

# 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 impronptus 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)

**sfmu**

[Accéder à la version actualisée](#) [Annuler](#)

**SCHEMA**

- GENERALITES
- MOTIFS DE RECOURS
- TRIAGE
- CARDIO VASCULAIRE
- RESPIRATOIRE
- NEUROLOGIE
- PSYCHIATRIE
- TRAUMATOLOGIE
- BRULURES ET FUMURES
- MORSURES ET PIQURES
- TOXICOLOGIE
- GYNÉCO OBST - NEONAT
- PEDIATRIE
- HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
- INFECTIOLOGIE
- DRG, STOMATO, OPHTHALMO
- AUTRES PATHOLOGIES
- FAUX DISCONTINUITÉS
- RISQUES SANITAIRES
- MALADIES RARES
- ORGANISATION
- DERNIÈRE PARTIE
- COUVERTURES
- DERNIÈRES Mises à jour

**INTRODUCTION**

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

**AIMS**

2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial

- P0 :
  - enfant né ou est extrait de l'utérus (cheveux, tête, fesses ou pieds visibles), envoi du SAMU et régulation immédiate afin de guider l'appelant ;
  - demande de SAMU 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 s'agite, l'appelant est agité.
- P2 : autres situations.

3. chercher à savoir

Partir, 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 l'enfant est en train de naître : allonger sur le dos ou le côté gauche, dire de ne pousser que pendant une contraction.

Si non : 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 allié avec un court délai d'intervention.

**Médico régulateur**

**RÉGULATION**

1. éléments d'analyse et critères de gravité

Le score SPA (utilisation en version informatique) et le score de Malpas A permettent de guider l'interrogatoire et aider 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 irrésistible ; contractions fortes, fréquentes, intenses avec difficulté d'expiration de la patiente ; panique de l'appelant ; annonce 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 contractions ; faux travail ; suivi intensif de la grossesse ; traitement fœtocyotique 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-métrorragie	P2 SNP		saignement abondant avec trouble de la conscience, grossesse 3° trimestre	saignement abondant actif ou femme enceinte		
Problème de post partum (allaitement...)	P3				fièvre	
Anomalie du sein	P3				fièvre	
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 :

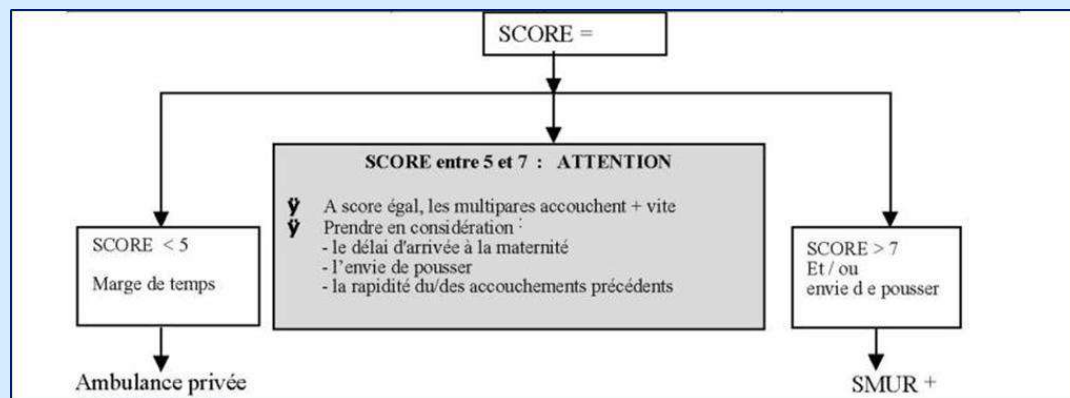
- Expérience professionnelle
- Score de Malinas A, B, modif
- SPIA
- Préma SPIA (< 33 SA)

# Les scores prédictifs

## Le score de Malinas A (1982)

### SCORE DE MALINAS

COTATION	0	1	2
PARITE	I	II	III et +
DURÉE DU TRAVAIL	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
DURÉE 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



## 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 moin	Oui
Panique	Non	Plus ou moin	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 evasif (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
- Tocolyse

## Contact avec la parturiente

- Non
- Oui

## DELAI TRANSPORT

- 30 MINUTES
- UNE HEURE

## Préma-SPIA (< 33 SA)

PRIMAIRE

<b>Apgar</b> Score	<b>Glasgow</b> Score	<b>Glasgow enfant</b> Score	<b>Malinas</b> Score	<b>Silverman</b> Score	<b>SPIA Premat</b> Score	<b>SPIA</b> Score	<b>PTS</b> Score	<b>MGAP</b> Score	<b>NIHSS</b> Score
-----------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

**GRACE**  
SCORE

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

**Motif de l'appel**

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

**Contact avec la parturiente**

- ☐ Non
- ☐ Oui

**Rupture de la poche des eaux**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Douleurs abdominales**

- ☐ Oui
- ☐ Non

☐ Écriture 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<sup>a</sup>, Vivien Brenckmann<sup>b</sup>, Judith Gorlicki<sup>c</sup>, Louis Soulat<sup>d</sup>,

## 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 SPIA



# Score Prédicatif d'Accouchement Imminent (SPAI)

	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		Permanent	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 accouchement 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



ARM



MRU



Bilan  
SMUR



