

Régulation de l'accouchement imminent



Dr Carmen Hammann-Durr • CHU Strasbourg, SAMU67

Sommaire

01
Contexte

02
**Les priorisations
en régulation**

03
**La structure de
l'appel**

04
**Les scores
prédictifs**

05
L'étude SPIA

06
**Les conseils à
donner**

07

Cas clinique



Contexte

Contexte

- En France, 5 naissances pour 1000 ont lieu en pré-hospitalier (versus 2 pour 1000 aux EU)
- Chiffres en augmentation depuis 2000,
- 80 % des appels obstétricaux au C15 concernent une menace d'accouchement
- Peu d'études ont évalué la décision médicale en régulation pour déterminer l'imminence.





Les enjeux de la régulation

Les accouchements impromptus extrahospitaliers sont à plus haut risque de complication:

- pour l'enfant: hypoxie, hypothermie, hypoglycémie, prématurité.
- pour la mère : hémorragie de la délivrance

Facteurs favorisant l'accouchement extrahospitalier:

- grossesse non suivie
- ATCD d'accouchement rapide (<1h) ou extrahospitalier
- Age < 25 ans ou > 35 ans,
- Bas niveau socio-économique, difficulté de compréhension.



Les priorisations en régulation



Guide de régulation médicale (2019)

samu-sas

sfmu

Accès à la version mobile | Annexe 1

INTRODUCTION
Les accouchements imprévus extra-hospitaliers (AIE) sont à plus haut risque de complications. Pour une régulation médicale de qualité, il faut maîtriser les éléments ténnologiques et la délivrance des conseils gestuels.

ABM

2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial
 - P0 : enfant né ou est en train de naître (cheveux, tête, fesses ou pieds visibles), envoi du SMUR et régulation immédiate afin de guider l'appelant ; demande de SMUR par un professionnel de l'obstétrique lors d'un accouchement organisé à domicile.
 - P1 : la patiente a envie de pousser "comme pour aller à la selle" ou sanguine, l'appelant est artisé.
 - P2 : autres situations.
3. chercher à savoir :
 - Parité, date présumée pour l'accouchement, maternité de suivi, déroulement de la grossesse, gémellité, présence de contractions.
4. conseiller en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours :
 - Si hantant en train de naître : calonner sur le dos ou le côté gauche, dire de ne pousser que pendant une contraction.
 - Sinon : conseiller à la patiente de se mettre en décubitus latéral gauche.
5. adapter la décision si l'appel ne peut être réglé immédiatement
 - Si le risque d'accouchement extra-hospitalier semble élevé, engager un moyen de transport allongé avec un court délai d'intervention.

Médecin régulateur :

RÉGULATION

1. éléments d'analyse et critères de gravité

Le score SPA (utilisation en version informatique) et le score de Malmfors A permettent de guider l'interrogatoire et admettre à la décision :

- facteurs favorisant l'accouchement extra-hospitalier : grossesse non suivie, antécédent d'accouchement rapide (>1h) ou extra-hospitalier, âge >25 ou >35 ans, bas niveau socio-économique, difficultés de compréhension,
- en faveur de l'imminence de l'accouchement : présentation visible à la vulve ; envie de pousser soudaine et irrépressible ; contractions fortes, fréquentes, intenses avec difficulté d'exécution de la patiente ; panique de l'appelant ; angoisse de l'imminence ; grande multiparité ; rupture franche de la poche des eaux avec contractions
- en défaveur de l'imminence de l'accouchement : multiparité ; rupture de la poche des eaux sans contraction ; faux travail ; suivi intensif de la grossesse ; traitement tocolytique en cours.



Grille de tri ARM – SFMU – V1

AMU				MG	
P0	P1	P2 AMU	P2 SNP	P3	
GYNECO-OBSTETRIQUE					
Accouchement (faire préciser le terme)	P2 AMU si tête à la vulve, ou accouchement réalisé, demande SMUR par professionnel de l'obstétrique	contractions très rapprochées (< 5min), saignement, appelant affolé			
Méno-metrorragie	P2 SNP	saignement abondant avec trouble de la conscience, grossesse 3° trimestre	saignement abondant actif ou femme enceinte		
Problème de post partum (allaitement...)	P3			fievre	
Anomalie du sein	P3			fievre	
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	P3		douleur sévère et/ou métrorragie / objet tranchant ou pointu / fièvre		

La structure de l'appel



L'interrogatoire

Informations importantes à rechercher :

- parité
- date présumée de l'accouchement
- déroulement de la grossesse
- position du bébé à la dernière échographie
- gémellité
- présence de contractions
- rupture de la poche des eaux
- maternité de suivi

Evaluer l'imminence de l'accouchement :

- Expérience professionnelle
- Score de Malinas A, B, modif
- SPIA
- Préma SPIA (< 33 SA)



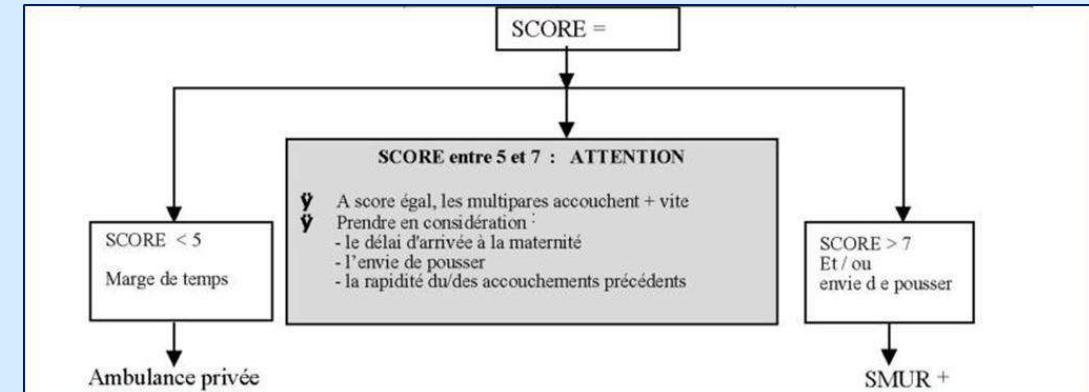
Les scores prédictifs

Le score de Malinas A (1982)

SCORE DE MALINAS

COTATION	0	1	2
PARITE	I	II	III et +
DUREE DU TRAVAIL	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
DUREE DES CONTRACTIONS	< 1 min	1 min	> 1 min
INTERVALLE ENTRE LES CONTRACTIONS	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
PERTE DES EAUX	non	récente	> 1 h

0	1	2
I	II	III et +
< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
< 1 min	1 min	> 1 min
> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
non	récente	> 1 h





Le score de Malinas B

pour passer de...	primipare	deuxième pare	multipare
...5 cm à DC	4 h	3 h	1 h 30
...7 cm à DC	2 h	1 h	30 min
...9 cm à DC	1 h	30 min	quelques min

Malinas modifié

	COTATION		
	0	1	2
Parité	1	2	3 et plus
Durée du travail	< 3h	3 à 5h	> 5h
Durée des contractions	< 1min	1min	> 1min
Intervalle entre les contractions	> 5min	3 à 5 min	< 5min
Perte des eaux	Non	Récente	> 1h
Envie de pousser	Non	Plus ou moins	Oui
Panique	Non	Plus ou moins	Important
Hémorragie	Non	Faible	Important
Durée du transport	< 30min	> 30min	

Score < 7 = décubitus latéral gauche jusqu'à la maternité la plus proche sans médicalisation.

Score >7 = accouchement imminent (moins d'une heure) surtout si près de 10 ou envie de pousser.



SPIA

Motif de l'appel

- Panique de l'appelant
- Accouchement imminent
- Autre pathologie

Envie de pousser

- Depuis moins de 30'
- Depuis plus de 30'
- Temps non évalué
- Question non évaluée
- Pas envie de pousser

Rythme contractions

- Permanent
- Fréquent (4 à 6')
- Non évalué
- Pas de contractions ou évasif (5 à 10')

Première grossesse

- Non
- Oui

Age

- Entre 26 et 35 ans
- Moins de 26 ans ou plus de 35 ans

Antécédents

- Accouchement à domicile
- Accouchement en moins d'une heure
- Ni l'un, ni l'autre

Suivi et TTT

- Aucun suivi, pas d'échographie
- Suivi + au moins une échographie
- Tocolysie

Contact avec la parturiente

- Non
- Oui

DELAI TRANSPORT

- 30 MINUTES
- UNE HEURE



Préma-SPIA (< 33 SA)

PRIMAIRE

Score SPIA Premat < à 33 semaines
Prédire l'imminence de l'accouchement

Motif de l'appel

- Panique de l'appelant
- Accouplement imminent
- Autre pathologie

Contact avec la parturiente

- Non
- Oui

Rupture de la poche des eaux

- Oui
- Non

Douleurs abdominales

- Oui
- Non

Ecriture dans le Bilan

Calculer **Annuler**



L'étude SPIA

Actualité en régulation (octobre 2025) : Etude SPIA



Effect of the score predicting imminent delivery on the management of unexpected out-of-hospital obstetrical deliveries: a cluster randomized clinical trial

Agnes Ricard-Hibon^a, Vivien Brenckmann^b, Judith Gorlicki^c, Louis Soulat^d,



Etude SPIA

Objectif de l'étude :

Evaluer si l'utilisation systématique du SPIA par les médecins régulateurs du SAMU, permet de réduire le taux d'accouchements pré-hospitalier sans présence de SMUR.

Critère de jugement principal :

Taux d'accouchements pré hospitaliers sans envoi initial de SMUR,

Méthodologie :

19 SAMU en France, prospectif

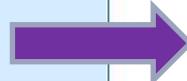
Randomisation par centre : pratiques habituelles / groupe SPAI



Score Prédictif d'Accouchement Imminent (SPAII)

	0	+2	+3	+4	+5	+6	+8	Total
Appel pour accouchement			Imminent + /- panique					0 ou 3
Contact avec la parturiente	Oui		Impossible					0 ou 3
Envie de pousser depuis ?	Non	Non évalué		Depuis + de 30' ou temps non évalué	Depuis moins de 30'			0 ou 6
Rythme des contractions	Evasif (5-10') ou pas de CU		Non évalué	Fréquentes 4-6 min		Permanentes		0 ou 8
Facteurs aggravants (En faire la somme)		Atcd accouchement rapide (<1h) ou à domicile	26 à 35 ans			Pas de suivi de grossesse		2 à 13

Enlever 7 points si premier accouchement et 3 points si traitement tocolytique pendant la grossesse (Per os ou suppositoire)



Score < 10	Délai d'admission < 30 min	Risque faible *
Score < 5	Délai < 2H	Transport non médicalisé
Score > 24	Délai < 30 min	Risque fort **
Score > 15	Délai < 1H	SMUR
Score > 10	Délai > 2h	

* VPN > 95 % et Se < 80 % ** VPP > 33 % et Spe > 80 %

Etude SPIA

Critère	Témoin (n = 3773)	SPID (n = 4009)	OR / Coeff (IC95%)	p
Accouchement hors hôpital sans envoi initial de SMUR	2,01 %	0,95 %	0,46 (0,31–0,70)	0,0003

Les accouchements survenus sans envoi initial de SMUR étaient 2 fois moins fréquents dans le groupe SPIA,

Etude SPIA

Critère	Témoin (n = 3773)	SPID (n = 4009)	OR / Coeff (IC95%)	p
Accouchement hors hôpital total	7,6 %	6,3 %	0,82 (0,58-1,16)	0,26
Accouchement sans SMUR sur site	3,34 %	1,92 %	0,58 (0,42-0,82)	0,0019
Durée d'appel médiane (min)	5 [3-7]	5 [3-7]	—	0,95
Score de satisfaction médian (0-10)	3 [2-4]	3 [2-4]	—	0,63
Complication néonatale parmi les accouchements préhospitaliers	26,1 %	32,1 %	1,33 (0,68-2,62)	0,40
Mortalité néonatale à 3 jours	0,6 %	0,4 %	0,86 (0,40-1,85)	0,71
Complication maternelle	54,9 %	55,0 %	1,00 (0,84-1,20)	0,96
Mortalité maternelle	0	0	—	—

- Durée d'appel moyenne identique
- Accouchements sans présence de smur 1,92% (SPIA) vs 3,34%
- Satisfaction et difficulté perçue similaire
- Moins de décisions de « SMUR tardif »
- VPP>>>Malinas
- VPN = Malinas



Conclusion de l'étude SPIA

L'utilisation systématique du score SPIA :

- Améliore la détection des accouchements imminents
- Réduit les accouchements non médicalisés
- N'altère pas l'efficacité opérationnelle
- Optimise l'allocation des ressources médicales

Outil simple, fiable et applicable en régulation d'urgence obstétricale

Les conseils à donner

Consignes à donner au téléphone

- Installation fesses au bord du lit (ou à quatre pattes : position physiologique)
- Bassin surélevé, les pieds sur deux chaises.
- Ne faire pousser qu'au moment des contractions.
- Lors des efforts de poussée : empaumer l'arrière des cuisses en tirant dessus
- Faire préparer l'accueil du nouveau-né : draps chauds, serviettes, bassine d'eau tiède, chauffer la pièce, bonnet, lacet pour clamper le cordon
- Garder l'appelant jusqu'à l'arrivée des secours (haut-parleur).



Consignes à donner au téléphone (enfant né)

Placer l'enfant sur le ventre de sa mère dans un linge propre et sec ,

Visage dégagé

Sécher son corps et sa tête

Mettre bonnet

Faire 2 nœuds espacés, à 15 cm de l'ombilic (selon timing)

Ne pas faire couper le cordon ombilical et ne jamais tirer sur le cordon

Garder l'appelant jusqu'à l'arrivée des secours (haut-parleur).





Cas clinique



Deuxième édition



ARM



MRU



Bilan
SMUR



