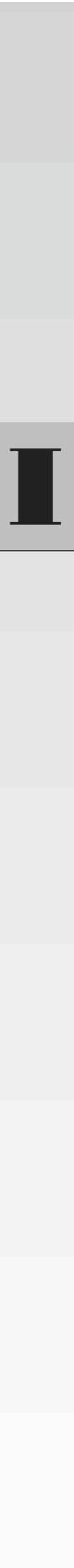


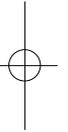
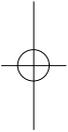
# ***Enseignement supérieur Infirmiers***





# Pédiatrie

**Coordinateur :**  
C. BUFFET (Draguignan)



## Prise en charge de la naissance hors maternité

J. DURRMEYER, I. SIEJAK

### Introduction

De nos jours, les accouchements en dehors des maternités représentent 3 000 naissances par an, soit 0,5 % des naissances (1).

En reprenant les cas des deux années 2002 et 2003, nous avons constaté que sur l'ensemble des interventions, les accouchements inopinés extrahospitaliers représentaient 2,3 % des interventions du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique de l'hôpital Robert Debré.

La difficulté de la prise en charge vient du fait qu'elle est conjointe à la mère et l'enfant et que le lieu de l'intervention est rarement propice à une naissance.

### 1. Définitions

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et des annexes. Dans 95 % des cas, il est eutocique, cela signifie qu'il aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à la naissance de l'enfant par voie basse (2).

On parle d'accouchement inopiné hors maternité lorsque la patiente présente un travail rapide et peu douloureux, négligeant de se rendre à temps à la maternité.

### 2. Prise en charge maternelle

L'attitude dans la prise en charge est fonction de l'avancée du travail. Plusieurs situations sont à mettre en évidence.

## URGENCES 2005

**2.1. La naissance n'a pas eu lieu**

La première chose à faire est d'évaluer la nécessité de pratiquer l'accouchement sur place.

Pour cela, certaines données regroupées dans le score de Malinas (tableau 1) sont essentielles.

**Tableau 1 – Score de Malinas**

Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3 heures	3 à 5 heures	> 5 heures
Durée des contractions	< 1 minute	1 minute	> 1 minute
Intervalle entre les contractions	> 5 minutes	3 à 5 minutes	< 5 minutes
Perte des eaux	Non	Récente	> 1 heure

En additionnant les différents items, un total inférieur à 5 laisse envisager la possibilité de transporter la patiente en décubitus latéral gauche jusqu'à la maternité la plus proche sans qu'une médicalisation soit nécessaire. Un total supérieur à 5 indique un accouchement imminent (moins d'une heure) d'autant plus que le score se rapproche de 10 et qu'il s'y associe une envie de pousser.

L'aspect du liquide est également important. Un liquide teinté (ou « méconial ») est le signe d'une souffrance fœtale. Une odeur nauséabonde est en faveur d'une infection maternofoetale.

L'équipe interroge aussi la patiente sur les mouvements du bébé ce jour, le terme, la position du bébé à la dernière visite, le déroulement et le suivi de la grossesse, les antécédents médicaux, les sérologies de la patiente et les échographies.

L'appréciation clinique est difficile du fait des conditions d'intervention, de la panique qui règne sur les lieux. Le médecin s'aide du score de Bishop (tableau 2) pour évaluer la possibilité d'un transfert *in utero*.

**Tableau 2 – Évaluation de la maturation du col utérin selon le score de Bishop (1964)**

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	Fermé	1-2 cm	3-4 cm	5 cm
Effacement du col utérin	0-30 %	40-50 %	60-70 %	80 %
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épinés sciatiques	Mobile (3 cm au-dessus)	Amorcée (2 cm au-dessus)	fixée (1 cm au-dessus)	Engagée (1-2 cm au-dessous)

Valeurs du score : de 0 à 13 ; score 9 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares)

## 2.2. La naissance est imminente

Si la patiente n'est pas transférable, il faut l'installer le plus correctement possible afin de faciliter le travail de l'équipe et optimiser au maximum les contractions. Le temps de l'expulsion sera ainsi diminué.

### *L'installation de la mère et le rôle infirmier*

À l'arrivée, le plus souvent la patiente est en train de pousser. Elle s'agite, elle est inquiète. Dans un premier temps, le médecin et l'infirmier rassurent la patiente, se lavent les mains et l'installent.

Pour ce faire, la patiente est positionnée en travers du lit, les fesses au bord du lit et les genoux fléchis talons près des fesses. Une toile cirée et un drap sont glissés sous elle. Il est conseillé à la femme de saisir ses cuisses sous les genoux à pleines mains. Un oreiller placé sous son siège permet une meilleure installation. Un champ est également mis à côté pour disposer d'un plan de travail propre (prévoir un autre champ à proximité pour recevoir l'enfant).

Dans un deuxième temps, l'équipe se relave les mains, met une charlotte, une casaque et des gants (le masque n'est pas obligatoire sauf si l'enfant doit être intubé).

La patiente est monitorée. On applique un brassard à tension et on surveille ses constantes vitales (cœur, saturation, respiration et température). Toute hyperthermie est le signe d'une infection et change la prise en charge de l'enfant.

Une voie veineuse périphérique est posée à la patiente pour l'administration d'un soluté de remplissage et de médicaments si besoin. La vulve et le périnée sont désinfectés. Un sondage vésical évacuateur est effectué. Si, au moment de l'interrogatoire, il apparaît que la poche des eaux n'est pas rompue, il faut alors la rompre artificiellement à l'aide des griffes d'une pince de Kocher démontée.

### *La naissance*

L'accouchement en présentation céphalique représente 95 % des naissances. Dans un premier temps, il faut garder son calme et respecter quelques règles.

La parturiente est incitée à pousser sans s'épuiser au moment des contractions. Pour être efficace, il y a quatre temps à respecter : inspirer et gonfler les poumons, bloquer sa respiration, pousser 10 à 15 secondes et souffler deux à trois fois pendant la contraction. La patiente doit dans la mesure du possible se détendre entre chaque contraction.

Parfois, la position d'attente allongée sur le dos provoque une perte de connaissance de la maman, due à la compression de la veine cave. Pour faire revenir la parturiente à elle, il suffit de l'allonger sur son côté gauche pour libérer la veine cave.

La personne qui pratique l'accouchement se place à la droite de la patiente si elle est droitrière. Elle suit les contractions et accompagne la sortie de la tête de l'enfant. Elle la retient afin d'éviter tout déchirement du périnée. Si ce dernier paraît trop tonique, le médecin pratique une épisiotomie à l'aide de ciseaux préalablement stérilisés. Si le

**URGENCES 2005**

cordons ombilicaux est enroulé de façon lâche autour du cou de l'enfant, il le dégage en le passant au-dessus de la tête du bébé. Si le cordon est serré, il pose deux clamps de Barr et sectionne entre les deux clamps de Barr. Au moment de l'expulsion, il aide le dos de l'enfant à tourner pour dégager l'épaule antérieure puis la postérieure. À la naissance, le bébé est enduit de vernix, ce qui le rend très glissant lors des manipulations.

Une fois l'accouchement terminé, la patiente est toujours surveillée : pouls, TA, tonicité utérine. Une phase de repos physiologique de 10 à 30 minutes apparaît. Puis les contractions reprennent, assurant le décollement du placenta : on parle alors de délivrance.

Après cette phase, l'utérus se contracte assurant l'hémostase, et l'hémorragie « physiologique » s'arrête (inférieure à 500 ml). Il faut alors mettre en place une perfusion d'oxytocine (Syntocynon®) : 10 unités dans 500 ml de sérum glucosé à 5 %, 40 gouttes/min. Ce produit diminue le risque hémorragique lié à la délivrance et ne s'injecte que sur un utérus vide. Une fois le placenta expulsé, il suffit de le récupérer, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet et le transférer avec la patiente dans une poche plastique.

Si la délivrance ne se fait pas en 30 à 45 minutes, on envisage un transfert rapide de la patiente, car une délivrance artificielle et une révision utérine ne peuvent se faire que sous anesthésie en présence d'un gynécologue.

Le risque majeur au moment de la délivrance est l'hémorragie. Si cela se produit, il faut prévoir avec le régulateur un transfert rapide de la patiente si un SMUR adulte n'est pas présent. La patiente est allongée tout en lui maintenant la tête basse (pour maintenir au mieux l'irrigation du cerveau). Le débit du remplissage puis celui de l'oxytocine est augmenté, et un massage de l'utérus en appliquant la paume de la main sur la paroi abdominale est pratiqué. L'utérus se durcit pendant le massage. Dans un premier temps, cela ralentit l'hémorragie et finit par la stopper.

Au cas où une épisiotomie aurait été nécessaire, la plaie n'est pas recousue sur place. Elle est simplement protégée avec un pansement américain.

**2.3. La naissance a eu lieu**

L'état de conscience de la patiente est évalué. Un interrogatoire rapide est alors indispensable. Il comprend : l'heure exacte de la naissance, la qualité du liquide amniotique (couleur : liquide clair, sanglant, vert), une éventuelle procidence du cordon ou d'un membre. La patiente est perfusée et monitorée. On vérifie si la délivrance a eu lieu ou non.

**3. Prise en charge du nouveau-né**

Au cours des années 2002-2003, l'équipe du SMUR pédiatrique de l'hôpital Robert Debré à Paris a été appelée 53 fois pour des accouchements inopinés en dehors d'une maternité. Sur ces 53 enfants, 37 étaient nés, 7 n'étaient pas encore nés, 4 sont

décédés et 5 ont eu le temps d'être transférés *in utero*. Chaque enfant est différent et la prise en charge doit donc être adaptée.

En effet, sur les 53 enfants transportés, 26 étaient à terme, 18 étaient prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée). Nous avons dû intuber 13 nouveau-nés, en perfuser 30 et parmi ces 30, 15 ont reçu une antibiothérapie.

Ces quelques chiffres montrent la diversité des interventions : la prise en charge est différente entre un nouveau-né à terme sain qui suit sa mère à l'hôpital et un prématuré de 27 semaines qui est transféré dans un service de réanimation néonatale.

### 3.1. Le rôle infirmier avant et pendant la naissance

Tout d'abord, l'infirmier aménage l'environnement dans la mesure du possible (rue, squat...), de façon à ce qu'il y ait suffisamment de place pour toute l'équipe. Il débarasse une table à bonne hauteur, augmente au maximum les sources lumineuses et réchauffe l'atmosphère. Enfin, il prépare tout le matériel en vue d'une réanimation (tableau 3).

Tableau 3 – Liste du matériel à préparer

Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une table, l'éclairage</li> <li>- les champs stériles et réchauffés</li> <li>- gants, masques, charlottes et casaques</li> <li>- un bonnet en jersey, un sac en polyéthylène</li> <li>- un thermomètre hypotherme et un stéthoscope néonatal</li> <li>- Dextrostix® (lecteur, bandelettes et lancettes)</li> </ul>
Aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un système d'aspiration portatif autonome (150 cmH<sub>2</sub>O)</li> <li>- des sondes d'aspirations Ch 6-8-10</li> <li>- sondes gastriques (6-8) et seringue adaptée</li> </ul>
Réanimation cardioventilatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle néonatal (BAVU)</li> <li>- un masque 0-1-2, réservoir d'O<sub>2</sub>, obus d'O<sub>2</sub> avec débilitre</li> <li>- un laryngoscope avec deux lames droites et une pince de Magill, piles et lampes de rechange sondes d'intubation 2,5-3,0-3,5</li> <li>- 2 « moustaches » en sparadrap adhésif type Tarpal®</li> <li>- un flacon de sérum physiologique</li> </ul>
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- électrodes, capteur de saturation néonatal, brassard de tension (taille 1-2-3-4)</li> </ul>
Perfusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un perfuseur électrique</li> <li>- seringues (2,5-50), des trocarts, prise d'air</li> <li>- compresses, Chlorhexidine®</li> <li>- garrot, cathéters 24 g, tubulures (courte et longue), robinet à trois voies</li> <li>- solutés glucosés physiologiques type B55® ou G 10 %,</li> <li>- 1 ampoule de sérum physiologique à 0,9 %</li> <li>- un pansement occlusif transparent, du Steri-Strip®</li> </ul>

## URGENCES 2005

Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrénaline® 1 mg/1 ml. Diluer 1 ml d'Adrénaline® dans 9 ml de NaCl à 0,9 %,</li> <li>- vitamine K<sub>1</sub></li> <li>- Rifamycine® collyre</li> </ul>
Soins de cordon	- 2 clamps de Barr, un scalpel, compresses, Chlorhexidine®- 1 ampoule de sérum physiologique à 0,9 %

**Préparation du matériel**

Une asepsie rigoureuse est primordiale. Il faut se laver les mains ou utiliser une solution hydroalcoolique.

**Prise en charge de l'enfant**

*Quel que soit l'état de l'enfant*

La première chose à faire est de s'assurer de la qualité et de l'efficacité des mouvements respiratoires. Le médecin doit veiller à l'établissement correct des fonctions vitales (respiratoire, cardiocirculatoire, neurologique et métabolique). Pour ce faire, il cote le score d'Apgar à 1, 3 puis 5 minutes de vie. Ceci permet de juger de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (tableau 4).

**Tableau 4 – Le score d'Apgar**

Score	0	1	2
Respiration	Absente	Gasping <i>Irrégulière</i>	Régulière <i>Normale</i>
Fréquence cardiaque (pouls)	0 <i>Pas de battements</i>	< 100 bat/min <i>Lent ou irrégulier</i>	> 100 bat/min <i>Régulier</i>
Coloration (aspect)	Blanche <i>Absente</i>	Extrémités bleues <i>Cyanose</i>	Rose
Tonus (activité)	0	Flexion extrémités	Mouvements actifs
Réactivité (cri, grimace)	0 <i>Absent</i>	Grimace <i>Faible</i>	Cri <i>Vigoureux</i>

De 7 à 10 : la conduite des médecins est peu agressive et consiste en une simple désobstruction des voies respiratoires et un apport d'oxygène facultatif.

De 4 à 7 : des soins sérieux sont nécessaires et en l'absence d'amélioration rapide l'enfant est désobstrué, reçoit de l'oxygène au masque et est perfusé.

Moins de 4 : des manœuvres lourdes de réanimation sont entreprises et l'enfant est, en l'absence d'amélioration spectaculaire, transféré dans un service de réanimation.

Dans les premières minutes de vie, le nouveau-né est exposé à cinq risques majeurs : **les échanges sanguins fœtoplacentaires** si le cordon n'a pas été coupé, l'hypothermie, la détresse respiratoire, l'hypoglycémie, l'infection.

Avant toute manœuvre sur le nouveau-né, il faut lutter contre les **échanges sanguins fœtoplacentaires** (risque d'anémie ou de polyglobulie) (3, 4). La personne qui fait

L'acouchement doit couper le cordon dans la première minute de vie, voire dans les 20 premières secondes. Pour ce faire, elle dispose de deux clamps de Barr qu'elle positionne, l'un à environ 15 cm du bébé l'autre à 5 cm du premier. Avec un scalpel, elle coupe le cordon désinfecté entre les deux ligatures. Ensuite, il ne reste plus qu'à désinfecter chaque extrémité du cordon avec un antiseptique puis à envelopper l'extrémité dans une compresse stérile. Le médecin vérifie à cette occasion que le cordon comporte deux artères et une veine.

**L'hypothermie** s'installe très rapidement et doit donc être prévenue en séchant l'enfant. Il est important de noter qu'un nouveau-né nu exposé à 24° C baisse sa température centrale de 0,1° C/min par évaporation (5). Il ne faut pas perdre de vue qu'en intervention la température ambiante n'est que très rarement de 24° C. En dessous de cette moyenne, le processus d'évaporation n'en sera qu'accélééré. Un refroidissement serait nuisible à l'ensemble des fonctions vitales. Il est donc primordial de l'essuyer sur l'ensemble du corps en insistant au niveau de la tête, qui représente le lieu privilégié de la dépense d'énergie du nouveau-né. Un bonnet en jersey est mis à l'enfant dès sa naissance et l'on peut le placer dans un sac en polyéthylène. Le sèche-cheveux est à proscrire. On utilise des serviettes ou des champs chauds (dans la mesure du possible). On s'assure de l'efficacité de ces manœuvres par la prise de température rectale. Cette dernière permet de s'assurer de la perméabilité anale.

En parallèle, il faut désobstruer **les voies aériennes** supérieures à l'aide d'une sonde d'aspiration n° 6 ou 8, vérifier la perméabilité des choanes, de l'œsophage jusqu'à l'estomac. L'aspiration est douce (inférieure à 150 cmH<sub>2</sub>O) (6). On introduit la sonde gastrique par voie buccale sur une longueur égale à la distance lobule de l'oreille-bouche-ombilic. Elle permet la vidange gastrique (air et liquide) et la vérification de la perméabilité œsophagienne par « le test de la seringue ». Ce dernier correspond à l'auscultation de l'épigastre (bruits hydroaériques lors de l'injection de quelques millilitres d'air à la seringue puis réaspiration). Ce test permet de dépister une atrésie de l'œsophage et d'éviter les fausses routes de la sonde. Attention à ne pas le faire immédiatement après la naissance, car il existe alors un risque de bradycardie par réflexe vagal. Un monitoring non invasif est installé sur l'enfant (tableau 3).

Il faut lutter contre **l'hypoglycémie**. Le microprélèvement au talon (tableau 3) donne une valeur de glycémie de référence qui permet de déterminer le degré d'urgence de l'apport sucré. Si le prélèvement indique moins de 2,2 mmol/l, l'apport doit être rapide *per os* (0,2 à 0,4 g/kg de G 10 %), et lorsqu'il est inférieur ou égal à 0,6 mmol/l, l'infirmier doit perfuser l'enfant et appliquer la prescription médicale correspondante.

La possibilité d'une **infection** doit être systématiquement évoquée. Un collyre antiseptique est alors appliqué. De même, la vitamine K<sub>1</sub> est administrée en prophylaxie pour pallier un éventuel déficit congénital en vitamine K causant des troubles de l'hémostase, augmentant le risque hémorragique.

*L'enfant va bien, son score d'Apgar est supérieur ou égal à 7*

Un séchage par tamponnement, une désobstruction simple des voies aériennes complètent les points cités précédemment. L'enfant est ensuite placé sur le ventre de sa mère puis enveloppé dans une couverture isotherme aluminée.

## URGENCES 2005

*L'enfant a une détresse moyenne, son score d'Apgar est compris entre 4 et 7*

Il présente une dyspnée et/ou est peu réactif. Le séchage permet des stimulations tactiles tout en le réchauffant. Le chronomètre est mis en route. Le positionnement de l'enfant destiné à dégager les voies aériennes et à faciliter la ventilation spontanée ou manuelle et la désobstruction nasopharyngée sont deux gestes essentiels. Si le liquide amniotique est clair, l'enfant est ventilé manuellement au ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) (7). Le BAVU a une contenance de 250 à 500 ml. Il est adapté à la physiologie du nouveau-né. Le dispositif de concentration d'O<sub>2</sub> (queue de rat ou sac réservoir) est essentiel pour atteindre une forte concentration en O<sub>2</sub> (environ 65 %). Le BAVU doit être raccordé à l'oxygène (au moins 6 l/min), la taille du masque doit être adaptée à l'enfant. Cela suffit la plupart du temps à rétablir un score d'Apgar supérieur à 7. Une simple oxygénation peut être poursuivie en plaçant le raccord d'oxygène sous le nez du patient. On contrôle l'efficacité de ces manœuvres au moyen de la saturation (tableau 3). L'infirmier pose une voie périphérique.

Si une bradycardie, une hypotonie, une absence ventilatoire persistent, des gestes de réanimation sont mis en place.

*L'enfant présente un score d'Apgar inférieur à 3*

Après une rapide désobstruction des voies aériennes supérieures, les gestes réanimatoires sont immédiats. Il faut ventiler (sauf en cas de liquide méconial) au masque puis par sonde nasotrachéale, au besoin effectuer un massage cardiaque externe (MCE) et administrer de l'adrénaline. En parallèle, il est essentiel de lutter contre l'hypothermie en séchant soigneusement l'enfant. La ventilation à l'aide du BAVU permet un déplissement alvéolaire puis une oxygénation satisfaisante. L'enfant est installé tête dans l'axe en position neutre. Le masque est appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche de l'enfant. La valve de surpression peut être fermée lors des premières insufflations pour obtenir une bonne expansion pulmonaire, mais le risque barotraumatique existe si elle n'est pas réouverte rapidement. La fréquence ventilatoire est de 40/minute. Si la ventilation manuelle au masque ne suffit pas, il faut envisager une intubation nasotrachéale. L'infirmier prépare, vérifie et place le matériel à portée de main du médecin. Il choisit la sonde en fonction du poids de l'enfant. Pour calculer le repère à la narine, la formule à retenir est : 1 cm/kg de poids + 7. La fixation se fait à l'aide de « moustaches » (tableau 3). Lorsque les battements cardiaques restent inférieurs à 60/minute malgré une ventilation manuelle efficace, il faut débiter un MCE (6). Pour ce faire, on empaume le thorax à deux mains. Les pouces sont situés au tiers inférieur du sternum. Le MCE est effectué à 100-120/min simultanément avec la ventilation artificielle. L'adrénaline est utilisée, par voie intratrachéale, si la fréquence cardiaque reste inférieure à 80 battements/min malgré le MCE et la ventilation artificielle. La dose est de 30γ/kg de la dilution. L'infirmier pose une voie veineuse périphérique (tableau 3).

En cas d'échec, le médecin pose un cathéter veineux ombilical rapidement : la veine ombilicale est une voie d'accès rapide chez le nouveau-né dans les premiers jours de vie, mais d'indication de plus en plus réduite au profit des voies d'abord périphériques. C'est un geste qui doit être réalisé avec une asepsie rigoureuse même dans le

contexte de l'urgence. Par la voie ombilicale, seul le cathétérisme de la veine est à envisager (tableau 5).

**Tableau 5 – Le set cathéter veineux ombilical**

<b>Asepsie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 brosse stérile bétadinée</li> <li>- 1 casaque stérile, bavette et charlotte</li> <li>- 1 paire de gants 6 <sup>1/2</sup> 7 <sup>1/2</sup></li> <li>- 1 champ de table 50 _ 50 ou 45 _ 75</li> <li>- 1 champ de soin 75 _ 75</li> <li>- 1 champ d'intervention troué 50 _ 60 transparent ou non</li> <li>- 1 Stéridrap® 40 _ 40</li> <li>- 1 Chlorhexidine®</li> <li>- 1 sac pour mettre les instruments après la pose du cathéter</li> </ul>
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 cathéter ombilical diamètre 3,5</li> <li>- 1 robinet trois voies</li> <li>- 1 grand scalpel</li> <li>- 1 boîte d'instruments stériles (2 pinces droites, 1 pince courbe, 1 paire de ciseaux)</li> <li>- 3 seringues de (2,5 ml/5 ml/10 ml)</li> <li>- 2 aiguilles pompeuses jaunes</li> <li>- 3 paquets de compresses 7 <sup>1/2</sup> _ 7 <sup>1/2</sup></li> <li>- 2 fils montés sur aiguille droite</li> <li>- 1 Stéri-Strip®</li> </ul>
<b>Solutés et médicaments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ampoule de G 10 %</li> <li>- 1 ampoule de bicarbonate de sodium à 4,2 %</li> <li>- 1 ampoule de G 5 %</li> <li>- 1 ampoule de NaCl à 0,9 %</li> <li>- 1 ampoule (1ml d'adrénaline 1 ml =1 mg) d'adrénaline diluée dans 9 ml de sérum physiologique</li> </ul>

### 3.2. L'enfant est déjà né

Lorsque la naissance a déjà eu lieu et que l'enfant va bien, il suffit de suivre la même démarche que pour n'importe quel autre nouveau-né. Des signes de détresse respiratoire peuvent apparaître plus ou moins rapidement : une tachypnée supérieure à 50/minute, un geignement expiratoire, un balancement thoracoabdominal, un tirage. Le médecin évalue la gravité au moyen du score de Silverman (tableau 6). Un traitement symptomatique est entrepris.

## URGENCES 2005

Tableau 6 – Le score de Silverman

Cotation	0	1	2
Balancement thoracoabdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
Tirage	0	Intercostal	+ sus-sternal
Battement des ailes du nez	0	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	0	Au stéthoscope	À l'oreille
Entonnoir xiphoidien)	0	Modéré	Intense

La détresse respiratoire est considérée **comme significative à partir du score 3.**

En résumé, l'infirmier a un rôle prépondérant dans la mise en place d'une pseudo-table de réanimation « maison » avant la naissance et dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né à toutes les étapes, dans des conditions peu banales.

## 4. Recommandations générales

### 4.1. Certificat de naissance

Le certificat de naissance est une obligation légale qui incombe au médecin qui a pratiqué l'accouchement (1). Il est rédigé sur un papier avec en-tête et coordonnées du SMUR, précisant le nom du médecin ayant pratiqué l'accouchement, l'identité de la mère, la date, l'heure et la commune de naissance, le sexe et le prénom de l'enfant, l'état de l'enfant : né vivant ou né sans vie, viable ou non viable (en fonction du terme et du poids). Ce certificat doit être daté et signé. Il accompagne l'enfant.

### 4.2. L'enfant est décédé

En cas de décès du nouveau-né, on tient compte de deux éléments essentiels : l'enfant né sans vie ou né vivant puis décédé ; le terme (inférieur à 22 SA) et/ou le poids (inférieur à 500 g). Dans le cas d'un enfant né vivant après 22 SA et/ou pesant plus de 500 g et décédé rapidement secondairement, le certificat de naissance doit être fait, puis le certificat de décès.

Ce n'est qu'après stabilisation de l'état de la mère et de l'enfant que l'on peut envisager le transfert dans des structures adaptées pouvant accueillir dans la mesure du possible les deux patients de façon à éviter la séparation mère-enfant après la naissance. Le plus souvent, la patiente est conduite dans la maternité qui l'a suivie avec son dossier. Si l'état de l'enfant le nécessite, il est dirigé au sein d'un service adapté.

## Conclusion

On retiendra donc que les naissances hors maternité nécessitent une prise en charge efficace et rapide. Les points clefs sont une asepsie rigoureuse, des gestes bien codifiés, du calme et de la coordination. Il n'y a pas de place pour l'improvisation.

La naissance inopinée extrahospitalière est à haut risque pour le nouveau-né. Il faut donc être prêt à pratiquer les gestes immédiats de la réanimation néonatale tout en luttant contre l'hypothermie et l'hypoglycémie qui sont les complications les plus fréquentes, et en respectant les règles d'asepsie.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Diependale JF, Templier T, Chabernaude JL *et al.* Naissance hors maternité : prise en charge de l'enfant. *In* : SAMU de France, Ed. SAMU-SMUR et périnatalité. Paris, SFEM éditions 2003 : 50-103.
2. Perlemuter L. *et al.* *In* : Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques. Collection Nouveaux cahiers de l'infirmière. Paris, Masson 1997 : 172-180.
3. Mercier JF. Current best evidence : a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health* 2001 ; 46 : 402-414.
4. Capasso L, Raimondi F, Capasso A, Crivaro V, Capasso R, Paludetto R. Early cord clamping protects at-risk neonates from polycythemia. *Biol Neonate* 2003 ; 83 : 197-200. Erratum in : *Biol Neonate* 2004 ; 86 : 109.
5. Gold F, Lionnet C, Blond MH. *In* : Gold F, Lionnet C, Blond MH, Ed. Pédiatrie en maternité. Réanimation en salle de naissance. Paris, Masson 1997 : 15.
6. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P *et al.* International Guidelines for Neonatal Resuscitation: An excerpt from the Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Contributors and Reviewers for the Neonatal Resuscitation Guidelines. *Pediatrics* 2000 ; 106 : E 29.
7. Lavaud J, Ayachi A, Chabernaude J-L, Lode N. *et al.* *In* : Lavaud J, Ayachi A, Chabernaude J-L, Lode N, Ed. Réanimation et transport pédiatriques. Paris, Masson 2004 : 106-107.