

# Accouchement inopiné

## Définition

L'accouchement inopiné est l'acte de mettre au monde un nouveau-né hors d'une maternité. Il peut survenir avant l'arrivée des secours ou en leur présence.

Normalement, l'accouchement survient lors du 9<sup>ème</sup> mois de grossesse, soit entre 37 et 41 semaines révolues d'aménorrhée (absence de règles). Avant 37 semaines d'aménorrhée, on parle d'accouchement prématuré.

On appelle parturiente une femme enceinte lorsque le travail a commencé.

L'accouchement se déroule en trois étapes :

- Le travail  
À la fin de la grossesse, l'utérus commence à se contracter, de plus en plus régulièrement et de plus en plus fort. La partie basse de l'utérus commence à s'ouvrir pour pouvoir laisser passer l'enfant. L'ouverture se traduit par la sortie de glaires sanguinolentes puis d'un liquide clair, c'est la rupture de la poche des eaux. Elle correspond à la perte du liquide dans lequel baigne le fœtus. Le liquide qui s'écoule est normalement clair.  
Le travail peut durer de plusieurs minutes à plusieurs heures suivant la personne. Il est habituellement plus rapide chez une femme qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.
- L'expulsion  
L'orifice (col) de l'utérus s'ouvre de plus en plus sous l'effet des contractions. Le fœtus descend vers le vagin, en général la tête la première. Le nouveau-né apparaît alors et progressivement va sortir du corps de la mère. Une fois expulsé, le nouveau-né est toujours relié à la mère par le cordon ombilical. Le nouveau-né peut alors, après section du cordon ombilical, être pris en charge. L'expulsion peut durer plusieurs minutes.  
L'enfant se présente normalement la tête en avant (présentation céphalique). Cependant, d'autres présentations sont possibles (présentation par le siège ou l'épaule) et sont sources de complications parfois très graves (ralentissement de l'accouchement, impossibilité d'accoucher, procidence du cordon ombilical).
- La délivrance  
Il s'agit de la sortie hors de l'utérus du placenta et du reste du cordon ombilical. Généralement, elle survient vingt à trente minutes après la sortie du nouveau-né.

## Causes

Les causes d'accouchement inopiné sont multiples, allant de la grossesse mal ou non suivie, à la multiparité.

## Risques & Conséquences

L'accouchement se déroule normalement sans complications, mais il peut parfois entraîner des complications mettant en jeu la vie du fœtus ou de la mère.

## Signes

**Des contractions régulières en fréquence et en intensité peuvent être le signe d'un début de travail.**

Elles sont **en général** douloureuses, mais sont aussi perceptibles en posant doucement la main sur le ventre de la mère. Durant la contraction, celui-ci devient très dur puis se relâche. Peu intenses et espacées au début, elles vont devenir de plus en plus fréquentes, rapprochées et douloureuses.

La rupture de la poche des eaux survient secondairement. Le liquide qui s'écoule est normalement clair. Cette rupture peut survenir alors que la mère ne présente aucune contraction utérine. La rupture de la poche des eaux et l'envie irrésistible que la mère ressent de pousser traduisent généralement un accouchement imminent et le début de la phase d'expulsion. Il en est de même si la tête du nouveau-né apparaît à la vulve.

**Après l'expulsion**, la mère ressent de nouvelles contractions et l'envie de pousser. Ces contractions se traduisent par une expulsion du placenta et de ses annexes. C'est la délivrance.

## Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre :

- de réaliser un bilan, complété par des éléments spécifiques de l'accouchement, pour permettre au médecin d'évaluer l'imminence de l'accouchement et les risques de ce dernier ;
- d'assister la future maman pendant l'accouchement lorsqu'il n'est plus possible de la transporter à l'hôpital ;
- d'assurer une prise en charge et une surveillance attentive de la mère ;
- de prendre en charge un nouveau-né à la naissance.

# Accouchement inopiné

## L'accouchement n'a pas encore eu lieu

- installer la femme enceinte sur le côté ;  
L'installation sur le dos est à proscrire.
- réaliser un bilan de la femme enceinte ;  
Au cours du 4ème regard, il convient à l'interrogatoire de la femme enceinte, de son entourage ou en consultant le carnet de maternité, de recueillir les éléments spécifiques suivants :
  - le suivi ou non de la grossesse,
  - le nombre d'accouchements déjà réalisé et leur déroulement,
  - la date et le lieu prévus de l'accouchement,
  - s'il s'agit d'une grossesse simple ou multiple et son déroulement,
  - le type d'accouchement prévu (voie basse ou césarienne) et la nature de la présentation (tête, siège, épaule),
  - l'heure du début des contractions (douleurs régulières), la durée des contractions et l'intervalle entre deux contractions,
  - si la parturiente a perdu les eaux : l'heure de cette perte et la couleur du liquide (transparent, trouble, sanglant),
  - demander un avis médical en transmettant le bilan.

**Si le transport de la femme enceinte peut être réalisé, après avis médical, il convient de :**

- relever et installer la victime sur un brancard, allongée sur le côté et ceinturée ;
- transporter la victime en milieu hospitalier ;
- surveiller la victime durant le transport.

**Si le transport de la femme enceinte ne peut pas être réalisé, après avis médical, l'accouchement doit être réalisé sur place. Il convient alors de :**

- préparer le matériel nécessaire à l'accouchement et à l'accueil du nouveau-né :
  - serviettes de bain propres et sèches,
  - récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta.
- avoir à portée de main le matériel nécessaire à une éventuelle réanimation du nouveau-né :
  - bouteille d'oxygène, insufflateur manuel pédiatrique,
  - aspirateur de mucosités avec une sonde adaptée au nouveau-né,
  - oxymètre de pouls.
- mettre des gants à usage unique et se protéger contre le risque de projection de liquides (masque, lunettes de protection) ;
- installer la parturiente dans la position qui lui convient le mieux (demi-assise, sur le côté, bord du lit, etc.) ;
- réaliser l'accouchement. Pour cela :
  - demander à la parturiente d'attraper ses cuisses avec ses mains et d'hyper-fléchir ses cuisses sur l'abdomen lorsqu'elle ressent un besoin irrésistible de pousser ou si le haut du crâne du nouveau-né commence à apparaître à la vulve,
  - lui demander de pousser vers le bas en retenant sa respiration dès qu'elle ressent la contraction et, si possible, jusqu'au maximum de la contraction,
  - faire reposer les jambes à la fin de la contraction utérine,

- recommencer la même manœuvre jusqu'à l'apparition de la moitié de la tête du **nouveau-né**.
- Dès lors que la moitié de la tête du **nouveau-né** est apparu, cesser alors de faire pousser la **parturiente**, laisser se terminer l'expulsion naturellement tout en ralentissant la sortie de la tête en la maintenant d'une main afin d'éviter les déchirures du périnée.
- accompagner progressivement la sortie spontanée du **nouveau-né**. Pour cela :
  - maintenir la tête du **nouveau-né** avec les deux mains sans s'opposer à sa rotation au cours de sa descente (généralement la tête regarde vers le bas puis effectue une rotation d'un quart de tour sur la droite ou la gauche au cours de sa sortie),
  - une fois la tête totalement sortie, vérifier la présence ou non d'un cercle du cordon autour du cou du nouveau-né,
  - En présence d'un cercle du cordon, procéder à son dégagement.
  - Bien maintenir l'enfant après avoir procédé au dégagement du cordon, car le plus souvent la sortie du nouveau-né est très rapide,
  - soutenir le corps du nouveau-né avec les mains placées sous lui au cours de sa sortie,
  - Le nouveau-né, recouvert de liquide amniotique et du sang de la mère, est particulièrement glissant et doit être maintenu fermement. Ne jamais tirer sur l'enfant.
- noter l'heure de naissance ;
- assurer la prise en charge du nouveau-né ;
- surveiller la mère jusqu'à la délivrance.

## L'accouchement est déjà réalisé

- réaliser simultanément un bilan complet de la mère et du nouveau-né ;
- demander un avis médical en transmettant les deux bilans et appliquer les consignes reçues ;
- prendre en charge le nouveau-né.

En l'absence d'équipe médicale, surveiller la mère et l'assister pendant la délivrance.

## La délivrance

La délivrance se fait chez une femme après l'accouchement et le plus souvent en présence d'une équipe médicale. Toutefois, en son absence, il faut réaliser les actions suivantes :

- laisser sortir le placenta sans tirer dessus ni sur le cordon ombilical ;
- recueillir le placenta, dans une cuvette ou un sac plastique, une fois expulsé ;
- L'acheminer avec la mère à l'hôpital pour vérifier son intégrité.
- s'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée ;  
 Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-ci, appliquer la conduite à tenir adaptée.
- placer un pansement absorbant ;
- surveiller la mère.

## Prise en charge du nouveau-né à la naissance

- poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée ;
- mettre une paire de gants à usage unique propre ;
- examiner le nouveau-né en appréciant :
  - son cri ou sa respiration,
  - son tonus (mouvements spontanés des membres).

NB : L'existence d'une pâleur doit alerter les secouristes et être indiquée lors de la transmission du bilan.

### Le nouveau-né est en bonne santé

Le nouveau-né en bonne santé présente une respiration et un cri vigoureux ; un tonus vif.

- clamber le cordon au minimum après 1 minute de vie ;  
Une fois clambé, il est possible ensuite de couper le cordon.
- protéger le nouveau-né contre le froid. Pour cela :
  - sécher par tamponnement la peau et la tête du bébé, à l'aide d'une serviette propre, sèche et tiède,
  - protéger le nouveau-né des courants d'air et du froid en l'enveloppant.  
Envelopper la tête et le corps du nouveau-né, à l'exception de la face, dans des serviettes ou des vêtements secs et chauds ou le glisser dans un sac en polyéthylène.  
Si possible, couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet.
- couvrir la mère ;
- surveiller le nouveau-né.

Lors de son transport, le nouveau-né doit être placé dans un système fermé et fixé (incubateur, lit-auto).

### Le nouveau-né n'est pas en bonne santé

Le nouveau-né n'est pas en bonne santé lorsqu'il :

- ne respire pas ;
- ou ne présente pas de cri ;
- ou ne présente pas une respiration normale ;
- ou est hypotonique.

Dans ce cas, il convient de demander en urgence un avis médical tout en débutant les manœuvres de réanimation pour permettre au nouveau-né de respirer :

- clamber le cordon dès que possible ;  
Une fois clambé, il est possible ensuite de couper le cordon.
- placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid), après avoir clambé le cordon ombilical ;
- libérer ses voies aériennes en plaçant sa tête en position neutre et si nécessaire en aspirant prudemment sa bouche puis ses narines ;
- si son état est inchangé, réaliser 40 insufflations à l'air en 1 minute ;  
Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations, vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.
- si vous êtes doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque pour le nouveau-né, le mettre en fonction (SpO<sub>2</sub>, monitoring).

## L'état du nouveau-né reste inchangé

- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec apport complémentaire d'oxygène et sans pose de défibrillateur ;  
Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minute pour 1 insufflation.
- réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes et adapter la conduite à tenir.

## L'état du nouveau-né s'améliore

- si l'état du nouveau-né s'améliore (l'enfant crie, respire et s'agite), assurer une surveillance étroite de sa respiration.  
En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire.

## Conduite à tenir en fonction de la fréquence cardiaque

- si vous pouvez mesurer sa fréquence cardiaque, suivre la procédure suivante :

<i>Fréquence Cardiaque</i>	<i>Procédure</i>
<b>&lt; 60 battements par minute</b>	Réaliser une RCP avec un apport complémentaire d'oxygène et sans pose du DAE. Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minute pour 1 insufflation.
<b>entre 60 et 100 battements par minute</b>	Réaliser des insufflations à l'air, sans compressions thoraciques, Réévaluer la fréquence cardiaque toutes les minutes pour adapter la conduite à tenir.
<b>&gt; 100 battements par minute</b>	Surveiller étroitement le nouveau-né

# Soin au cordon ombilical

## Indication

Le clamage et la section du cordon ombilical doivent être réalisés :

- après la naissance, après la 1<sup>ère</sup> minute de vie ;
- parfois pendant l'accouchement, en cas de circulaire serré du cordon (cordon entourant le cou du bébé).

## Justification

Le clamage du cordon ombilical facilite le déclenchement des mécanismes d'adaptation (circulation et respiration) du nouveau-né qui lui permettent de passer de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine.

La section du cordon facilite la prise en charge du nouveau-né et de sa mère : réanimation éventuelle du nouveau-né, soins à la mère et prévention de l'hypothermie.

En présence d'une circulaire du cordon, la section du cordon permet l'expulsion du nouveau-né.

## Matériel

La section du cordon nécessite :

- des compresses stériles ;
- deux clamps de Barr ;
- une paire de ciseaux stériles.

## Réalisation

Il s'agit de clamer le cordon en deux points du cordon ombilical et de sectionner celui-ci entre les deux clamps :

- changer les gants utilisés lors de l'accouchement et s'équiper de gants et de lunette (ou visière oculaire) de protection ;
- essuyer le cordon, avec une compresse, sur la zone prévue de positionnement des clamps ;
- poser le premier clamp à environ 10 à 15 cm de l'ombilic et le verrouiller ;
- pincer le cordon avec une compresse stérile pour le vider de son sang, en partant du premier clamp sur environ 3 à 5 cm. Cela évitera les projections de sang au moment de la section du cordon ;
- placer le second clamp sur le cordon toujours pincé et le verrouiller ;
- couper le cordon entre les clamps ;
- recouvrir le cordon et le clamp relié au nouveau-né d'une compresse stérile.

## Cas particuliers

- **circulaire du cordon impossible à libérer :**

Les 2 clamps sont positionnés plus près l'un de l'autre en s'adaptant à la situation et la section se fait prudemment, les doigts du secouriste étant en protection entre le cordon et le nouveau-né afin de ne pas le blesser.

- **nouveau-né en détresse :**

L'urgence à réanimer le nouveau-né impose une rapidité d'action et permet de s'affranchir de l'étape