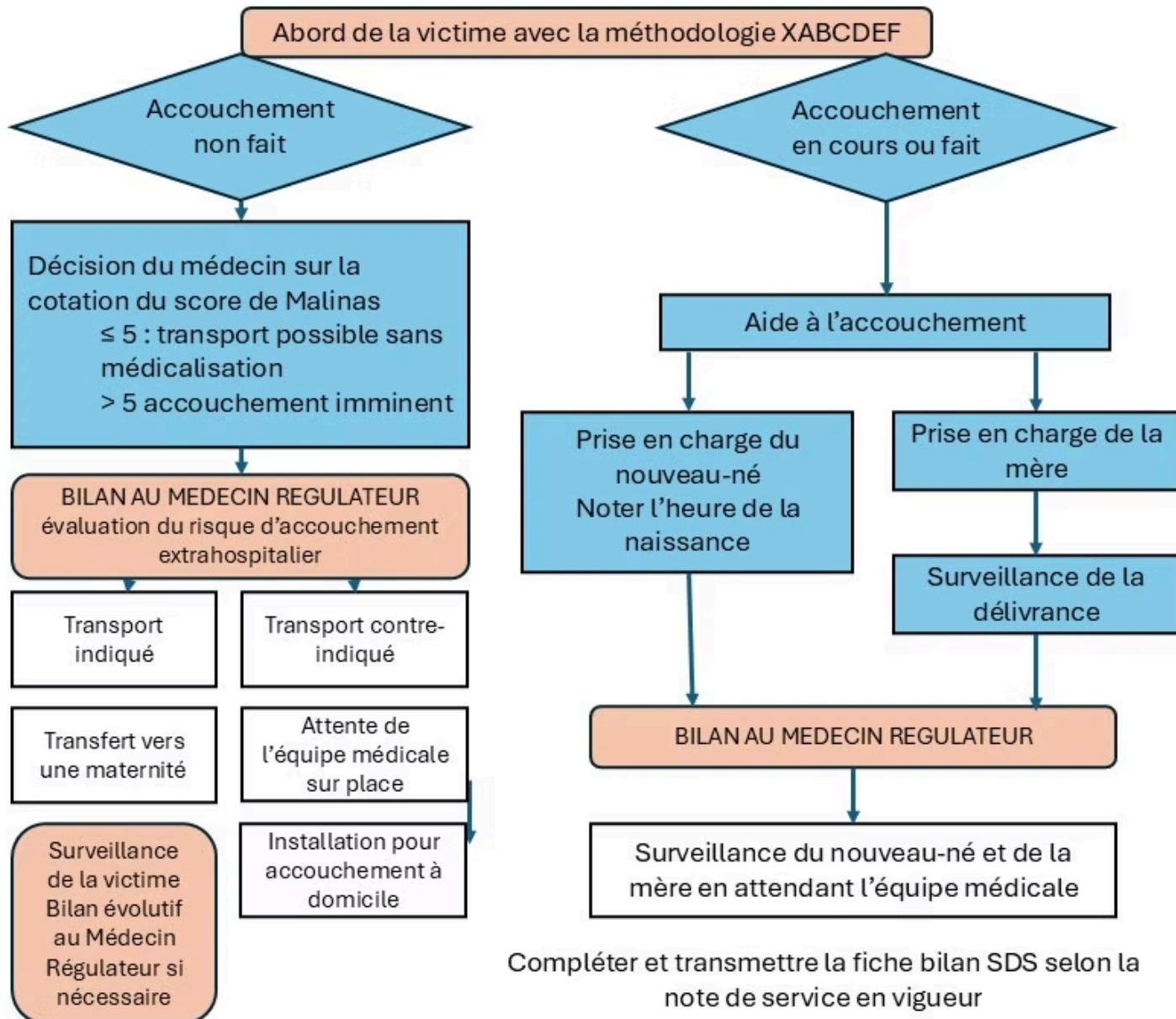


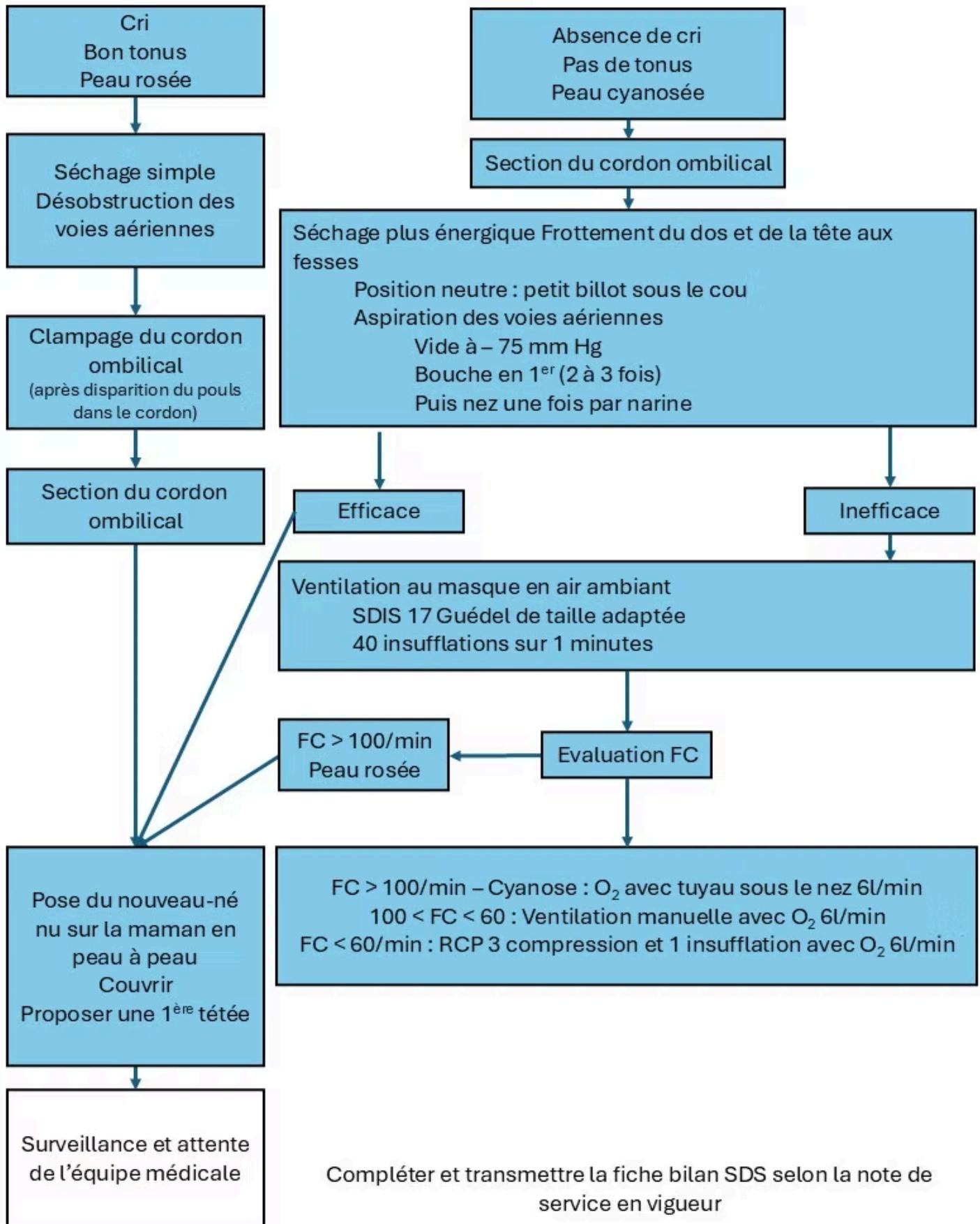
# Accouchement

PISU n°16 - Mise à jour n° 20240105

## Prise en charge de la parturiante Position adaptée Couvrir



## Prise en charge du nouveau-né



### Descriptif de la situation

Lors du déclenchement des secours pour un accouchement inopiné trois situations peuvent avoir lieu lors de l'arrivée des équipes de secours :

- soit l'accouchement n'a pas encore eu lieu
- soit il est en train de se réaliser

- soit il s'est déjà produit

La conduite à tenir est donc en fonction de la situation.

Un accouchement extrahospitalier est toujours une situation à haut risque de complications tant pour la mère que pour le(s) nouveau(x)-né(s)

La décision de transport de la parturiente dès que possible vers une maternité doit être établie par la régulation médicale à partir de critères objectifs obtenus à l'interrogatoire.

Il faut distinguer les actions en fonction du terme de la grossesse. Une grossesse à terme dure 41 Semaines d'Aménorrhée (SA). Il y a prématurité en dessous de 37 SA et post-maturité au-delà de 41 SA et 6 jours.

Si l'accouchement a eu lieu jusqu'à 32 SA minimum, il convient de

- retarder le clampage du cordon ombilical d'au moins 60 secondes tant que les premiers gestes de maintien de la température et de réanimation peuvent être réalisés en sécurité cordon intact.
- désobstruer les voies aériennes respiratoires du nouveau-né,
- réchauffer le nouveau-né en le séchant avec un linge sec,
- mettre un bonnet sur sa tête pour éviter les pertes de chaleur par les fontanelles,
- placer le nouveau-né nu sur le ventre nu de sa mère afin qu'elle le réchauffe par conduction (peau à peau) et couvrir l'ensemble mère enfant avec une couverture de survie. Si elle le veut, proposer une première tétée (celle-ci favorise les lochies et permet l'administration du colostrum particulièrement utile au nouveau-né prématuré),
- clamer le cordon avec un double clamp de Barr à la distance d'une largeur de main du ventre du nouveau-né, le couper entre les deux clamps en utilisant le kit des VSAV,
- Attention en cas de prématuré (< 32SA) mettre le nouveau-né dans un sac type sac de congélation en ne laissant sortir que la tête. Cela évite le risque d'hypothermie et permet de garder une certaine hygrométrie.
- attendre les secours médicaux.

## Risques encourus

Hémorragie grave de la mère

Détresse respiratoire et hypothermie du nouveau-né.

## Conduite à tenir par l'infirmier

L'infirmier doit dans un premier temps :

- faire le point avec le chef d'agress sur le bilan effectué et la demande éventuelle de renfort,
- en fonction de la situation :

Si l'accouchement n'a pas eu lieu, l'infirmier doit rechercher les éléments qui permettent au médecin régulateur de répondre à la question : la parturiente est-elle vraiment en travail ?

Pour cela l'infirmier recherche les éléments du score de Malinas pour les transmettre au médecin régulateur :

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3 H	3 à 5 H	> 5 H
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle des contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 5 min
Perte des eaux	non	récente	> 1 H

Pour mesurer la durée des contractions utérines et leur fréquence, il faut mettre la main sur le ventre de la parturiente.

- Si le score inférieur ou égal à 5 : la patiente peut être transportée sans médicalisation vers la maternité la plus proche,
- Si le score est supérieur à 5 : l'accouchement est imminent (moins d'une heure), d'autant plus que le score se rapproche de 10 et que la parturiente a envie de pousser.

Cela ne doit pas faire oublier l'abord de la victime par la méthode ABCDEF à savoir :

Rechercher les antécédents personnels facteurs de complications potentielles:

- pathologies obstétricales : dont les grossesses et les accouchements antérieurs difficiles, grossesse médicalement assistée, notion de positionnement du placenta aux échos antérieures, notion d'hématome rétro-placentaire, développement intra-utérin, bassin étroit ...
- pathologies associées : HTA - diabète - pathologie chronique ...

Si le transport est possible après avis de la régulation médicale, l'infirmier accompagne la parturiente vers une maternité en effectuant les soins nécessaires et en privilégiant le décubitus latéral gauche pour éviter la compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide.

Si l'accouchement a eu lieu, l'infirmier prend en charge 2 victimes le nouveau-né et sa mère :

- Premièrement, il réalise un complément de bilan du nouveau-né en suivant un algorithme simple mais fondamental à partir de TROIS questions :
- le nouveau-né respire-t-il ? Vérifier la désobstruction des voies aériennes respiratoires, et compter la fréquence respiratoire,
- s'il respire, quelle est la fréquence cardiaque ?
- s'il respire et que son cœur bat à plus de 100 /min, quelle est la couleur de sa peau et son tonus?

Ensuite, il prévoit les complications possibles que sont l'hypothermie, l'hypoglycémie (particulièrement chez une mère diabétique traitée) et l'infection à partir du cordon ombilical.

- Deuxièmement, il réalise un bilan de surveillance de la mère à partir des constantes habituelles (fréquences respiratoire et cardiaque, tension artérielle, SpO2 voire glycémie capillaire) et prévoit et surveille la délivrance (l'expulsion du placenta et des annexes).

## Soins infirmiers

Lors de la prise en charge l'infirmier s'efforce de :

- 1 - Si l'accouchement n'a pas eu lieu faire les gestes sur la parturiente:

- Après évaluation avec la régulation médicale de l'imminence de l'accouchement, proposer au médecin régulateur de poser une voie veineuse avec un soluté de Chlorure de Sodium à 0.9%.

- 2 - Si l'accouchement est en cours

- laisser faire, aider la mère, ne jamais tirer sur l'enfant mais être prêt pour sa réception,
- préparer une poche pour récupérer le placenta et les annexes.
- prendre en charge le nouveau-né dès sa naissance
- apprécier la coloration du liquide amniotique

- 3 - Si l'accouchement est fait :

1-Prendre en charge d'abord le nouveau-né et au moindre doute sur une détresse, (critère de détresse : absence de tonus, absence de cri et/ou cyanose) passer à la séquence 1 :

- si possible avant de couper le cordon ombilical, réaliser les premiers gestes simples
  - séchage du corps du nouveau-né
  - aspiration des voies aériennes supérieures
- puis clamer le cordon ombilical avec un double clamp de Barr à la distance d'une largeur de main du ventre du nouveau-né, et couper entre les deux clamps en utilisant le kit des VSAV et/ou des VSS.

2-En cas d'absence d'efficacité des gestes de base passer à la séquence 2 :

- aspiration des voies aériennes supérieures, et recherche de signes de respiration. S'il n'y a pas de mouvements respiratoires ou seulement des gaps, exercer 5 insufflations (en air ambiant\*) douces et prolongées de 3 secondes chacune, puis 30 insufflations sur 1 minute.

*\*Pourquoi utiliser l'air ambiant et non de l'oxygène : si trop d'O2 il y a un risque de rétinopathie irréversible surtout chez le prématuré avec cécité définitive.*

3-En cas d'absence d'efficacité des ventilations artificielles passer à la séquence 3 :

- recherche de signe de ventilation spontanée et mesure de la fréquence cardiaque.
  - Si elle est < 60/min faire une réanimation cardio-pulmonaire avec un rythme de 3 compressions thoraciques pour une insufflation O2 6 l/min.
  - Si elle est entre 60 et 100/min poursuivre la ventilation artificielle.
  - Si elle est > 100/min il ne faut administrer de l'O2 que si la peau est cyanosée et jusqu'à ce qu'elle devienne rose définitivement en plaçant l'orifice du tuyau (sans masque) raccordé à la bouteille d'oxygène devant les narines du nouveau-né (6l/min).

Réaliser une protection thermique du nouveau-né, une fois sa peau séchée avec un linge propre, en le plaçant nu (avec bonnet en jersey) sur le ventre nu de sa mère (peau à peau) et en les recouvrant d'une couverture de survie.

En cas de prématuré (< 32 SA), placer le nouveau-né sans le sécher (pour garder une certaine hygrométrie) dans un sac type congélation en ne laissant sortir que la tête coiffée avant de le mettre sur le ventre nu de sa mère.

Prendre en charge la mère si cela n'a pas pu être fait avant, en privilégiant la surveillance cardiovasculaire et la recherche d'hémorragie.

En ce qui concerne la délivrance :

Laisser faire les lochies (contractions utérines post-partum) sans tirer sur le cordon. Pour contrôler si le décollement placentaire est en cours, il suffit d'appuyer juste au dessus du pubis en observant le cordon. Si celui-ci remonte c'est que le placenta est encore bien accroché au fond utérin, sinon c'est qu'il commence à se décrocher.

En cas d'expulsion du placenta, il faut impérativement le garder dans un sac dédié.

© 2023 par Médecin Colonel Fabrice Couraud. Crée avec [Wix.com](#)

## Surveillance

L'infirmier surveille la mère et le nouveau-né attentivement jusqu'à prise du relais par un médecin urgentiste.

Toute modification de leur état est transmise au SAMU Centre 15.

Les éléments recueillis sont portés sur la fiche d'intervention 3SM.

## Bibliographie



Mise à jour du 05/01/2024 et validé par :  
Dr Audfray ; Dr Bolut ; Dr Coillot ; Dr Couraud ; Dr Poumailloux ;