



## Accouchement inopiné et Kit Accouchement

Guide - SSSM - Matériel  
Médico-Secouriste

Guide SSSM 002

# Prise en charge d'un accouchement inopiné et utilisation du Kit Accouchement

### RESPONSABILITES

	Fonction	Grade - Prénom - Nom
<b>Création</b>	Infirmier de Groupement Expert Sage-Femme	Infirmier BIREMBAUT Benoit Expert JACTARD Oriane
<b>Suivi des mises à jour</b>	SSSM- GTO SAP	CCN LOUVET Anne-Cécile Mr MOKTARI Karim, ICN COUPIER Nathalie, SGT LANDRIN Etienne



# Accouchement inopiné et Kit Accouchement

Guide - SSSM - Matériel  
Médico-Secouriste

Guide SSSM 002

## SOMMAIRE

### A - OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

### B - DOCUMENTS ET PROCESSUS DE REFERENCE

### C - DEFINITION ET ABREVIATIONS

- 1- DEFINITIONS
- 2- ABREVIATIONS

### D - DESCRIPTION DU KIT ACCOUCHEMENT

### E - CONDITIONS D'UTILISATION

- 1- INDICATIONS
- 2- CONTRE-INDICATIONS
- 3- PRECAUTIONS D'EMPLOI
- 4- TECHNIQUE D'UTILISATION

### F - CONDUITE A TENIR

- 1- RAPPELS
  - a) Les étapes de la grossesse
  - b) Les types de grossesse
    - La grossesse singleton
    - La grossesse gémellaire
  - c) Les pathologies de la grossesse
    - La grossesse extra-utérine (GEU)
    - Les hémorragies génitales
    - Le placenta prævia
    - La menace d'accouchement prématuré
    - La rupture de la poche des eaux avant les 37 SA
    - Le diabète gestationnel
    - L'hypertension de grossesse (Pré-Eclampsie)
    - L'éclampsie
- 2- LES ETAPES DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL
  - a) La phase de travail
    - Transport d'une parturiente avant l'accouchement
  - b) La phase d'expulsion et de délivrance
    - Accouchement imminent - phase d'expulsion - prise en charge du nouveau-né - phase de délivrance
- 3- LES PARTICULARITES DE L'ACCOUCHEMENT
  - a) La fausse couche
  - b) L'accouchement prématuré
  - c) L'accouchement à risque
  - d) La procidence du cordon
  - e) L'enfant se présente par le siège
  - f) La détresse vitale chez la maman après l'accouchement
  - g) Le transport d'un nouveau-né en détresse ou prématuré
  - h) L'accouchement sous X

### G - ELIMINATION

### H - REAPPROVISIONNEMENT

### I - HISTORIQUE DES MISES A JOUR

Page 2 / 17

**SSSM**

Médecin Chef départemental

Date de création : 15/09/2016

Visa informatique

0 annexe (s)

Version et date de la dernière mise à jour : V2 du 08/06/2020

MCE D FONTAINE



# Accouchement inopiné et Kit Accouchement

Guide - SSSM - Matériel  
Médico-Secouriste

Guide SSSM 002

## A-OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Ce guide définit l'action de secours lors d'un accouchement inopiné ou de pathologie de la grossesse, ainsi que l'utilisation du kit accouchement.

## B-DOCUMENTS ET PROCESSUS DE REFERENCE

### DOCUMENTS DE REFERENCE

- [Recommandations premiers secours - DGSCGC](#)
- Fiches produits
- [Classeur hygiène](#)
- [FAT VSAV](#)

## C-DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

### 1. DEFINITIONS

Aménorrhée : Absence de règles. (Larousse médical).

Bouchon muqueux : glaire cervicale entourant le col de l'utérus. Sa perte n'augure en rien l'accouchement.

Contractions : Diminution du volume de l'utérus par contraction musculaire (Larousse médical).

Inopiné : Qui arrive sans que l'on s'y attende (Larousse).

Poche des eaux : membrane amniotique contenant le fœtus et le liquide amniotique.

Protéinurie : présence de protéines dans les urines (normalement il n'y en a pas).

Utérus : Organe qui appartient à l'appareil de reproduction de la femme. C'est un organe creux, musculaire destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement, et à l'expulser quand il est à maturité (vulgaris-medical).

Vernix : Substance grasse et blanchâtre qui protège la peau du fœtus et du nouveau-né contre l'hypothermie après sa naissance (Dictionnaire médecine).

### 2. ABREVIATIONS

- CH : Charrière
- DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
- HTA : Hyper-Tension Artérielle
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- MHC : Masque Haute Concentration
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- TA : Tension Artérielle
- UU : Usage Unique

## D-DESCRIPTION DU KIT ACCOUCHEMENT

Le Kit, conditionné dans une pochette hermétique, contient :

- 4 clamps de Barr
- 1 paire de ciseaux
- 1 manomètre à pression UU
- 1 serviette UU
- 1 bonnet Jersey
- 1 sac plastique transparent
- 1 couverture d'accueil
- 1 couverture de survie
- 1 sac DASRI



Le manomètre à pression UU s'adapte sur le BAVU pédiatrique et permet d'avoir un repère visuel de pression lors des insufflations. Lors de la délivrance d'air (enrichi ou non en oxygène) la pression exercée sur le ballon ne doit pas dépasser la limite haute de l'indicateur visuel VERT.



Pour mettre en place le manomètre, il faut défaire le bouton blanc et le connecter au BAVU pédiatrique.

## E-CONDITIONS D'UTILISATION

### 1. INDICATIONS

Ce kit sera pris à la descente du VSAV lors d'un départ pour PPM accouchement imminent ou réalisé. Il sera utilisé pour la prise en charge du nouveau-né lors de la naissance.

### 2. CONTRE-INDICATIONS

Néant

### 3. PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est préférable que l'accouchement soit réalisé dans une maternité, ce qui réduit les risques de complications et assure une prise en charge optimale du nouveau-né et de sa maman.

Cependant, parfois, l'accouchement se produit en dehors de la maternité, on parle alors d'accouchement inopiné.

La prise en charge de la future maman se fera avec le matériel en dotation dans le sac oxygénothérapie.

### 4. TECHNIQUE D'UTILISATION

Ce kit sera préparé à proximité de la future maman et ouvert lors de la phase d'expulsion. Le bonnet Jersey, les clamps de Barr, la paire de ciseaux, la serviette UU, la couverture d'accueil et la couverture de survie restent auprès de la femme.

Un emplacement dédié « **le coin bébé** » (sur une table à proximité) devra être créé avec le matériel de réanimation destiné au nouveau-né (insufflateur et manomètre-aspiration, sonde CH 10, sac plastique transparent, etc) afin de prendre en charge une éventuelle détresse. Il faut privilégier un lieu propre et chauffé pour maintenir la température du nouveau-né.

## F-CONDUITE A TENIR

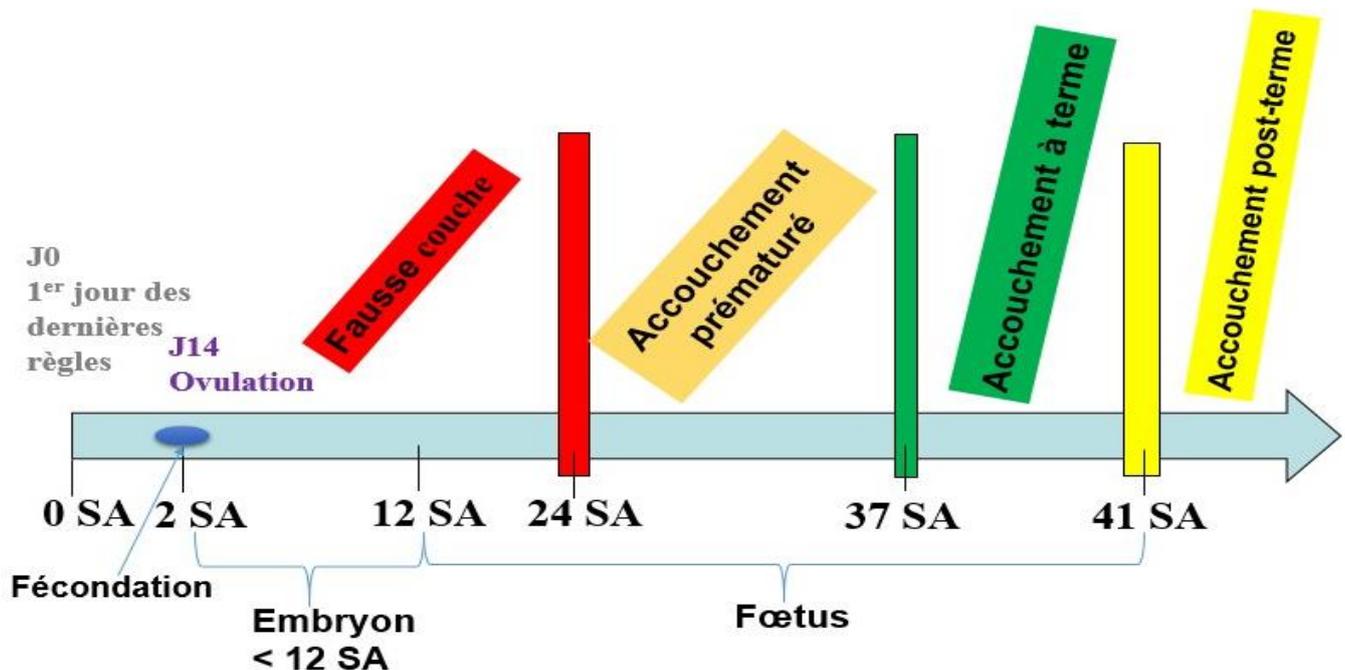
### 1. RAPPELS

#### a. Les étapes de la grossesse

Le cycle menstruel débute le premier jour des règles. L'ovulation a lieu environ le 14<sup>ème</sup> jour. En l'absence de fécondation le cycle se termine environ au 28<sup>ème</sup> jour avec l'apparition de nouvelles règles.



La fécondation (rencontre de spermatozoïde(s) et d'ovule) ne peut avoir lieu qu'aux alentours de l'ovulation. Le terme d'une grossesse est calculé en fonction du nombre de semaines d'aménorrhées (SA). Une grossesse est un processus physiologique évoluant pendant 39 semaines environ soit 9 mois ou 41 SA.



## b. Les types de grossesse

- ❖ **La grossesse singleton** : est une grossesse à un seul fœtus.
- ❖ **La grossesse gémellaire** : est une grossesse à deux fœtus, on parle de faux jumeaux (75% des cas) quand ils sont issus de deux ovules distincts, et de vrais jumeaux si issus d'un seul ovule. En cas de prise en charge d'un accouchement avec des jumeaux, penser à demander précocement les renforts.

## c. Les pathologies de la grossesse

- ❖ **La grossesse extra-utérine (GEU)** : est une urgence chirurgicale.



C'est le développement de l'embryon en dehors de la cavité utérine, elle se caractérise par des douleurs pelviennes subites et violentes et des signes d'hémorragies internes extériorisée ou non. Elle se produit généralement entre 7 et 16 SA. A ce stade la femme peut ignorer sa grossesse.

❖ **Les hémorragies génitales** : peuvent être le signe de pathologies de la grossesse (fausse couche, GEU, etc), un avis médical sera obligatoire. Elles peuvent avoir lieu en dehors des grossesses. Il est important de quantifier les pertes de sang.

❖ **Le placenta prævia** :



C'est une insertion du placenta en partie basse de la cavité utérine. Le risque hémorragique est constant et peut être brutal.  
L'accouchement se fera probablement par césarienne.

❖ **Menace d'accouchement prématuré** : C'est une mise en travail spontanée avant 37 SA. Les contractions ne sont pas toujours ressenties par la femme. Les causes de cette menace peuvent être multiples : infection, traumatisme,... Les traitements médicaux et le repos permettent de prolonger la grossesse pour préserver le nouveau-né au maximum. En effet, ceci peut annoncer le début de la phase de travail et donc un possible accouchement prématuré inopiné. La prise en charge est la même que pour une parturiente à terme.

❖ **La rupture de la poche des eaux avant les 37 SA** : La poche des eaux crée un environnement clos au fœtus qui le préserve de l'extérieur, notamment contre les infections. Elle se rompt le plus souvent à terme, au moment de l'accouchement. Tout écoulement de liquide transparent, indolore doit faire consulter. Si la perte de liquide est marron, vert cela est synonyme de souffrance fœtale, il est urgent qu'il naisse. En cas de perte de liquide lors d'intervention (AVP, chute, malaise, etc) concernant une femme enceinte, une consultation médicale est obligatoire.

❖ **Le diabète gestationnel** : Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pendant la grossesse (OMS). Le futur nouveau-né est à risque de gros poids de naissance.

❖ **Hypertension de grossesse (appelée aussi Pré-Eclampsie)** : pathologie de grossesse associant une hypertension artérielle à une protéinurie. Elle peut s'accompagner de bourdonnement d'oreilles, mouches dans les yeux, d'œdèmes des membres inférieurs. Elle peut apparaître parfois jusqu'à un mois après l'accouchement.

❖ **L'éclampsie** : Apparition de crises convulsives chez une femme enceinte. Elle est causée par une défaillance multi viscérale. C'est une **urgence vitale** pour le fœtus et la future mère.

La prise en charge d'une femme enceinte en dehors d'un accouchement inopiné, reste une prise en charge classique d'une victime, avec quelques particularités comme la position couchée sur le côté gauche, et un interrogatoire spécifique sur le déroulement de la grossesse.

## 2. LES ETAPES DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

Un accouchement se déroule en trois phases :

- Le travail, qui peut débuter plusieurs semaines avant le terme,
- L'expulsion, qui correspond à la sortie du nouveau-né dure de 1 à 30 minutes,
- La délivrance, est l'expulsion du placenta, qui se produit en moyenne dans les 30 minutes suivant l'expulsion.

### a. La phase de travail

L'utérus se contracte pour expulser le fœtus. Ses contractions peuvent être douloureuses. Elles permettent l'ouverture du col de l'utérus, avec selon les cas, la rupture de la poche des eaux et donc la perte des eaux.

Durant cette phase, l'interrogatoire et le bilan vont permettre de déterminer le degré d'urgence et d'imminence de l'accouchement.

Il est primordial de recueillir les informations spécifiques indiquées sur la fiche bilan :

<b>GROSSESSE</b>	<input checked="" type="radio"/> Tête ou membre visible	<input checked="" type="radio"/> Accouchement réalisé			
Perte des eaux <input type="radio"/>	Pertes de sang <input type="radio"/>	Envie de pousser <input type="radio"/>	Grossesse multiple <input type="radio"/>	Grossesse à risque <input type="radio"/>	CH : .....
Nb de semaines aménorrhées .....	Date des dernières règles ...../...../.....	Durée des contractions .....			
Nb accouchements antérieurs .....	Nb de grossesses .....	Intervalles entre les contractions .....	Heure de naissance .....		
Date du terme théorique ...../...../.....	Heure de début du travail .....h.....mn				

L'envie de pousser peut se traduire par une « sensation » que le bébé descend, envie d'aller à la selle. A cela s'ajoute :

- Pathologies de la mère (traitements, etc),
- Les complications durant la grossesse (diabète, HTA, etc),
- Pathologies du fœtus,
- La présentation du fœtus (tête en bas ?),
- Le suivi ? l'établissement ? le type d'accouchement prévu (césarienne) ? Préparer, si possible, le dossier de maternité, des résultats d'examens éventuels ?

Ainsi que les éléments du bilan :

- FR, FC, pression artérielle



**Il est interdit de procéder à un examen gynécologique, seul un examen visuel est toléré avec le consentement de la femme.**

L'ensemble de ses renseignements vont permettre à la régulation de déterminer l'imminence de l'accouchement et de décider d'un transport rapide ou d'un renfort sur place.

## TRANSPORT D'UNE PARTURIENTE AVANT L'ACCOUCHEMENT

- Oxygénothérapie si nécessaire
- Allonger sur le côté gauche si possible et ceinturée
- Si risque d'accouchement, installer la parturiente, les pieds vers le conducteur
- Garder le matériel pour l'accouchement à proximité
- Surveiller (TA, FC, contractions, saignements, sensation ou envie de pousser ...)
- Attention à la conduite et aux à-coups (au risque de déclencher des contractions)



### b. La phase d'expulsion et de délivrance

## ACCOUCHEMENT IMMINENT



- Demander un renfort médical
- Matériel de protection : masque, lunettes
- Préparer le matériel nécessaire pour la prise en charge de la future maman et du bébé :
  - sac DASRI,
  - pansements absorbants
  - 2 Clamps de Barr
  - 1 paire de ciseaux
  - Champ d'accueil et/ou serviettes propres et sèches
  - Bonnet de jersey ...
- Préparer le matériel nécessaire pour la prise en charge du nouveau-né = espace d'accueil sur une surface dure et nettoyée « coin bébé » si possible dans un endroit chauffé (salle de bain, VSAV,...) :
  - Sac en plastique
  - sonde d'aspiration CH 10
  - Aspirateur de mucosités
  - BAVU pédiatrique (installer le manomètre dessus)
  - Oxygène,...
- Installation de la parturiente dans le respect de l'intimité cuisses fléchies et écartée, sur le rebord du lit ou canapé, ...

## PHASE D'EXPULSION



- Demander à la mère de tirer sur ses cuisses et de pousser vers le bas en retenant sa respiration au moment des contractions ou des envies de pousser
- Faire reposer la mère entre deux contractions
- Encourager la mère à chaque poussée

Il peut y avoir des mouvements de va et vient de la tête en fonction des efforts de la femme.

### Ne jamais tirer sur le nouveau-né

- A cette étape de l'expulsion, il faut stopper la poussée, afin de vérifier la présence ou non de circulaire du cordon autour du cou du nouveau-né. Si présence, glisser un doigt au niveau du cou, et dégager les différentes circulaires si elles sont lâches.

En cas de circulaire(s) serrée(s), placer un doigt sous un des tours de cordon, et y poser un clamp. Puis poser un autre clamp sur le même tour de cordon. Veillez à laisser une distance suffisante entre les deux clamps pour pouvoir y passer une paire de ciseaux. Couper le cordon.



- Accompagner la tête vers le bas afin de dégager l'épaule en haut
- Remonter la tête vers le haut pour dégager l'épaule en bas
- Continuer à accompagner le mouvement pour la sortie du bassin et des jambes.



Le nouveau-né, à la fin de la phase d'Expulsion, est recouvert du sang de la mère, et de vernix qui est particulièrement glissant ; en conséquence le nouveau-né doit être maintenu fermement. Installer le nouveau-né nu en peau à peau sur le ventre ou la poitrine nue de la maman.

### Durant toutes les manipulations du nouveau-né, veiller à ne pas trop le surélever par rapport à sa maman avant d'avoir clamped le cordon

(pour éviter le reflux sanguin). C'est le principe des vases communicants.

Noter l'heure et le lieu de la naissance pour l'état civil, mais aussi pour les étapes suivantes.

## PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE



### Lutter contre la déperdition de chaleur

- Sécher par tamponnement la peau humide du nouveau-né à l'aide de la serviette à usage unique. Cette action permet également de stimuler l'enfant.
- Ne pas chercher à enlever le Vernix.
- Couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet en jersey après l'avoir séchée.



### Clamper le cordon après 1 minute de vie

- Ne jamais tirer sur le cordon
- Désinfecter le cordon à l'aide d'une compresse imbibée de Biseptine de la base jusqu'à environ 20 cm
- Mettre le premier clamp sur le cordon à 15 cm de l'ombilic du nouveau-né
- Faire la purge du cordon sur 5 à 10 cm à partir du premier clamp vers la maman
- Mettre le second clamp à 5 cm du premier clamp vers la maman
- Une fois les deux clamps posés, couper le cordon entre les deux clamps à l'aide de la paire de ciseaux du kit.

**Cette étape est impérative avant la délivrance**

**Le bilan du nouveau-né n'intervient qu'après une minute de vie.  
C'est le temps maximal de la mise en route de la respiration spontanée**

Le bilan du nouveau-né :

Est-il rose ? (coloration)  
Bouge-t-il ? (tonus)  
Respire-t-il ? (cris/ respiration)

**Si le nouveau né est en « BONNE SANTÉ »**  
**Présente une respiration et un cri vigoureux ; un tonus vif.**

### Poursuivre les actions de lutte contre l'hypothermie et surveillance

Recouvrir le nouveau-né et la maman avec la couverture d'accueil sèche **et** une couverture isotherme.

Compléter le bilan du nouveau-né (FR ,FC mesurée au cordon,



tonus, coloration).  
La Glycémie du nouveau-né n'est jamais mesurée et inutile avant la première heure de vie.  
Pas de mesure de la saturation si capteur est inadapté.  
La position d'attente du bébé doit permettre de le surveiller (coloration, tonus...).



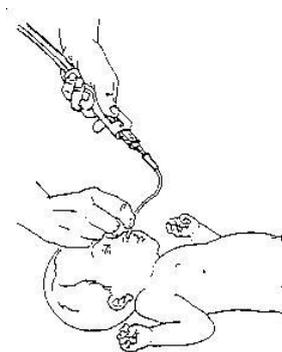
**Faire un bilan complet de la mère** (FC, TA, Saturation, saignements), simultanément par un deuxième secouriste, Mettre un américain pour quantifier les pertes et vérifier toutes les 5 minutes.

**Transmettre les bilans à la régulation et confirmer l'envoi d'un renfort médical.**

**Si le nouveau né est en « DÉTRESSE » =**

N'est pas rose (bleu, violet);  
Ne respire pas ou < 40 mvt/min  
Cri non vif  
ou est hypotonique, ne bouge pas

Installer le nouveau-né sur le coin bébé préparé précédemment et demander un renfort médical.



### Aspirations

Installer le nouveau-né dans le sac en plastique transparent, tête en dehors, pour lutter contre l'hypothermie.

- Mettre la tête en position neutre
- Prendre la mesure de la sonde 10Ch en prenant comme repère la bouche au lobe de l'oreille. Mettre les doigts au niveau de cette mesure pour se servir d'indicateur
- Introduire la sonde dans la bouche jusqu'à ce que les doigts touchent la bouche
- Mettre en fonctionnement l'aspirateur (dépression - 0.1 à - 0.15 bar) et aspirer en retirant et en faisant des cercles en un temps maximal de 5 secondes
- Recommencer une à deux fois si nécessaire

Parfois les sécrétions peuvent être épaisses, le bout de la sonde peut être nettoyé avec une compresse stérile avant d'aspirer de nouveau.

- Si besoin, aspirer dans chaque narine en introduisant la sonde en 1 cm maximum (pour un nouveau-né à terme et en fonction de la taille du nouveau-né)

**Attention de garder sa tête en position neutre durant la manœuvre**

Le bilan du nouveau-né :

Est-il rose ? (coloration)  
Bouge-t-il ? (tonus)  
Respire-t-il ? (cris/ respiration)

**Si l'état du nouveau-né s'est amélioré :**



- faire un bilan complet du bébé : FR, FC, coloration, tonus
- mettre bébé en peau à peau avec la maman
- Les couvrir
- Surveiller ++

Et attente équipe médicale

**Si l'état de l'enfant ne s'améliore pas après l'aspiration**



**Réaliser au BAVU 40 insufflations à l'air en 1 minute.**

La pression d'insufflation est dans la partie verte du manomètre. Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations :

- Aspirer si on entend du bruit (sécrétions gênant la respiration)
- Vérifier la position de la tête qui doit être neutre
- Vérifier la taille du masque : est-il adapté ?
- S'assurer que les doigts n'écrasent pas les tissus mous sous le menton lors de l'étanchéité
- Simultanément ; un autre équipier prend le pouls, sur une minute, au niveau du cordon ombilical en le pinçant entre l'index et le majeur
- Lutter contre l'hypothermie



Le bilan du nouveau-né :

Est-il rose ? (coloration)  
Bouge-t-il ? (tonus)  
Respire-t-il ? (cris/ respiration)

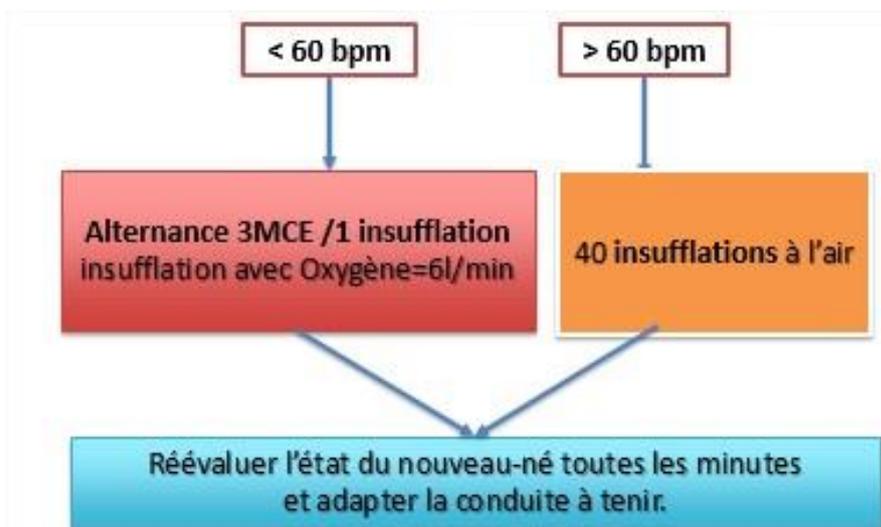
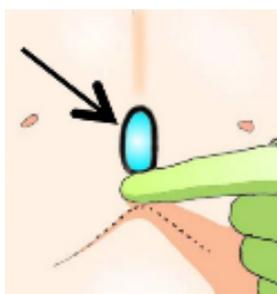
**Si l'état de santé s'améliore = devient rose, bouge et cri  
à une respiration efficace  
Avec une FC > 100**

Faire un bilan complet du bébé : FR, FC, coloration, tonus  
- donner des nouvelles rassurantes à la maman

Après 5 minutes de surveillance :  
Mettre bébé en peau à peau avec la maman  
- Les couvrir  
- Surveiller ++

Et Attendre l'équipe médicale

**Si l'état de santé ne s'améliore pas après les 40 insufflations à l'air**



- Le cycle de RCP est de 3 compressions (enfoncement 1/3 du thorax) /1 insufflation sur un rythme de 120 par minute
- Ne pas mettre DSA ni canule oropharyngée
- Confirmer l'envoi d'un renfort médical
- Contrôler la respiration et le pouls toutes les minutes

## PHASE DE DELIVRANCE



C'est une phase très délicate pour la mère car à haut risque hémorragique. Il vaut mieux que le transfert vers l'hôpital ait lieu avant la délivrance.

Sortie du placenta :

- Le décollement du placenta se déroule en moyenne 30 minutes après l'expulsion. (parfois 5 minutes, parfois 1 heure !). La reprise des contractions utérines annoncent cette phase.

**Aucune action secouriste ne doit être entreprise.**

- Ne pas tirer sur le cordon ou le placenta
- Informer le SAMU de cette phase si le renfort SMUR n'est pas encore présent sur les lieux.
- Mettre et transporter le placenta dans un sac DASRI 20L pour le présenter à l'équipe médicale (SMUR-SSSM-Maternité) afin d'être sûr qu'il est complet.

Placer un pansement américain au niveau du périnée en protection et surveiller toutes les deux minutes l'écoulement sanguin afin de rechercher s'il existe des signes d'hémorragie (FC, TA). Il est toutefois normal de perdre un peu de sang.

Si nécessaire mettre la femme sous oxygène.



Pour le transport :

- Le transport est privilégié avant la délivrance
- Chauffer la cellule sanitaire
- La maman sera installée en position inverse dans le VSAV (pieds vers la cabine) pour surveiller plus facilement.
- Un deuxième VSAV peut être demandé pour le transport du bébé si la mère ne va pas bien. Sinon, le nouveau-né restera en peau à peau avec la maman
- Surveiller la mère et le nouveau-né : TA, FR, FC, coloration,...

### 3. LES PARTICULARITES DE L'ACCOUCHEMENT

- a. La fausse couche** : c'est l'arrêt de la grossesse avant la 22 SA, elle se caractérise par des douleurs pelviennes +/- violentes, des pertes sanguines vaginales. La grossesse est peut être méconnue. S'il y a des pertes sanguines importantes, demander à la femme de mettre une protection propre et noter l'heure pour évaluer les quantités perdues.
- b. L'accouchement prématuré** : c'est un accouchement avant la 37 SA. La demande de renfort médical doit être la plus précoce possible pour une prise en charge spécifique du nouveau-né. Plus l'accouchement est précoce plus le nouveau-né est immature. Plus le terme de naissance est précoce plus le risque de détresse respiratoire immédiate est important. L'immaturité du nouveau-né peut mettre en jeu son pronostic vital.
- c. L'accouchement à risque** : en cas d'accouchement à risque connu avant l'expulsion (ex : placenta prævia, pathologie fœtale, utérus cicatriciel, HTA...), il faut en référer immédiatement à la régulation.



- d. La procidence du cordon** : c'est un accident obstétrical rare qui survient après la rupture de la poche des eaux et où le cordon chute dans le vagin avant la naissance du fœtus. La circulation sanguine et par conséquent l'oxygénation du fœtus sont interrompues. C'est une urgence vitale pour le nouveau-né. Seul un transport rapide vers un hôpital adapté pourra le sauver. Les précautions à prendre pour le transport sont : mettre la future mère sur le côté gauche, jambes surélevées, et demander immédiatement un avis médical.



- e. Le bébé se présente par le siège (pieds, fesses,...)** : installer la maman au milieu du lit pour que le nouveau-né vienne s'asseoir progressivement grâce aux efforts expulsifs de la maman. Il faut laisser faire la nature, ne pas toucher le bébé avant sa sortie (afin de lui éviter des mouvements brusques et de le coincer). Ne jamais tirer sur le bébé, rassurer la maman et demander un renfort médical.

- f. La détresse vitale chez la maman après l'accouchement** : si la mère qui vient d'accoucher présente une détresse vitale, la prise en charge est inchangée. Il conviendra afin de faciliter les manœuvres, de séparer le nouveau-né de sa mère. Il faut surveiller les pertes sanguines pour dépister le plus précocement possible une hémorragie.

- g. Transport d'un nouveau-né en détresse ou prématuré** : Ce transport doit être effectué par une équipe spécialisée dans un incubateur (couveuse) pour lutter contre l'hypothermie, d'où la nécessité de la demande de renfort précoce.



- h. L'accouchement sous X** : parfois une femme peut vouloir accoucher sous X, c'est-à-dire demander le secret de son admission et de son identité. Aucune pièce d'identité ne peut lui être demandée et aucune enquête ne peut être menée. En conséquence, les sapeurs-pompiers doivent accepter qu'une femme enceinte qui accoucherait dans leur véhicule veuille garder l'anonymat et ne décline pas son identité. Son enfant sera alors confié aux services de l'Etat (service de l'aide sociale à l'enfance) La procédure du bilan, de l'accouchement est la même. Il faut s'adapter sans jugement à la situation et respecter les choix de la femme qui peut refuser de prendre son nouveau-né contre elle après l'accouchement et même de le voir, connaître ou non le sexe, donner ou non un prénom, .... Le nouveau-né et la femme venant d'accoucher doivent tous les deux subir un examen médical et être transporté à l'hôpital.

Il est obligatoire de rendre anonyme les fiches bilan et le CRSV (cf. guide de rédaction du CRSV) : en cas d'accouchement sous X (nom, prénom pour la mère et l'enfant), mettre «X» et le préciser dans l'onglet «commentaire succinct»).

## G-ELIMINATION

Matériel à usage unique Cf. [FH 003 du classeur hygiène](#)

## H-REAPROVISIONNEMENT

Le réapprovisionnement s'effectue via une demande LAL.

## I-HISTORIQUE DES MISES A JOUR

Version	Date	Objet et raison de la mise à jour
1	15/09/2016	➤ Création du document.
2	08/06/2020	➤ Modification relative aux recommandations de la DGSCGC et nouveau matériel.