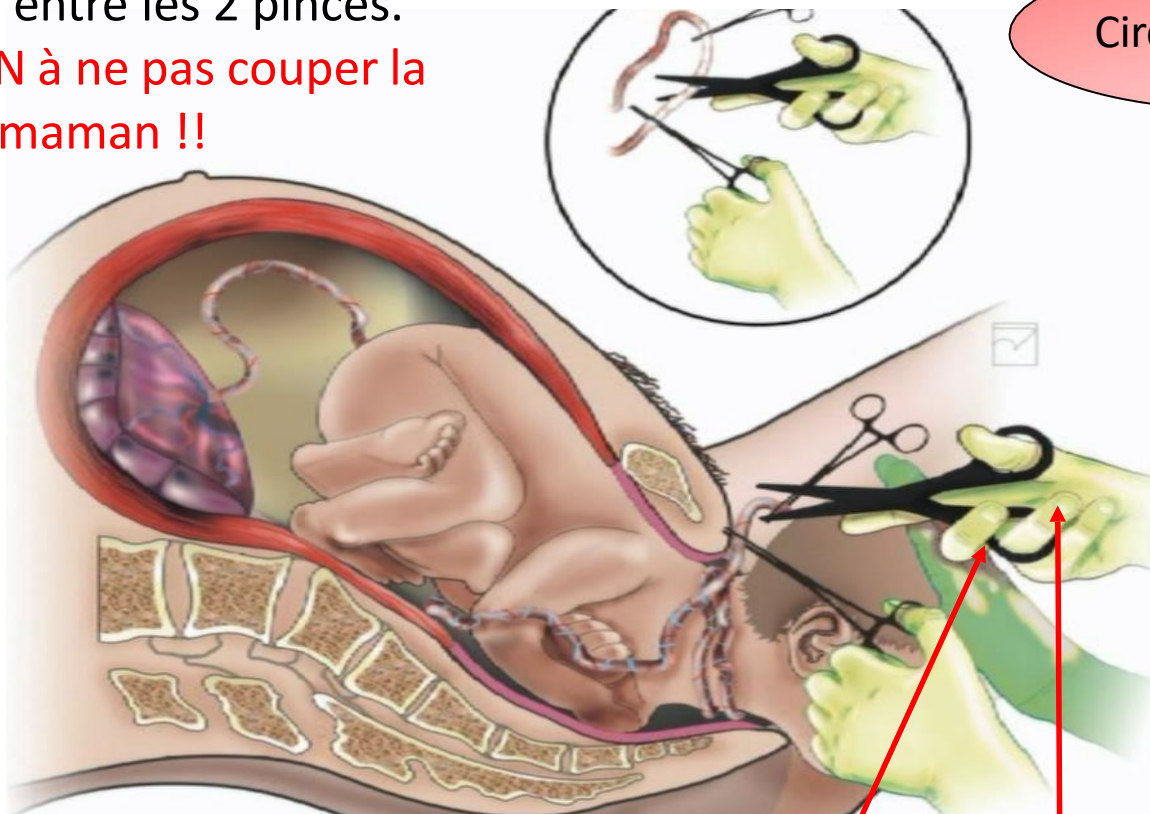
Circulaire serré



Accouchement en présentation céphalique: circulaire

Clamper avec les 2 pinces et **couper**
le cordon entre les 2 pinces.

ATTENTION à ne pas couper la
maman !!



Circulaire serré

Manœuvre plus aisée à 2

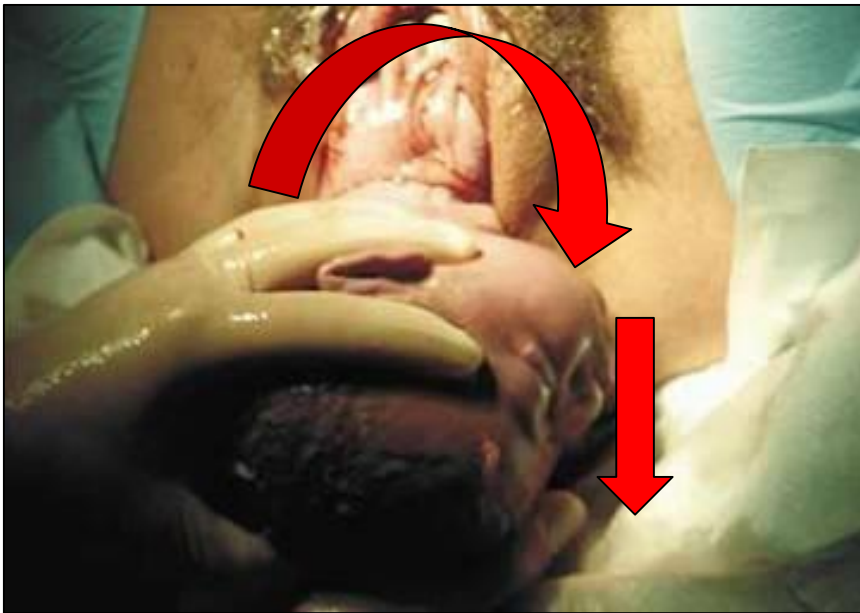
- 1 qui retient la tête
- 1 qui clampé et coupe le cordon

Accouchement en présentation céphalique

Une fois le cou libéré, faire reprendre les efforts expulsifs.

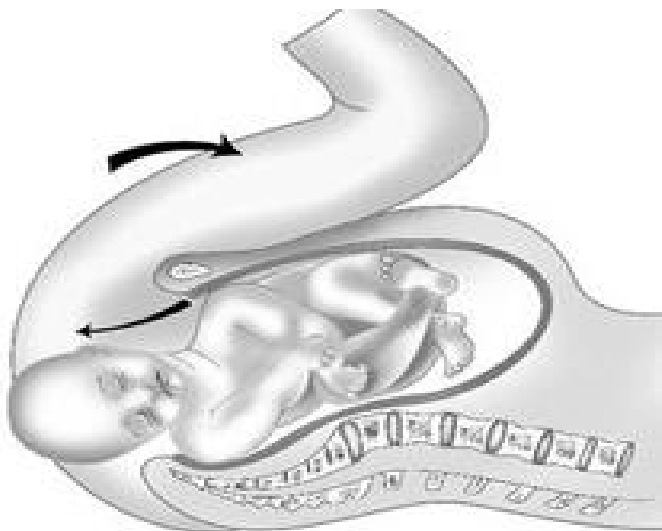
La tête pivote spontanément sur un côté ➤ accompagner ce mouvement de rotation puis aider au dégagement des épaules:

- **abaisser** la tête pour la 1ère épaule (jusqu'à la voir apparaître)
- **remonter** la tête pour la 2ème épaule, y aller doucement afin de limiter les déchirures du périnée



Accouchement en présentation céphalique

Difficultés pour dégager les épaules ?



Hyper-flexion des cuisses

☛ augmente le diamètre du bassin



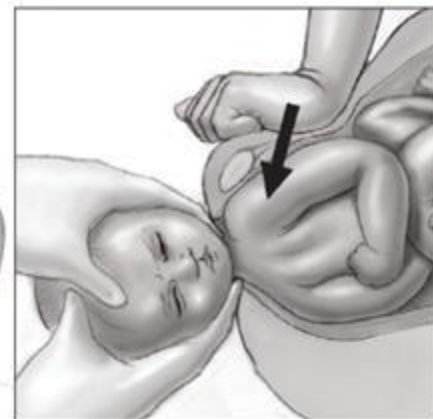
**Accentuer l'abaissement
de l'épaule antérieure**

Accouchement en présentation céphalique

Si le Nouveau-né ne sort
toujours pas

Pression sus pubienne

Accompagnée de
l'hyperflexion des cuisses



Accouchement en présentation céphalique

Quand les épaules sont dégagées, **saisir le nouveau-né sous les bras**
et accompagner la sortie du reste du corps.
Attention, l'enfant est très **glissant !!!**



Accouchement en présentation céphalique



Noter l'heure
de naissance

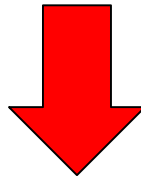


Le nouveau-né doit **crier**, être **rose**, **tonique** et **respirer sans difficulté**
☛ critères témoignant d'une **bonne adaptation** à la vie extra-utérine.
Cela peut prendre une minute, pas de panique !!

Accouchement en présentation du siège



- Rare (3%)
- Accouchement à **hauts risques** pour l'enfant :
 - les **bras** risquent de se relever
 - la **tête**, partie la plus volumineuse, sort en dernier

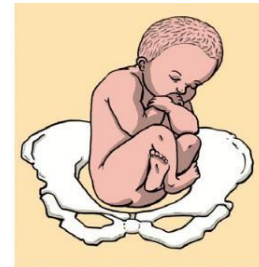


L'enfant risque de rester coincé !

Accouchement en présentation du siège



2 positions possibles



Jambes relevées = **siège décomplété**
Les fesses se présentent en premier.

Assis en tailleur = **siège complet**
Les pieds se présentent en premier.



Accouchement en présentation du siège

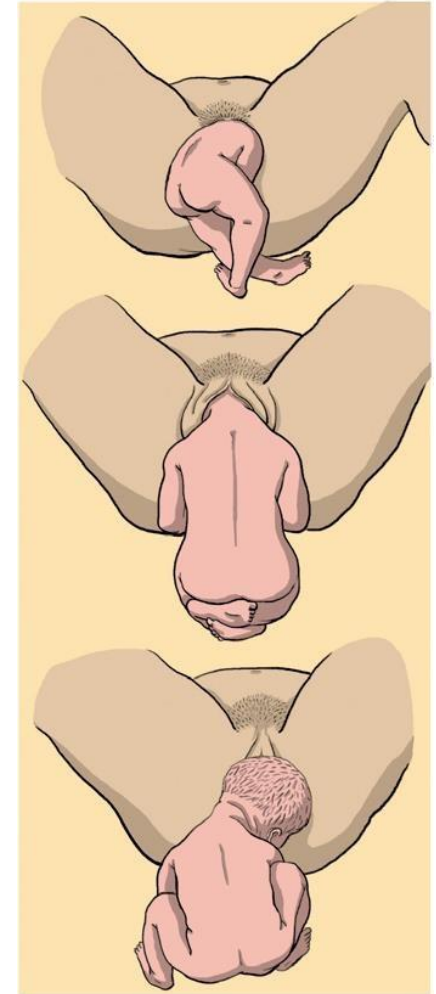
Conduite à tenir



- Installer la femme **au centre du lit.**
- Essayer de **retarder l'expulsion** afin d'attendre l'équipe médicale en demandant à la femme de ne pas pousser.
- La respiration haletante dite du « **petit chien** » peut limiter l'envie de pousser.... momentanément !
- On peut aussi lui demander de respirer tranquillement et de ne pas pousser même si elle en a très envie

Accouchement en présentation du siège

- Si l'accouchement est inévitable :
 - Laisser faire la nature.
 - **Ne pas toucher, ni tirer sur l'enfant au risque d'aggraver la situation!**
 - **L'enfant naît en s'asseyant dans le lit, dos en avant**



- Accompagner et **encourager** la femme dans ses efforts expulsifs



➤ coopération maternelle primordiale !

Accouchement en présentation du siège



siège décomplété



Accouchement en présentation du siège



L'enfant naît en s'asseyant, dos en avant.

Accouchement en présentation du siège

Encourager la femme pour le dégagement de la tête, partie la plus volumineuse !!
Il est important qu'elle pousse à ce moment



NE PAS TOUCHER !



Accouchement en présentation du siège: complications

L'enfant présente son ventre

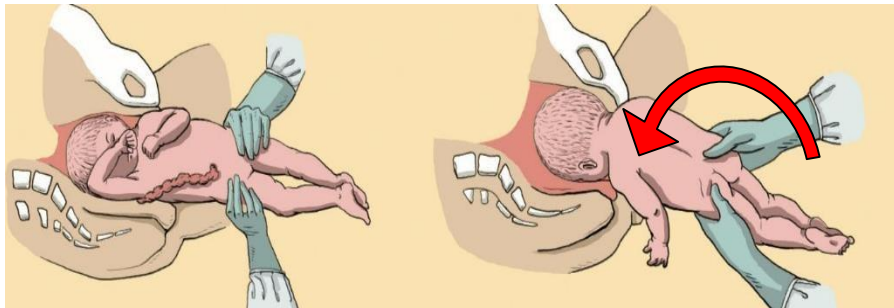
Exceptionnel mais catastrophique!

☛ le menton peut s'accrocher sous la symphyse pubienne et la **tête risque de s'enclaver définitivement dans le bassin!**



Avis du médecin régulateur pour CAT et avec son aval →

Après avoir installé la femme au bord du lit ☛ saisir l'enfant par les hanches et le faire pivoter en sens inverse afin de ramener son dos en avant, sans exercer de traction !



Accouchement en présentation du siège: complications

La tête reste coincée

URGENCE ABSOLUE

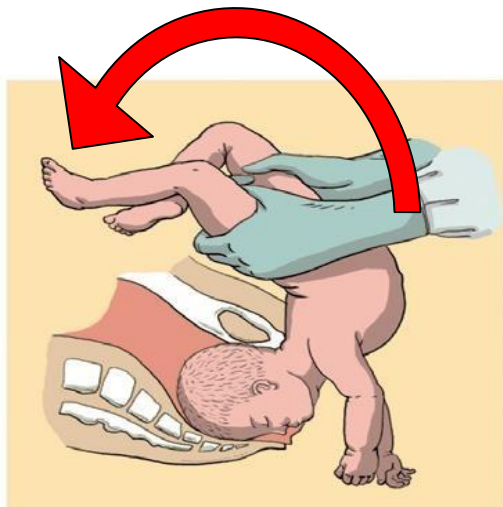


Sur ordre du médecin régulateur et avec son aval

→ Manœuvre de retournement

Après avoir installé la femme au bord du lit, saisir l'enfant par les hanches et le basculer sur le ventre de la mère » sans traction!

La femme doit écartier au maximum ses cuisses et pousser simultanément.



La tête se dégage
en pivotant autour du pubis

Prise en charge du nouveau-né



Prise en charge du nouveau-né



A la naissance le nouveau-né doit rapidement adapter ses fonctions pulmonaire et cardiovasculaire, l'intégrité de son cerveau en dépend. Il doit **crier vigoureusement**, être **rose, tonique et respirer sans difficulté dans la minute qui suit sa naissance** ➡ critères témoignant d'une **bonne adaptation** à la vie extra-utérine.

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

Chez le nouveau-né à terme

Faire **chauffer** des serviettes (attention à ne pas les faire brûler)
Dès la sortie du nouveau-né, s'il s'adapte bien à la vie extra-utérine, le mettre dans le sac NéoHelp (cf diapo suivante) **sans le sécher**. Faire du « peau à sac ». Si pas d'utilisation du Néo Help le **sécher** et **stimuler** avec le champ d'accueil, une fois celui-ci mouillé, le jeter et mettre bébé en **peau à peau** sur sa mère ventre contre torse, lui mettre un **bonnet** et la couche.
Dans tous les cas, mettre une **couverture + couverture de survie** par-dessus la mère et l'enfant.
Et le **surveiller** : coloration, libération des voies aériennes supérieures, visage bien visible, respiration



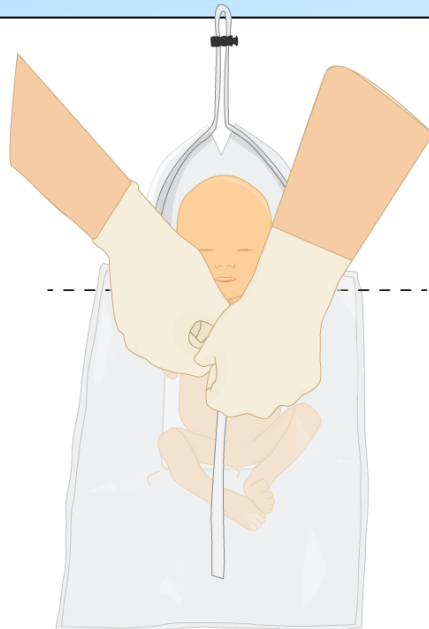
Prise en charge du nouveau-né: prévenir l'hypothermie

Chez le nouveau-né prématuré

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!**

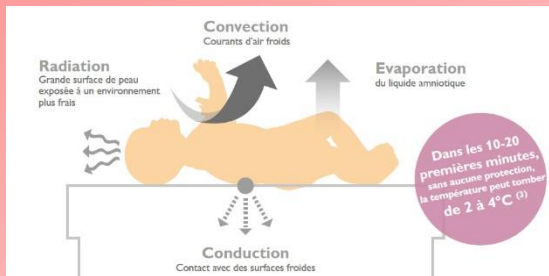


Si l'enfant a du être stimulé séché +/- RCP, lui mettre le bonnet et l'enrouler dans la couverture de survie.
Surveiller le attentivement en attendant le SMUR.

Prise en charge du nouveau-né:

Lutte contre l'hypothermie:

- ☛ Séchage minutieux de l'enfant (sauf si utilisation du Néo-Help), surtout la tête, pose du bonnet



Stimulation :

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



Prise en charge du nouveau-né : **Clampage du cordon**

Clamper le cordon: utiliser les 2 pinces kocher:

- La 1^{ère} à 10 cm du nombril environ ①
- La 2^{ème} juste à côté ②



① ②

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 faire entre les 2 pinces



Informez le SAMU de la naissance

Réanimation néonatale

Mais que faire si mauvaise adaptation à la vie extra-utérine ?

Pas de panique ! Moins de 1% des nouveaux-nés nécessitent une réanimation cardio-respiratoire intensive

La plupart du temps il est seulement nécessaire de les sécher/stimuler et +/- aspirer

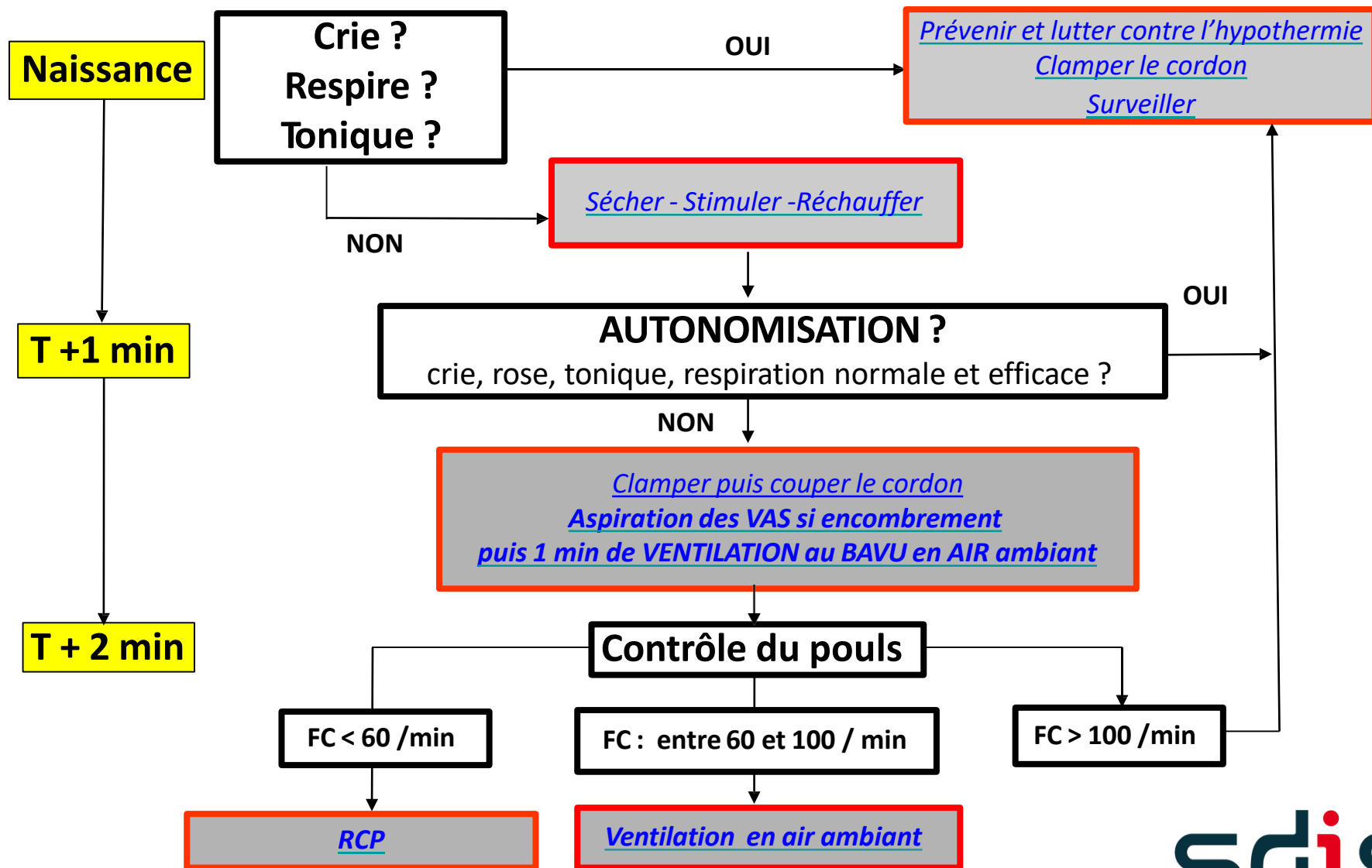
Si besoin d'une réanimation couper le cordon et emmener le nouveau-né sur l'espace d'accueil dédié !

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



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

Naissance

T + 1m

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



Maintenir une bonne température

- Sécher (surtout la tête), mettre le bonnet
- Enlever le linge mouillé

Stimuler

- Stimule plante des pieds avec des petites « pichenettes » au niveau des talons
- Friction du dos pour stimuler la respiration



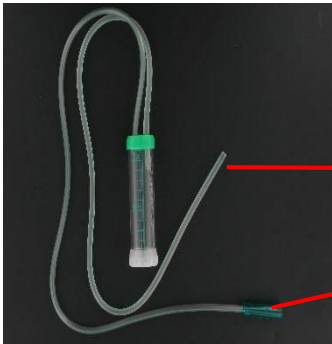
LVA

- Tête en position neutre
- Aspiration des sécrétions seulement si encombrement des VAS
- Evaluer si respiration spontanée et efficace

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**
avec des **mouvements circulaires**, 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)

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

T + 1m

LVA

- Tête en position neutre
- Aspiration des sécrétions seulement si encombrement des VAS ([cliquez](#))
- Evaluer si respiration spontanée et efficace si non →

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

Bien évaluer si ventilation efficace : soulèvement du thorax, pression, fréquence



T + 2m

**Contrôle du pouls et de la respiration après
1 min de ventilation efficace
au cordon +++ ou en fémoral**



Si FC > 100 bpm → Stop Ventilation et réévaluation

Si FC entre 60 et 100 bpm → Continuer ventilation

Si FC < 60 bpm → MCE (voir prochaine étape)

Ventilation Artificielle Mécanique : Présentation BAVU Néonatal



Tuyau arrivée Air
ambient à laisser
dégagé

Tuyau arrivée O2

Masque à
positionner
centré sur le
Nez et le
Bouche du
Nouveau-né

**Valve de surpression
Toujours ouverte !**



NE JAMAIS LA BLOQUER

Prise en charge du nouveau-né: Ventilation



FC entre 60 et 100 / min

Ventilation au BAVU en AIR ambiant

- Fréquence: 40 / min
- Contrôle toutes les minutes

Fréquence ventilatoire : Prendre un mot à 3 syllabes (cro-co-dile; Pomme-de-terre; Nou-veau-né...) et prendre le rythme. Faire une ventilation sur une syllabe et lâcher le ballon sur les 2 autres en disant le mot normalement.

Vérification de l'efficacité de la ventilation (peut-être fait par une autre personne) : Soulèvement du thorax, rythme, pression



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



FC < 60 min

**Message au médecin
régulateur**

RCP

- **Cycles**: 3/1
- **O2**: 6 l /min
- **Fréquence**: 120 / min (90 compressions/ 30 insufflations)
- **Profondeur**: 1/3 du thorax
- **Contrôle** toutes les minutes



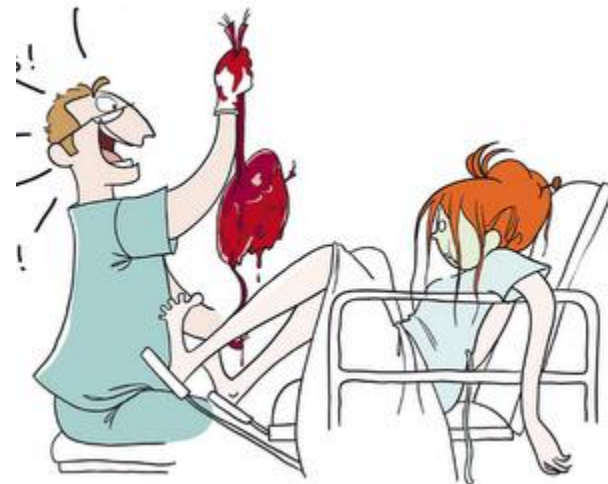
Prise en charge du nouveau-né:

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



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

La délivrance



La délivrance

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



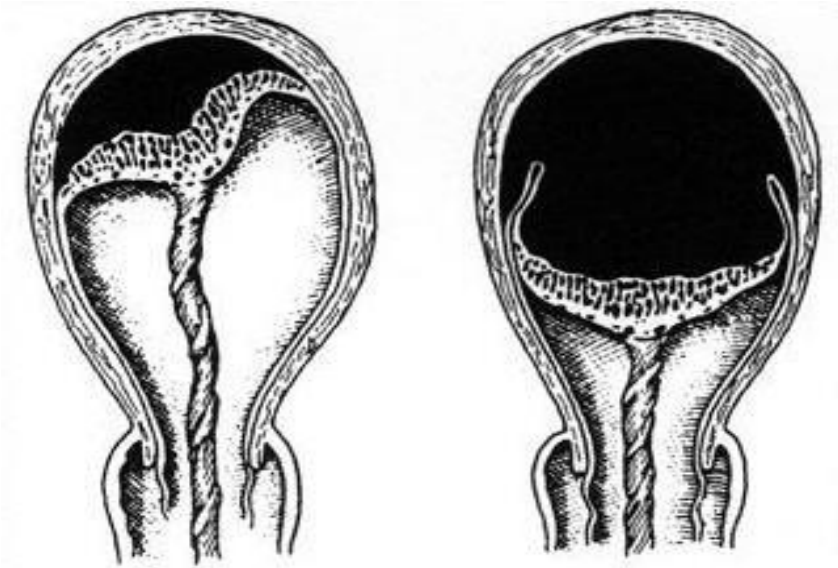
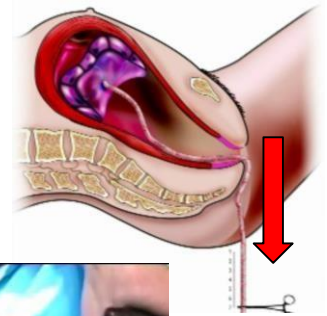
- Dès que l'enfant est né, **ouvrir la poche de recueil** du champ d'accouchement pour **quantifier les pertes utérines**.
Si le champ est doté de **2 poches de recueil**, retirer la poche utilisée pour l'accouchement et ouvrir la poche graduée réservée à la délivrance.



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

La délivrance

- Le **décollement** du placenta se traduit par la reprise de **petites contractions**, l'écoulement d'un **filet de sang** et un **allongement du cordon**. **OBSERVER !**

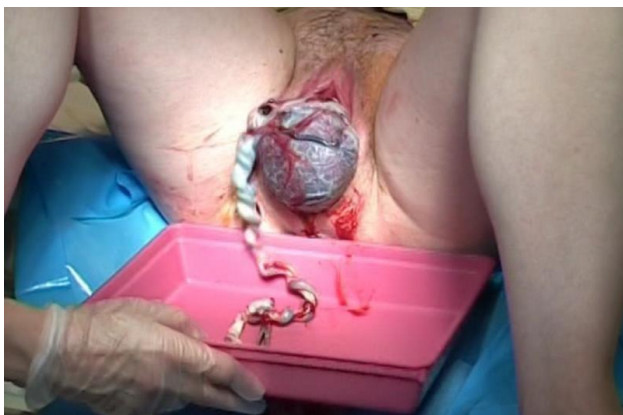


La délivrance

- Délivrance spontanée

Le placenta se **décolle** de la paroi utérine et **glisse dans le vagin** provoquant une envie de pousser ➡ si le processus est enclenché, **couper le cordon et récupérer le placenta dans le plateau**. **NE JAMAIS TIRER SUR LE CORDON**

Si apparition du placenta à la vulve, demander à la femme de pousser, et recueillir le placenta dans le plateau, ne pas y tirer dessus s'il n'est pas sorti seul spontanément, mais le vriller sur lui-même en l'accompagnant vers le plateau



Attention aux **projections de sang**:

Protection ++ ➡ gants + masque avec visière panoramique + tablier



Informez le SAMU

La délivrance

Le placenta sera emmené à la maternité où il sera **vérifié** par les sages-femmes.



Salle d'accouchement



- Après la délivrance, **surveillance étroite** de la mère en attendant le SMUR
- **fonctions vitales et pertes sanguines.**

Hémorragie de la délivrance

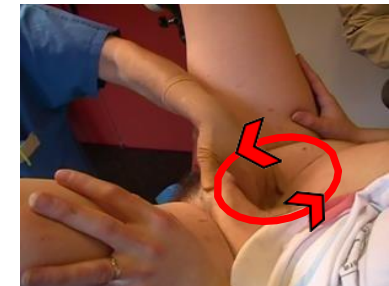
**Hémorragie de la délivrance
= PERTES SANGUINES > 500 ML
avant ou après la délivrance.**



5 % des accouchements.

CAT

- ➔ **Message URGENT au 15;**
- ➔ **Couper le cordon** et séparer le nouveau-né de sa mère;
- ➔ Administrer de l'**O2**;
- ➔ Si la femme est délivrée, **masser fermement et en continu le ventre** par des mouvements circulaires, jusqu'à l'arrivée du SMUR. ➡ **stimule la contraction de l'utérus. Appuyer** régulièrement sur le fond utérin pour **vider** l'utérus.
- ➔ Si la patiente est d'accord : **Mise au sein du Nouveau-né** (hormone de contraction de l'utérus : ocytocine = hormone d'éjection du lait)
- ➔ **Réalisation du protocole hémorragie**



Hémorragie de la délivrance

- Si la femme n'est pas délivrée, sur ordre du médecin régulateur, demander à la femme de pousser pour tenter d'expulser le placenta.

NE JAMAIS TIRER SUR LE CORDON !!!

- Si la femme ne se délivre pas, **masser fermement** le ventre, en continu, par des mouvements circulaires ➡ favorise le **décollement** du placenta. Possibilité de mise au sein



- **Surveiller étroitement** la femme en attendant le SMUR
➡ **fonctions vitales et pertes sanguines.**

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 ou dans un 2eme VSAV après régulation, dans un cosy.
- **Surveillance conjointe** avec l'équipe médicale du SMUR:
 - ➔ **mère** : TA, FC, pertes utérines;
 - ➔ **nouveau né**: couleur, respiration, tonus



Aspect administratif

Si naissance, cliquer sur « Réalisée » et remplir les champs spécifiques concernant l'accouchement.

☛ Les renseignements seront transmis au service obstétrical via UrgSap (ou si pas de connexion avec UrgSap via un jeton)

The screenshot shows a medical form interface. On the left is a vertical sidebar with icons for various medical categories: pregnancy, X-ray, head, lungs, heart, brain, calendar, SAMPLE, DOULEUR, and CR. The main form area has a top section with a 'Naissance' button circled in red. To its right are 'En cours' and 'Réalisée' buttons, with 'Réalisée' also circled in red. A red arrow points from 'Naissance' to 'Réalisée'. Below this are fields for 'Accouchement sous X' (Oui/Non), 'Observations' (a large text area), and 'Néant'. A section titled 'VIC 1 : Accouchement' contains several rows: 'Naissance avant notre arrivée' (Oui/Non), 'Accouchement réalisé' (SP/SMUR), 'Présentation' (Céphalique/Siège), 'Circulaire du cordon' (Oui/Non), and 'Heure de l'accouchement' (11 H 01). At the bottom is a 'Complément' section with a large text area. A red arrow points from the text on the right to this 'Complément' field.

Ne pas hésiter à remplir la case complément, de toutes les informations qui vous semblent importantes concernant l'accouchement et le nouveau-né

Aspect administratif

Le **certificat de naissance** sera rédigé par le **médecin du SMUR** présent sur les lieux, document obligatoire pour faire la **déclaration de naissance** à la mairie.

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:

Aspect administratif

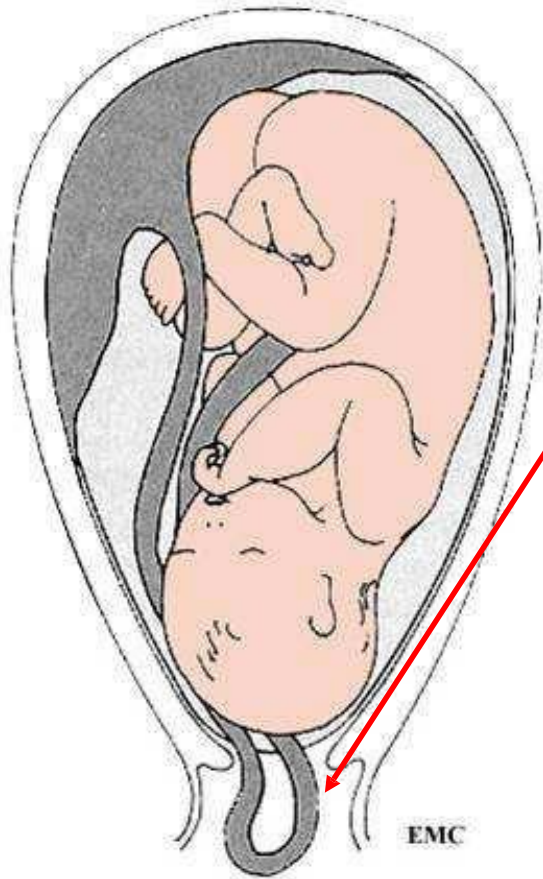
Accouchement dans le secret ➡ accouchement sous X

- Au retour d'intervention, le CDA doit **informer le CODIS** charger « d'anonymiser » **tous les documents pouvant identifier la mère** (ticket de départ...);
- Ne pas **mentionner l'identité** de la mère sur aucun document (fiche bilan, fiche accouchement...): **Identité: Madame X**
- **Respecter la volonté** de la maman et lui présenter l'enfant seulement si elle le désire;
- Transport mère et enfant dans **2 VSAV différents** si la femme ne souhaite pas avoir de contact avec l'enfant.

Respect du **secret professionnel**
pour l'ensemble des intervenants !



Cas particuliers : Procidence du cordon



Chute du cordon en avant de la présentation
lors de la **rupture de la poche des eaux**.

Souffrance fœtale aigue par compression
du cordon entre la paroi utérine et la tête.



Urgence vitale pour l'enfant !
Mortalité et séquelles élevées !

Cas particuliers : Procidence du cordon



CAT

Tête à la vulve avec le cordon apparent

- Appel **SAMU** en urgence pour CAT;
- Administrer de l'**O₂, 15l /min**;
- **Faire naître rapidement l'enfant**;
Encourager la maman
- Anticiper une **réanimation néonatale**.
- Essayer d'humidifier le cordon et sentir s'il y a un pouls



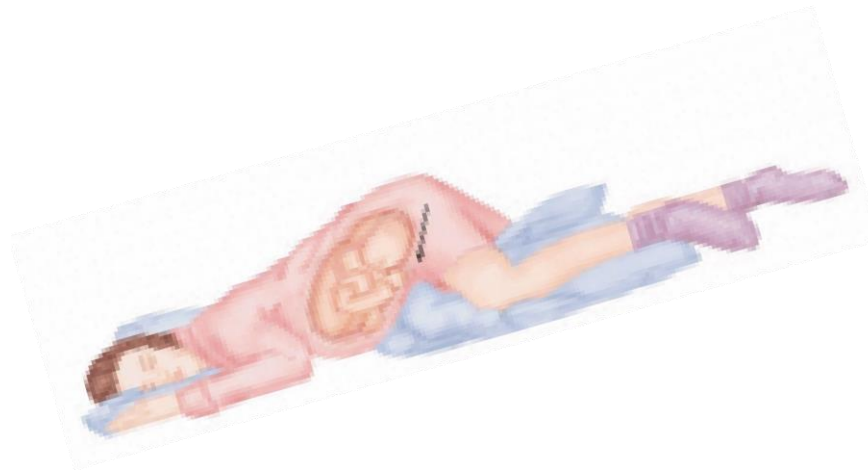
Cas particuliers : Procidence du cordon



Seul le cordon est apparent

Avis du médecin régulateur !

- Installer la femme en **position de Trendelenburg** (tête en bas), tournée sur le **côté gauche** ➡ limite la compression par gravité et favorise le retour veineux.
- Administrer de l'O₂, 15 l/min.



Cas particuliers: Procidence du cordon



**Césarienne en extrême urgence à la maternité
si l'enfant est encore vivant !**

Cas particuliers : Grossesse gémellaire

- En augmentation suite au traitement des infertilités.
- Rare à domicile car grossesse suivie étroitement.
- Accouchement souvent **prématuré et à hauts risques** :
 - surtout pour le **2ème jumeau** (mauvaise position, souffrance);
 - **hémorragie de la délivrance**.



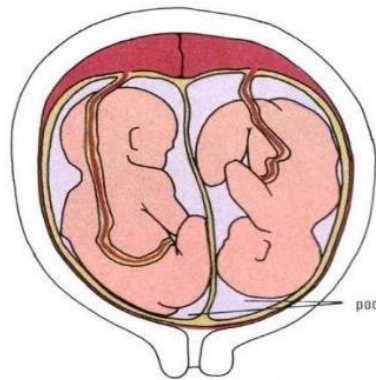
Accouchement à hauts risques hors maternité

☛ **renfort de spécialistes préconisé !**

Cas particuliers : **Grossesse gémellaire**

CAT

- Contact rapide du **médecin régulateur** ➡ **renfort**.
 - Préparer **2 espaces d'accueil** pour les nouveaux-nés.
 - Naissance J1 classique.
 - Délai entre les 2 naissances: variable, de **5 à 20 min** en moyenne.
- Le médecin SMUR prendra la décision de faire naître J2 sur place, sinon transport rapide vers la maternité la plus proche ➡ **risque majeur pour J2**.



Cas particuliers : **Saignements au cours du 1^{er} trimestre**

La fausse couche

- 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.**

Cas particuliers : Saignements au cours du 1^{er} trimestre

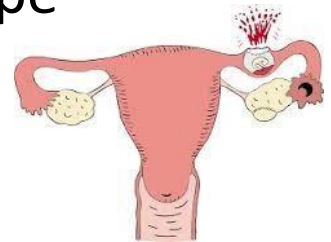
La fausse couche: CAT

- **Rassurer et 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, **recupérer le discrètement dans un champ stérile**; le mettre à l'écart et le garder
- Message au SAMU;
- **Surveiller les fonctions vitales et les pertes sanguines.**

Cas particuliers : **Saignements au cours du 1^{er} trimestre**

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**.
- Les signes cliniques 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 ou rouge** et d'un **malaise** général.



Cas particuliers : **Saignements au cours du 1^{er} trimestre**

La grossesse extra-utérine (GEU) : CAT

- La grossesse peut être **méconnue** (début de grossesse)
- ☛ soupçonner une GEU chez une femme **en âge de procréer** qui présente 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 victime.

Cas particuliers :

Saignements au cours du 2^{ème} et 3^{ème} 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**

URGENCE



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

Risques pour la mère et l'enfant !

CAT

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

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 !



CHANDY Mélanie / MATHELIN Morgane
Sages-femmes / SPV
SDIS 42
Version 2023