

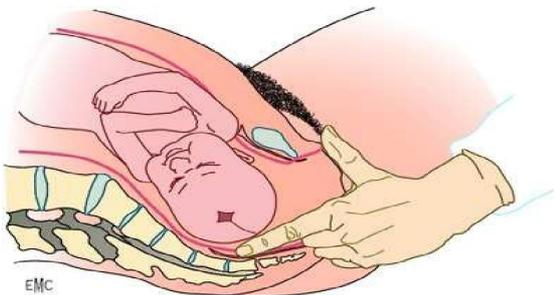


PROTOCOLES THERAPEUTIQUES ACCOUCHEMENT EXTRA HOSPITALIER



EVALUER LA SITUATION :

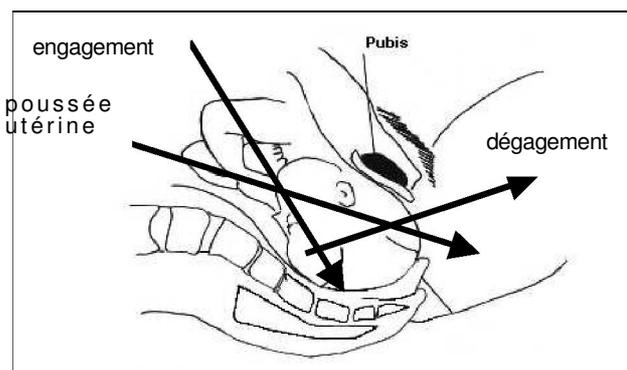
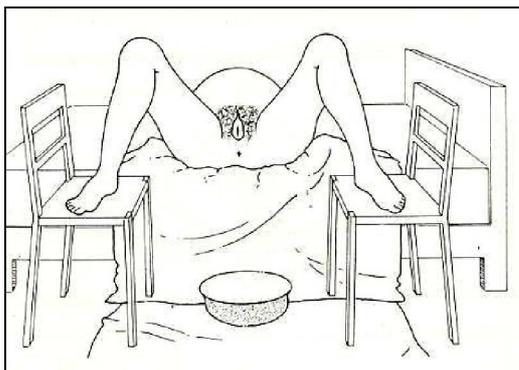
- 1- Paramètres maternels généraux : PA, FC, FR, SpO₂, T°c
- 2- Situation obstétricale : parité, terme, déroulement de la grossesse, présentation, contractions, dilatation, engagement, poche des eaux
- 3- Vitalité fœtale : FC, échographie ?
- 4- Décider de l'accouchement sur place (ou non) en fonction des critères d'imminence d'un accouchement (présentation engagée ou visible, envie de pousser, score de Malinas B) et du délai d'acheminement vers une maternité, ne pas envisager de faire l'accouchement pendant le transport



Présentation engagée (Farabeuf)

S'INSTALLER EN ANTICIPANT :

- 1- Classiquement, installer la femme enceinte sur le bord du lit, bassin surélevé (alignement des axes de poussée utérine et d'engagement), pieds sur deux chaises, en protégeant le sol et le mobilier et en créant une situation calme et isolée
- 2- mettre en condition la parturiente : abord vasculaire, PA, FC, SpO₂, oxygène prêt, nettoyage du



périnée, vessie vidée

- 2- Préparer l'accueil du nouveau-né : pièce réchauffée sans courant d'air, faire chauffer des serviettes ou draps propres qui permettront d'accueillir le nouveau-né, installer une table à proximité recouverte de serviettes et avec le matériel destiné aux soins du nouveau-né (examen et éventuelle réanimation)

ACCOUCHER : FAIRE ET FAIRE FAIRE LES BONNES ACTIONS :

- 1- Ne jamais tirer, quelles que soient les circonstances
- 2- Ne commencer à faire pousser que lorsque la dilatation est complète, la présentation engagée et la poche des eaux rompue (spontanément ou avec une branche de pince Kocher)
- 3- Ne faire pousser que pendant les contractions, à glotte fermée, le cou fléchi en avant, les talons contre les fesses, la main gauche de l'accoucheur contrôle la sortie de la tête, la main droite dirige la



- 4- Guider la sortie de la tête de l'enfant en demandant à la patiente d'**arrêter de pousser** pour éviter une sortie brutale de l'enfant et des déchirures pelviennes, l'**épisiotomie** n'est **pas systématique**
- 5- Vérifier l'absence de circulaire du cordon ; en cas de circulaire lâche, dérouler le cordon autour de la tête de l'enfant ; en cas de **circulaire serrée**, **couper le cordon** entre deux pinces et poursuivre l'accouchement sans tarder
- 6- Laisser la tête **tourner** à droite ou à gauche, cette rotation spontanée doit être **accompagnée** (mais jamais forcée) pour **amener le menton sous la symphyse pubienne**
- 7- Pour dégager les épaules, placer les index et les médiums de part et d'autre des mastoïdes et de la mandibule
- 8- Exercer **une traction douce** vers le **bas** dans l'axe ombilico-coccygien pour dégager l'épaule antérieure ; les coudes et les épaules de l'accoucheur doivent être en dessous du niveau du périnée de la parturiente
- 9- Injecter **Syntocinon**[®] 5 UI en IV lors du dégagement de l'épaule antérieure (prévention de l'inertie utérine et de l'hémorragie de la délivrance)
- 10- Exercer **une traction douce** vers le **haut** (se relever pour basculer l'enfant au-dessus de la symphyse pubienne) pour dégager la deuxième épaule
- 11- Favoriser l'expulsion de l'enfant en le maintenant sous la mandibule et l'occiput
- 12- Bien maintenir l'enfant qui est recouvert de sérosités glissantes
- 13- Poser l'enfant sur le ventre de la mère et clamper le cordon (cf. protocole p.4)

DELIVRER :

- 1- **20 à 40 min** après la naissance, pouvant être mises à profit pour le transport
- 2- Attendre le décollement spontané du placenta (cordon qui ne remonte plus quand on laisse remonter le fond utérin après l'avoir refoulé vers le bas), **ne jamais tirer sur le cordon**
- 3- Empaumer le fond de l'utérus, appuyer au cours d'une contraction
- 4- **Récupérer le placenta**, ne pas le laisser dans le vagin
- 5- Vérifier l'intégrité du placenta (membranes et cotylédons)
- 6- Masser l'utérus et perfuser **Syntocinon**[®] 10 UI dès la vacuité utérine obtenue afin d'assurer la tonicité utérine.

TRANSPORTER :

- 1- Transporter la patiente allongée dans un matelas à dépression en se méfiant du retentissement hémodynamique des changements de position (brancardage) et des variations d'accélération
- 2- Assurer une surveillance continue incluant les paramètres vitaux et l'évaluation des pertes
- 3- **Masser manuellement** l'utérus pour surveiller et entretenir la tonicité utérine
- 4- Adresser la patiente, le nouveau-né, le délivre et les documents médicaux à la maternité de suivi
- 5- Participer aux formalités médico-légales