

Accouchement hors maternité Menace d'accouchement

- Expliquer et obtenir l'accord de la patiente pour le toucher vaginal (TV)
- Recueillir et tracer les paramètres vitaux maternels
- Rechercher : antécédents médicaux et obstétricaux, parité, terme, déroulement de la grossesse
- Examiner : contractions, présentation, dilatation, engagement, état de la poche des eaux
- Evaluer la vitalité fœtale : FC si possible

- Présentation engagée ou visible ? (cf schéma Signe de Farabeuf **p84**)
- Envie de pousser ?
- Cinétique de dilatation rapide ? (2 TV à 10 min d'intervalle effectués par la même personne) et délai d'acheminement trop long au regard de la cinétique observée ?

**OUI à au moins
une question**

**Organiser l'accouchement sur place
Prévoir 2^e ambulance et nacelle pour nourrisson**

L'installation

- Bord de lit, fesses à la limite du vide (pas au sol)
- Bassin surélevé – alignement des axes (poussée et engagement) – un pied sur une chaise pour la position d'attente
- Opérateur au niveau de la patiente, ou plus bas
- Environnement calme, réduire les va-et-vient, limiter aux personnes nécessaires
- Installer le sac de recueil (différencier hémorragie et autres liquides) et le sac à placenta
- Préparer l'accueil du nouveau-né dans un endroit chauffé, à l'abri des courants d'air et bien éclairé (table, linge propre et sec)

- VVP – SSI en garde veine
- Préparer O₂ et aspiration
- Préparer 5 UI d'Oxytocine (SYNTOCINON®) dans une seringue de 10 mL
- Hygiène périnée – vider vessie
- Surveiller les paramètres vitaux

**NON à toutes
les questions**

Transport pré-accouchement

- VVP – SSI en garde veine
- Décubitus latéral gauche
- Brancard orienté tête à l'arrière, pieds à l'avant

**Maternité de suivi
sauf situation exceptionnelle**



Position d'attente



Position d'accouchement

L'attente et l'accouchement en décubitus latéral
constituent une alternative possible

Accouchement hors maternité Naissance céphalique

L'installation

- ⇒ Installation de la parturiente pour les efforts expulsifs : ⇒ Placement de l'opérateur :
- hyperflexion des cuisses sur l'abdomen,**
 - talons contre les fesses.**
 - au niveau parturiente ou **plus bas**

- Faire pousser :
 - À **dilatation complète, présentation engagée et poche des eaux rompue**
 - Uniquement **pendant les contractions** (2 à 3 efforts expulsifs par contraction)
 - Pendant l'expiration ou à glotte fermée, hanches en hyperflexion, cou fléchi vers l'avant
- Contrôler la sortie de la tête** pour protéger le périnée, **mais sans effort expulsif**
- L'épisiotomie n'est pas recommandée à titre systématique.**
- Attendre la rotation spontanée de la tête et l'accompagner pour amener le menton presque sous la symphyse pubienne
- Ne jamais tirer**
- Dès la sortie de la tête, vérifier l'absence de circulaire du cordon
 - Si circulaire lâche → faire passer le cordon par dessus la tête. **Ne pas tirer excessivement** (risque d'hypovolémie rapide si rupture)
 - Si circulaire serré → clamper le cordon avec deux pinces, le couper entre ces deux pinces, défaire complètement le circulaire et **poursuivre l'accouchement sans délai**

- Placer les index et médiums des deux mains en V autour des mastoïdes et de la mandibule pour maintenir l'enfant lors du dégagement des épaules
- Faire pousser et exercer une bascule douce vers le bas pour accompagner l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne puis la dégager
- Exercer une traction douce vers le haut pour dégager la 2e épaule (se relever pour enrouler l'enfant au dessus de la symphyse pubienne)
- Attraper l'enfant sous les aisselles pour le sortir totalement et le poser sur le ventre de sa mère, **décubitus latéral, couvert, visage visible.**
- Poser 3 clamps de Barr sur le cordon, espacés de 10 cm chacun (cf schéma **p84**) – **Noter l'heure**
- Couper entre les deux clamps les plus proches de l'enfant (cf schéma « couper le cordon » **p84**)
- Les gaz du sang pourront être effectués à la maternité entre les deux clamps restants, côté placenta

Prévention de l'hémorragie du postpartum (HPP) par Administration Préventive d'Oxycytine (APO) :

- Injecter 5 UI d'Oxycytine (SYNTOCINON®) IV lente en 1 min (en 5 min si cardiopathie), **dès la sortie complète de l'enfant ou au plus vite, dans les premières minutes de vie de l'enfant.** IM possible.
- Noter le volume des liquides déjà écoulés dans le sac de recueil, pour le différencier des pertes sanguines à venir

Prise en charge du nouveau-né

Accouchement hors maternité Délivrance

- Etre attentif au décollement spontané du placenta **survenant dans les 15 à 30 minutes** après la naissance
 - **Ne jamais tirer sur le cordon pour décoller le placenta**
 - Réapparition des contractions
 - Vérifier en effectuant une pression sus-pubienne remontant vers le haut : si le cordon ne remonte pas, le placenta est décollé
- Si le placenta est décollé, réaliser la délivrance y compris pendant le transport :
 - Faire pousser la femme (position demi-assise) au cours d'une contraction
 - Aider si besoin en empaumant le fond de l'utérus
- Lorsque le placenta est visible, il faut le torsader pour assurer la sortie de l'intégralité des membranes sans les déchirer
- Vérifier l'intégrité du placenta (membranes et cotylédons)
- Récupérer le placenta, les membranes et les caillots et les conserver dans un sac. **Noter l'heure et évaluer les pertes**

Dès sortie du placenta, administrer
10 UI Oxytocine (SYNTOCINON®) en perfusion lente en 30 min

- Surveiller et tracer les paramètres vitaux et revérifier la vacuité vésicale
- Effectuer plusieurs séquences de massage de l'utérus
- Surveiller la tonicité utérine – utérus ferme à la palpation abdominale (globe utérin)
- Détecter un saignement en effectuant une pression sur le fond utérin pour extérioriser du sang ou des caillots – garder les compresses ou les champs imbibés afin d'estimer la quantité totale des pertes

Accouchement hors maternité
Transport mère et enfant

- Mère : Allongée, matelas à dépression, ceinturée.
- Enfant : matériel homologué, fixé, jamais dans les bras de quiconque
- Surveiller les paramètres vitaux mère et enfant
- Détecter et quantifier les pertes sanguines
- Masser l'utérus pendant tout le transport pour surveiller et entretenir la tonicité utérine
- Etablir le certificat d'accouchement si on peut témoigner du lien mère-enfant (présence lors de l'accouchement ou cordon non sectionné)



Maternité de suivi
sauf situation justifiant une autre orientation

Notes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accouchement hors maternité
Situations particulières

Accouchement par le siège

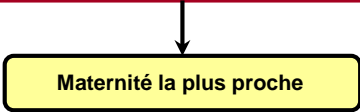
- ON NE TOUCHE PAS L'ENFANT AVANT LA SORTIE DE LA POINTE DES OMOPLATES**
- Prendre obligatoirement et le plus tôt possible contact avec une équipe obstétricale**
- Rassurer et prévenir la parturiente de l'importance de sa coopération
- Attendre que le siège apparaisse** à la vulve pour faire pousser → uniquement pendant les contractions (2 à 3 efforts expulsifs par contraction)
- Indication large d'épisiotomie avant l'expulsion**
- Réceptionner l'enfant en le soutenant au niveau du siège **sans jamais tirer**

Grossesse gémellaire

- Situation à haut risque** (manœuvres et risque d'anoxie pour le 2^e jumeau, hémorragie du post-partum)
- Prendre obligatoirement contact avec une équipe obstétricale**

Procidence du cordon

- URGENCE VITALE / INCOMPATIBLE AVEC UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE**
- Repousser la présentation en permanence pour réduire la pression de la tête sur le cordon jusqu'à l'extraction de l'enfant par césarienne** (doigts en intravaginal)
- O2 – Spray nitré si trop de contractions (1 bouffée maximum)
- Transport immédiat et rapide
- Position de Trendelenburg en décubitus latéral
- Prévenir la structure qui va recevoir la patiente : bloc opératoire obstétrical et réanimation du nouveau-né**



Notes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

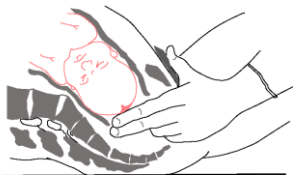
Accouchement hors maternité

Schémas

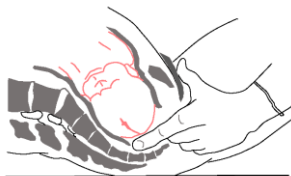
Evaluer l'engagement

Signe de Farabeuf

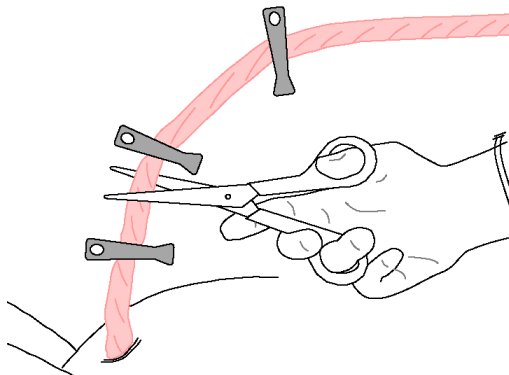
Présentation non engagée



Présentation engagée



Couper le cordon



Notes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accouchement hors maternité
Listes des maternités de RESUVal

Secteur	Ville	Etablissements	Type de maternité	N° tél. Accueil urgences obstétricales
Ain				
	Bourg En Bresse - Viriat	Centre Hospitalier Fleyriat	2b	04 74 45 42 89
	Ambérieu	Hôpital privé d'Ambérieu	1	04 74 38 95 12
	Oyonnax	Centre Hospitalier Intercommunal du Haut-Bugey	1	04 74 73 10 52
Drôme - Ardèche				
	Valence	Centre Hospitalier de Valence	2b	04 75 75 75 75
	Aubenas	Centre Hospitalier Ardèche Méridionale	2a	04 75 35 63 23 (53)
	Montélimar	Groupement hospitalier des Portes de Provence	2a	04 78 07 33 06
	Romans	Hôpitaux Drôme Nord	2a	04 75 05 76 37
	Guilherand Grange (Valence)	Hôpital Privé Drôme Ardèche	1	04 75 75 23 24 (28)
Isère				
	Vienne	Centre Hospitalier Lucien Husel	2a	04 74 31 33 48
	Bourgoin Jallieu	Centre Hospitalier Pierre Oudot	1/2a (1 an sur 2)	04 74 27 30 99 P 3490 ou 3489
	Bourgoin Jallieu	Clinique St Vincent de Paul	1/2a (1 an sur 2)	04 74 43 60 42
Métropole de Lyon				
	Bron	Hôpital Femme Mère Enfant (H.C.L.)	3	04 27 85 55 35
	Lyon	Hôpital de la Croix-Rousse (H.C.L.)	3	04 72 07 16 51
	Lyon	Hôpital Privé NATECIA	2b	04 78 00 46 02
	Pierre Bénite	Centre Hospitalier Lyon Sud (H.C.L.)	2b	04 78 86 56 34 (36)
	Ecully	Clinique du Val d'Ouest	2a	04 72 19 32 76
	Villeurbanne	Médipôle de Lyon Villeurbanne	2a	04 87 65 01 20
	Givors	Centre Hospitalier de Givors	1	04 78 07 33 06
	Lyon	Centre Hospitalier St Joseph - St Luc	1	04 78 61 84 09
	Rillieux	Hôpital privé NATECIA Nord	1	04 72 01 38 43
	Ste Foy Les Lyon	Centre Hospitalier de Ste Foy les Lyon	1	04 78 07 33 06
	Vénissieux	Groupe Hospitalier Mutualiste Les Portes du Sud	1	04 27 85 20 41
Rhône (hors métropole)				
	Villefranche sur Saône- Gleizé	Hôpital Nord-Ouest	2b	04 74 09 25 02
	Arnas	Polyclinique du Beaujolais	1	04 74 65 66 21