

# Protocole Accouchement inopiné extrahospitalier

Atelier « Accouchement inopiné extrahospitalier » 06/06/2025

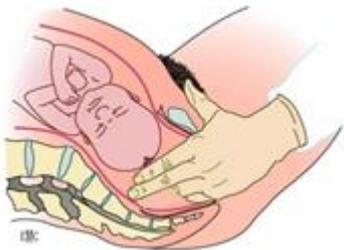
## 1. Rappels

Situation obstétrico-pédiatrique : parité, terme, déroulement et suivi de la grossesse, présentation, contractions utérines (caractère douloureux, heure de début, durée, intervalle), rupture poche des eaux ?, couleur du liquide ?

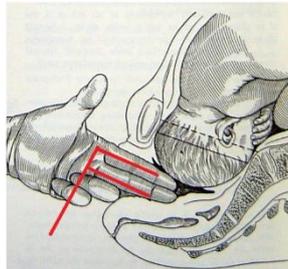
Evaluation de l'imminence de l'accouchement :

- Multiparité
- ATCD accouchement rapide ou accouchement extrahospitalier
- CU douloureuses et rapprochées
- Envie de pousser
- Toucher vaginal :  Penser à la réévaluation du TV pour évaluer la rapidité de la dilatation.
  - Dilatation complète
  - Présentation visible ou présentation engagée (signe de Farabeuf = 2 doigts vaginaux dirigés vers la 2<sup>ème</sup> vertèbre sacrée)

Présentation non engagée



Présentation engagée



Facteurs d'accouchements à risque : grossesse gémellaire, terme >41SA+6, prématurité, placenta bas inséré, présentation podalique, ATCD dystocie des épaules / hémorragie de la délivrance / diabète insulinoquéran / macrosomie

## 2. Installation et mise en condition

- Chauffer la pièce du domicile, le VSAV ou l'AP
- Préparer la zone d'accueil du nouveau-né (cf. accueil du nouveau-né)
- Installation :
  - Choisir une position dans laquelle le soignant et la patiente sont les plus à l'aise pour réaliser l'accouchement avec possibilité d'installer rapidement la patiente dans une position compatible avec la manœuvre de Mac Roberts (cf. § dystocie des épaules)
  - Classiquement : Position d'attente sur bord du lit, bassin surélevé, pieds sur 2 chaises, protection sol + mobilier, **poche de recueil avec champ sous-fessier**
  - Si entouragé coopératif et calme : leur faire tenir les membres inférieurs
- Moyens de protection du médecin : masque, lunettes, tablier, gants stériles
- Scope : FC, PA, SaO<sub>2</sub>
- Pose VVP avec NaCl 0,9% 250mL
- Antalgie par MEOPA si nécessaire



Avoir à disposition le matériel pour réaliser un sondage évacuateur.

### 3. Prise en charge de l'accouchement en présentation céphalique

#### a. Accouchement physiologique



Ne pas faire pousser si la dilatation n'est pas complète et si la présentation n'est pas engagée  
Faire pousser uniquement pendant les CU  
Ne jamais tirer  
Pas d'épisiotomie

Rassurer la patiente +++ / Obtenir l'adhésion et la coopération de la patiente

Guider les efforts expulsifs : faire expirer puis inspirer avant chaque poussée, faire pousser 2 fois à chaque contraction.

- Une main en appui sur la tête du bébé pour retenir celle-ci lors de l'expulsion (protection du périnée)
- Sortie de la tête
- Arrêt des efforts expulsifs
- Rotation spontanée de la tête à 90° (= restitution). Mouvement d'accompagnement sans forcer

**Prévention de la fausse dystocie : amener le menton du bébé sous la symphyse pubienne (cf. § dystocie des épaules).**

#### ▪ **Vérification du cordon :**

- Si circulaire lâche, passer le cordon par-dessus la tête.
- Si circulaire serré, couper le cordon en mettant les 2 clamps proches.

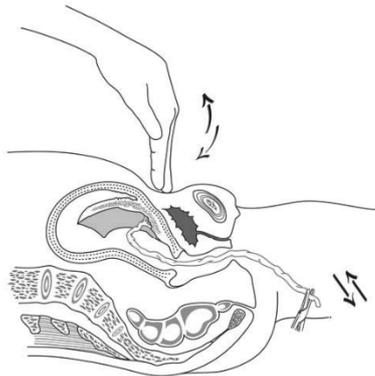
- Reprise des efforts expulsifs
- Abaisser la tête pour dégager l'épaule antérieure sous la symphyse
- Arrêt des efforts expulsifs
- Remonter tête / cou vers le haut pour dégager l'épaule postérieure
- Sortie du tronc et des membres inférieurs en positionnant vos mains sous les aisselles du nouveau-né

#### b. Délivrance



Ne pas tirer sur le cordon.

Surveillance active de la délivrance : repérer le décollement (reprise des CU, allongement du cordon, flux sanguin, vérifier le décollement placentaire : une main sus pubienne accroche le fond utérin et le déplace vers le haut)



**Placenta non décollé :**  
mouvements du cordon  
solidaires de ceux du  
fond utérin

**Placenta décollé :**  
mobilisation non  
accompagnée d'une  
mobilisation du cordon

- Administrer **SYNTOCINON 5 UI** , pur, en IVD lente dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.
  - Surveillance du saignement.
- Si > 500mL => hémorragie de la délivrance (cf.)

Après réalisation de la délivrance, vérifier l'intégrité du placenta.  
Conserver le placenta et le remettre à la sage-femme de la salle de naissance.

NB : Si délivrance réalisée avant l'arrivée du SMUR, possibilité d'administrer **SYNTOCINON 5 UI**, pur, en IVD.

#### c. Examen du périnée post-accouchement

- Vérifier l'origine d'un éventuel saignement : plaie ? déchirure ?  
Si saignement artériolaire, clamper l'artériole
- Mise en place d'une compression par pansements américains (pas de compresses stériles : risque de perte de compresses +++)
- Laisser la poche de recueil en place

#### 4. Cas particuliers

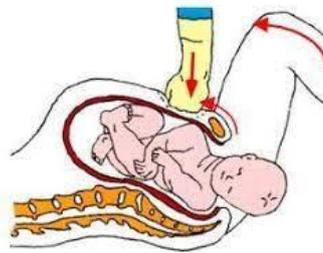


Contre-indication à un accouchement par voie basse :

- procidence du cordon
- procidence du bras (présentation transverse)
- placenta praevia

#### a. Difficultés aux épaules

- Vérifier qu'il n'y a pas de fausse dystocie : Amener le menton du bébé sous la symphyse pubienne.
- Si persistance : **Manœuvre de Mac Roberts** (décubitus dorsal, cuisses hyperfléchies sur le tronc) +/- pression sus-pubienne. (Jamais de pression au niveau du fond utérin)



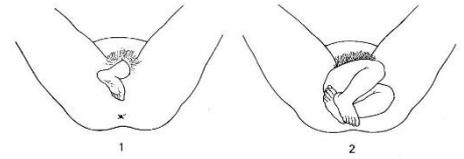
## b. Présentation en siège

### 1. Présentation en siège spontanée ou Vermelin (Prise en charge « passive »)



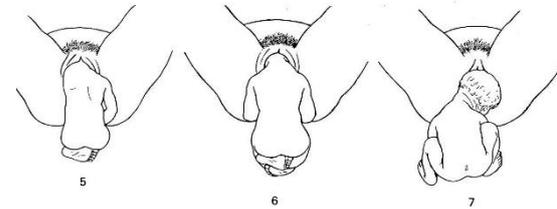
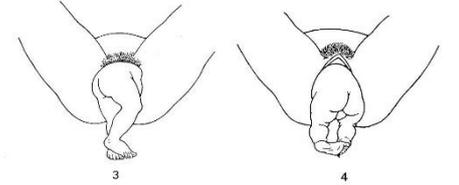
Ne pas manipuler ni tirer sur un bébé en siège

- Attendre que le siège apparaisse à la vulve pour faire débuter les efforts expulsifs
- Vérifier que le dos tourne en avant (vers la symphyse de la mère)

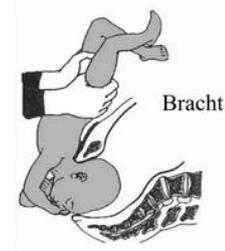


Si le dos tourne en arrière (vers le coccyx de la mère), empaumer les hanches des 2 mains avec précaution et tourner le dos en avant

- Si le dos tourne vers l'avant, ne pas toucher au bébé tant que les pointes des scapula ne sont pas visibles
- Faire une anse au cordon : tirer légèrement au niveau du cordon pour donner du mou
- Soutenir les fesses quand elles redescendent sans exercer la moindre traction
- Demander de puissants efforts expulsifs à la maman jusqu'à la naissance



- Lorsque les épaules sont sorties et que la tête ne descend pas, réaliser la **manœuvre de Bracht** pour dégager la tête.

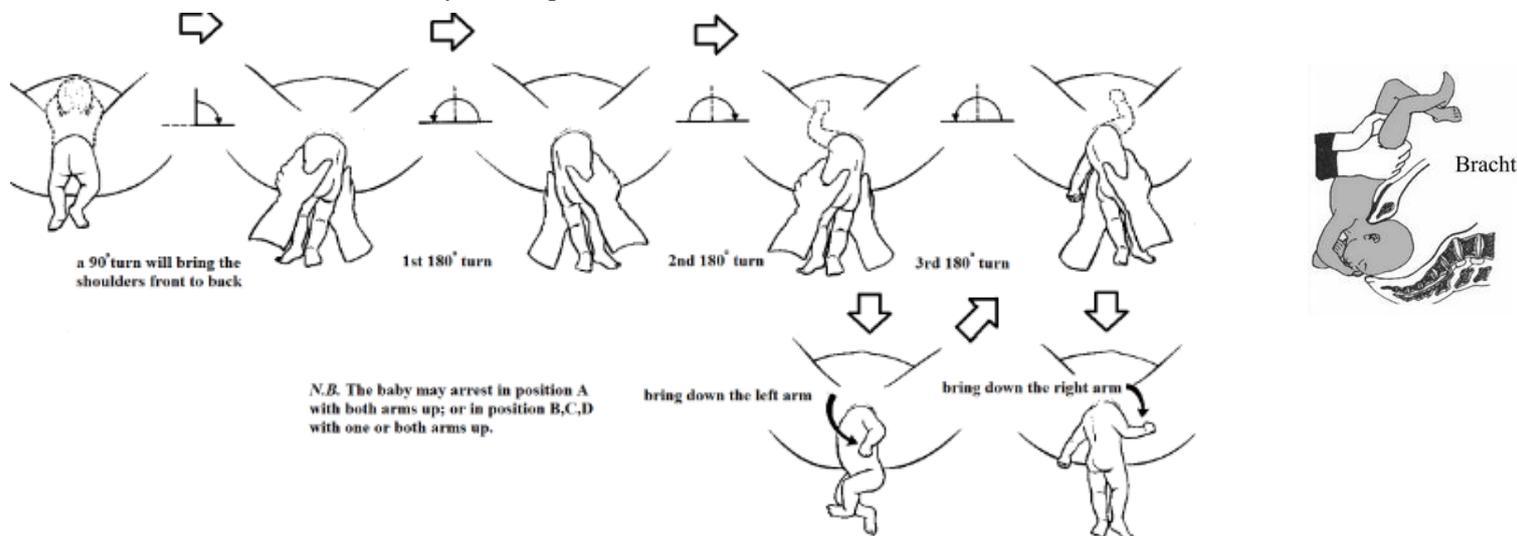


## 2. Non progression de la présentation malgré les efforts expulsifs (Prise en charge « active »)

### Manœuvre de Lovset

- Placer ses pouces sur les lombes, ses paumes sur les fesses et ses doigts sur les ailes iliaques du fœtus
- Réaliser une rotation latérale du tronc de 90° d'un côté
- Le bras antérieur est amené sous la symphyse pubienne et dégagé
- Réaliser une seconde rotation latérale de 180° dans le sens inverse
- Le bras postérieur est ainsi amené en avant et peut être dégagé

### Puis Manœuvre de Bracht systématique



## 3. Rétention de la tête dernière



**Respecter** l'axe ombilico-coccygien : risque de dystocies +++

- Administrer **NATISPRAY 0,30mg/dose, 2 bouffées** en sub-lingual, à renouveler au bout de 2 minutes si nécessaire. Maximum 4 bouffées au total.
- Administrer **EPHEDRINE 6 à 9 mg** en IVD (Seringue pré-remplie 30 mg / 10 mL)
- O<sub>2</sub> systématique pour la parturiente
- Surveillance scope et PNI toutes les 2 minutes.

### c. Procidence d'un pied

- Réaliser un TV pour vérifier si la dilatation est complète et évaluer la présentation (présentation en siège ? présentation transverse ?)

En cas de dilatation complète et présentation en siège : cf. § présentation en siège.

**En cas de présentation transverse : Ne pas faire pousser. Contre-indication à un accouchement voie basse.**

### d. Procidence du cordon

- Position Trendelenburg
- Refouler la tête et maintenir la pression jusqu'à la prise en charge hospitalière

## 5. Transport / Orientation

Orientation vers la salle de naissance dans le centre hospitalier où a été réalisé le suivi et en fonction du terme de la patiente.

# Protocole Accueil et soins du nouveau-né

Atelier « Accouchement inopiné extrahospitalier » 06/06/2025

## 1. Installation de la zone d'accueil du nouveau-né

- Chauffer la pièce du domicile, le VSAV ou l'AP
- Préparer :
  - Chronomètre
  - Électrodes pour scope et SaO<sub>2</sub>
  - Champ stérile en compresses non tissé du nouveau-né
  - Clamps de Bahr x 2
  - Compresses stériles
  - Biseptine
  - Ciseaux stériles Mayo 17cm
  - Bonnet nouveau-né
  - Sac d'isolation nouveau-né (« Steri-drape »)
  - Couverture de survie
  - Aspiration + sonde aspiration (taille CH8 pour un nouveau-né à terme ou CH6 en cas de prématurité)
  - BAVU néonatal + **O<sub>2</sub> 7L/min**

## 2. Prise en charge du nouveau-né



Déclencher le chronomètre et noter l'heure de naissance

- Clamper le cordon ombilical environ à 10cm de l'ombilic à l'aide de 2 clamps de Bahr
- Désinfecter le cordon ombilical avec de la Biseptine
- Couper le cordon entre les 2 clamps de Bahr à l'aide de la paire de ciseaux stériles
- Vérifier l'intégrité du cordon (2 artères, 1 veine)



Si aspect inhabituel du cordon, clamper avant la lésion vers le nouveau-né  
Si pas de clampage du cordon, positionner le bébé à hauteur de la maman

### a. Evaluation de l'adaptation néonatale

- Mesure systématique de la T° en axillaire
- Prendre la FC sur 6 secondes puis multiplier par 10 pour avoir FC sur 1 minute
- **SaO<sub>2</sub> au MS D**
- Pas d'aspiration systématique

Pas de dextro systématique

SaO<sub>2</sub> acceptables

**au MS D :**

- A 2min : 60%
- A 3min : 70%
- A 4min : 80%
- A 5min : 85%
- A 10min : 90%

Fréquence Cardiaque	Respiration	Tonus
FC >100/min	Normale : FR 40-60/min, Cri franc	Normal : quadriflexion, mouvements spontanés
Bradycardie : 60-100/min	anormale	Anormal
Bradycardie extrême <60/min	Absente	Absent

**Bonne transition : les 3 items sont « au vert »**  
Transition incomplète : au moins un des 3 items sont orange ou rouge *cf. protocole réanimation nouveau-né*  
Echec de transition : les 3 items sont orange ou rouge *cf. protocole réanimation nouveau-né*

- Calcul du score d'Apgar

Critères	Points		
	0	1	2
FC	Aucune	<100/min	>100/min
Respiration	Absente	Quelques mouvements spontanés	Normale
Tonus musculaire	Hypotonie globale	Flexion des membres	Mouvements actifs spontanés
Coloration	Cyanosée, grise	Cyanose des extrémités	Rose
Réactivité à la stimulation	Aucune	Grimaces	Vives (cris vigoureux)
De 8 à 10 => normal			
De 4 à 7 => manœuvres de réanimation nécessaires cf. <i>protocole réanimation nouveau-né</i>			
De 0 à 3 => état de mort apparente cf. <i>protocole réanimation nouveau-né</i>			

**b. Prévention de l'hypothermie : T° ≤ 36,5°C**

- Séchage +++ avec un linge chaud



**En cas de prématurité, ne pas sécher le nouveau-né et l'installer dans le sac d'isolation « Steri-drape »**

- Mise en place d'un bonnet et installation du nouveau-né dans le sac d'isolation « Steri-drape »
  - Installer le nouveau-né en peau à peau avec la maman (position neutre de la tête et du tronc, en décubitus latéral sur le ventre de sa mère pour libérer les voies aériennes supérieures : surveillance +++ respiration bébé)
- Installation en peau à peau à discuter en fonction du degré de prématurité et de l'adaptation néonatale

- Réchauffer la pièce et la cellule de l'ambulance à une T° de 23°C à 25°C



**T° de la pièce et de l'ambulance >25°C pour les prématurés ≤ 28SA**

- Éviter les courants d'air
- Lutte contre l'hypoglycémie (cf. § prévention de l'hypoglycémie)

**c. Prévention de l'hypoglycémie**

- Mise au sein pour tétée d'accueil si souhait de la patiente à débiter dès la naissance et dans la première heure qui suit la naissance
- Lutte contre l'hypothermie (cf. § prévention de l'hypothermie)

### 3. Cas particulier

#### a. Hypoglycémie



HGT à réaliser sur la partie latérale du talon

HGT à réaliser :

- immédiatement si symptomatique
- à H1 si pas de tétée satisfaisante
- à H2 de la naissance systématiquement

Objectifs HGT entre H0 et H4 de vie :

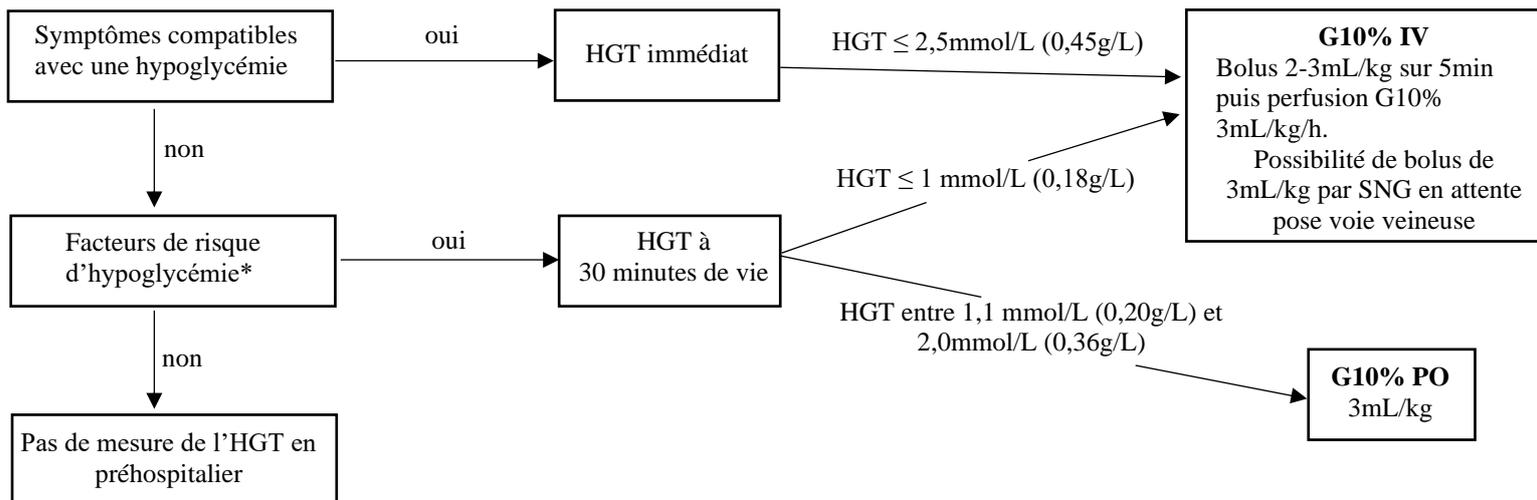
- > 2 mmol/l si asymptomatique
- > 2.6 mmol/l si symptomatique

HGT de contrôle 30 minutes après administration de G10%

**Contre-indication du G30%** chez le nouveau-né

\*Facteurs de risque d'hypoglycémie : terme <37SA, poids à terme <3kgs ou >4kgs, T° ≤36°C, infection néonatale, diabète maternel, prise de b-bloquants maternels

Symptômes compatibles avec une hypoglycémie : trémulations, léthargie, irritabilité, hypothermie, apnées, détresse respiratoire, bradycardie, convulsions, coma



#### b. Liquide méconial

Prise en charge guidée par la FC, la respiration et le tonus comme lorsque le liquide amniotique est clair.



Aspiration sous laryngoscopie non recommandée à titre systématique.

### 4. Transport / Orientation

Orientation vers la maternité de suivi sauf pathologie nécessitant une prise en charge en néonatalogie

### 5. Administratif

Rédaction du certificat de naissance par le médecin ayant constaté ou assisté à la naissance de l'enfant.

Si l'accouchement et la section du cordon ombilical ont été réalisés par un autre intervenant en l'absence du médecin de l'équipe SMUR, le certificat de naissance est à réaliser sur papier libre par la personne qui a assisté à la naissance.