



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

Pour commencer ...

Dans la grande majorité les cas d'accouchement inopiné se déroule sans complications.

- Il se fait vite et bien
- Il ne nécessite alors aucune manœuvre d'aide

Le rôle principale de l'équipage est

- Organisation
- Calme
- Réassurance de la parturiente (Femme qui accouche)



Le fait qu'il soit inopiné le différencie des accouchements à l'hôpital ou prévu à domicile (avec sage femme) dans les risques de complications.

Présentation céphalique – 95% des cas

Présentation podalique (siège) – 4% des cas

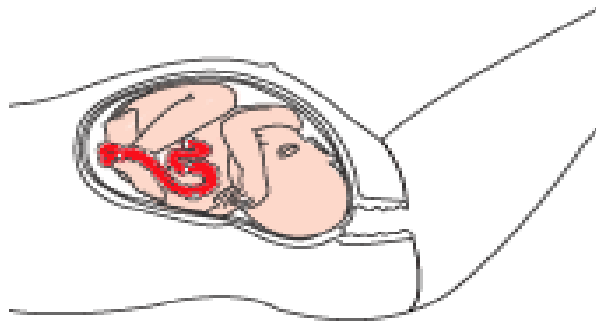
Présentation transverse – 1% des cas

Le travail = 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

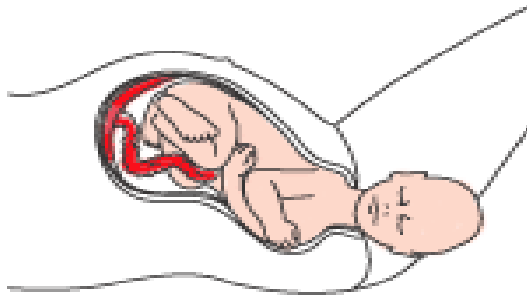
pour permettre **l'expulsion** du nouveau-né.

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



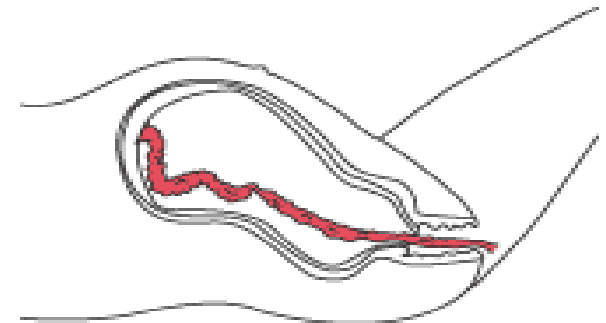
1. Dilatation et ouverture du col de l'utérus.

= 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 (SP/conjoint) qui:

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

PENSER QUE CETTE DOULEUR A UN BUT POSITIF

Utiliser cette notion pour l'inclure dans un discours motivant en faisant remarquer que le travail avance.

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 pas de risque d'accouchement imminent.

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 du kit accouchement

Equipier 1

Accompagne l'expulsion et la délivrance

 **JAMAIS DE TOUCHER VAGINAL**

Gants stériles

Lunettes

Masque chirurgical

+/- Surblouse



Equipier 2

Accompagne le nouveau-né

Gants à UU

Masque chirurgical



Matériel

- Un champs stérile avec dessus : deux clamps de Barr, un ciseau, des compresses stériles.
- Un sac DASRI
- Un champs stérile pour glisser sous le bassin de la parturiente.

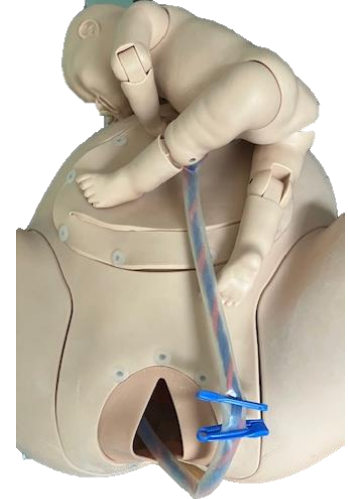


Rôle

Démonstration sur mannequin ou vidéo

- Réceptionner le nouveau-né et le poser sur le ventre de sa mère.
 - Clamper le cordon en DEUX endroits. (diapo suivante)
 - Attendre l'expulsion spontanée du placenta et le conserver dans un DASRI.
 - Surveiller les pertes sanguines et l'état général de la mère.
- +/- coupe le cordon entre les deux clamps à 1min de vie **si urgence vitale** pour la mère ou l'enfant **ou ordre du chef d'agrès.**

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

→ Éviter le risque d'AES lors la section du cordon

Poser le 2^{ème} clamp

EQUIPIER 1: Précision sur la délivrance

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

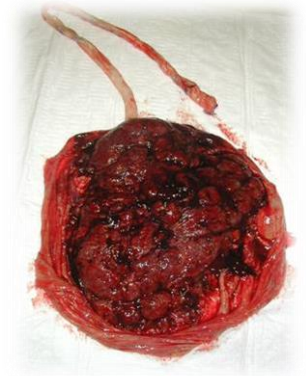


NE PAS TIRER SUR LE CORDON

NE PAS FORCER LA DELIVRANCE

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

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



EQUIPIER 1: Surveillance

Le risque est l'**Hémorragie du Post-Partum (HPP)**

Saignement abondant et/ou en filet continu donnant des pertes >500mL

Conduite à tenir si HPP identifiée:

- **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 stopper que sur ordre médical.** → *geste sur mannequin / vidéo*
- Surélever les jambes.
- Oxygénothérapie (15L/min puis adapter selon sat).
- Surveillance en continue des constantes
- Couverture de survie (anticiper le risque d'hypothermie)

Matériel

Lutte contre le risque d'hypothermie

- Serviettes/ champs bébé pour sécher
- Bonnet en Jersey
- Couverture de survie

Anticipation du matériel de réanimation

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



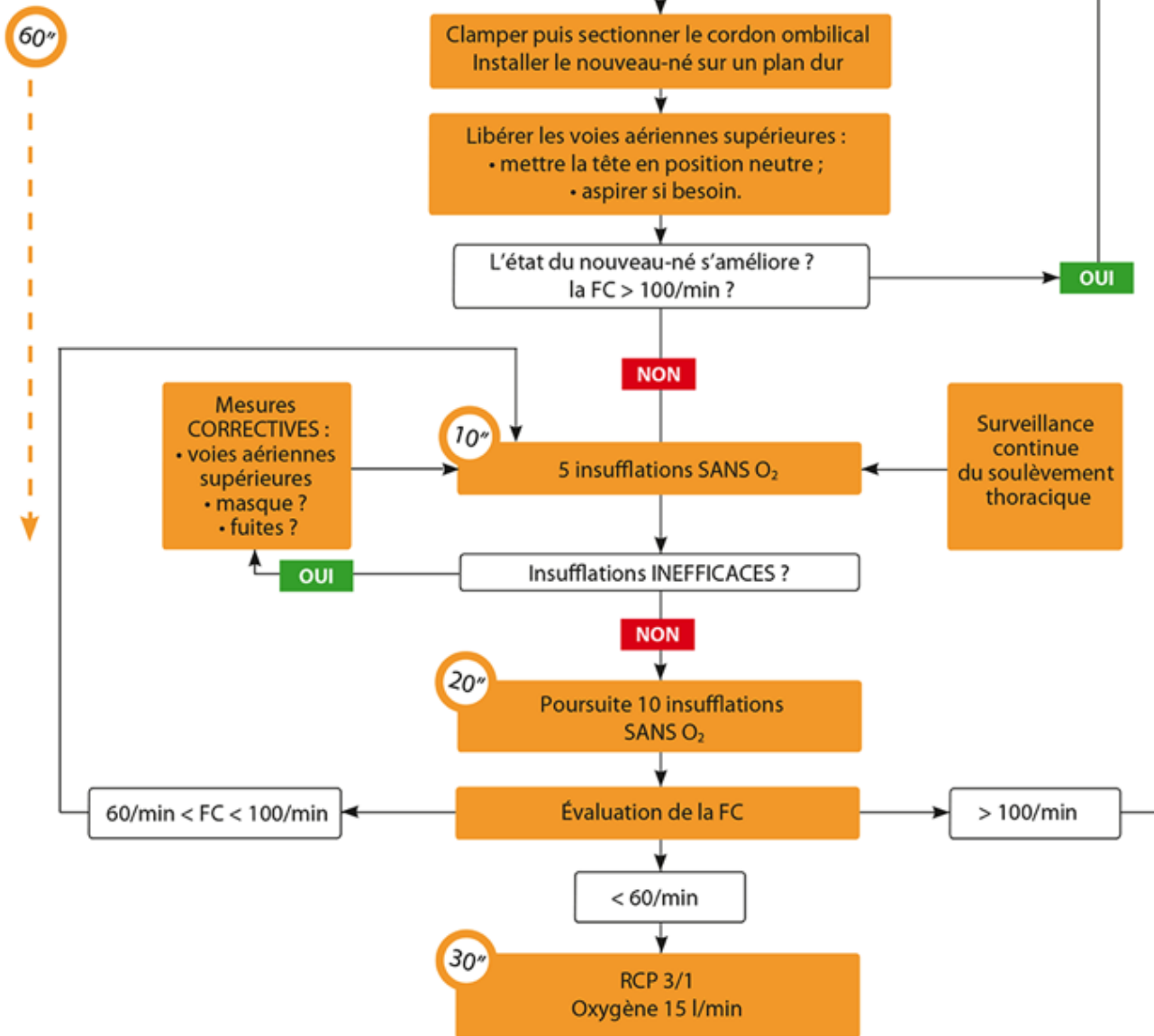
Rôle

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)

+/- départ pour réanimation 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

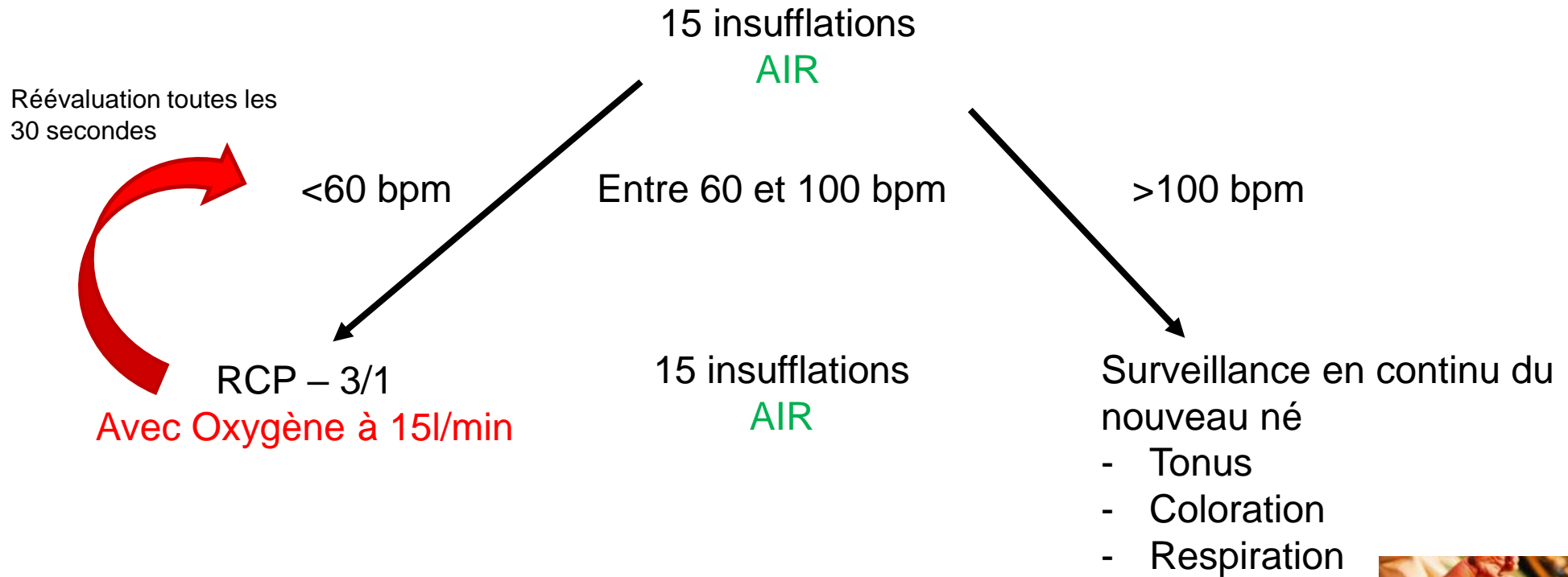


Prise du pouls

En priorité multiparamétrique 4 brins.

Dans l'attente de mise en place de l'appareil: à la base du cordon.

Non adaptation à la vie extra utérine à 1 min



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 = cf SSUAP + masser l'utérus sans interruption**

→ Lutter contre l'hypothermie du nouveau-né

Connaître les gestes de réanimation néonatale (SSUAP)