

Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement

Transformer le soins des femmes et des nourrissons
pour améliorer leur santé et leur bien-être

Résumé

Introduction

La majorité des quelques 140 millions de naissances dans le monde chaque année concerne des femmes sans facteurs de risque de complications pour elles-mêmes ou leurs enfants au début et pendant l'accouchement. Toutefois, le moment de la naissance est critique pour la survie des femmes et de leurs enfants, dans la mesure où le risque de morbidité et de mortalité peut augmenter considérablement si des complications surviennent. Conformément aux finalités de l'objectif de développement durable 3 – assurer des vies en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge – et à la nouvelle stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016–2030), les programmes mondiaux étendent leur action pour assurer que les femmes et leurs enfants survivent non seulement aux complications à l'accouchement si elles surviennent, mais aussi qu'ils se portent bien et atteignent leur plein potentiel de santé et d'espérance de vie.

Malgré les débats et recherches considérables depuis plusieurs années, le concept de « normalité » pour l'accouchement et la naissance n'est pas universel ou standardisé. Ces deux dernières décennies ont vu croître substantiellement l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement, dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et leurs enfants. Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son

expérience d'accouchement. En outre, l'augmentation de l'utilisation d'interventions d'accouchement, en l'absence d'indications claires, continue à élargir le fossé de l'équité en matière de santé entre l'environnement à ressources élevées et celui à ressources faibles.

Ce guide aborde ces enjeux en identifiant les pratiques les plus communes utilisées pendant les accouchements afin d'établir des normes de bonnes pratiques pour la conduite d'accouchements et de naissances sans complications. Il aborde le concept de l'expérience des soins comme un aspect critique permettant d'assurer un accouchement et des soins de qualité à la naissance ainsi que des résultats centrés sur la femme, et non simplement complémentaires à l'apport de pratiques cliniques de routine. Il est pertinent pour toutes les femmes enceintes en bonne santé et leurs enfants, et prend en compte le fait que l'accouchement soit un processus physiologique réalisable sans complications pour la plupart des femmes et leurs enfants.

Ce guide reconnaît « une expérience positive de l'accouchement » comme finalité importante pour toutes les femmes ayant eu un accouchement. Il définit une expérience positive de l'accouchement comme une expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. Il est basé sur le postulat que la

plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées.

Ce guide mis à jour, complet et consolidé sur les soins intrapartum essentiels réunit les recommandations nouvelles et existantes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, prises ensemble, garantiront des soins de bonne qualité basés sur des données factuelles quel que soit l'environnement ou le niveau de soins de santé. Les recommandations présentées dans ce guide ne sont pas spécifiques à un pays ou une région et reconnaissent les variations qui existent globalement au niveau des services de santé disponibles dans et entre les pays. Le guide souligne l'importance des soins centrés sur la femme pour optimiser l'expérience de l'accouchement et de la naissance pour les femmes et leurs enfants grâce à une approche holistique et basée sur les droits de l'homme. Il présente un modèle mondial de soins intrapartum, qui prend en compte la nature complexe et diverse des modèles dominants de soins et de pratiques contemporaines.

Destinataires

Les recommandations contenues dans ce guide ont été conçues pour informer sur le développement de politiques de santé et de protocoles cliniques pertinents au niveau national et local.

Par conséquent, le public cible inclut les décideurs politiques en matière de santé publique au niveau national et local, les responsables de la mise en œuvre des programmes de santé de la mère et de l'enfant, les responsables de centres de santé, les organisations non gouvernementales (ONG), les entreprises professionnelles impliquées dans la planification et la gestion de services de santé pour la mère et l'enfant, les professionnels de santé (comprenant les infirmiers, les sages-femmes, les médecins généralistes et les obstétriciens) et le personnel académique impliqué dans la formation des professionnels de santé.

Méthode d'élaboration des lignes directrices

Dans l'ensemble de ce guide, le terme « femme enceinte en bonne santé » est utilisé pour décrire les femmes et les adolescentes enceintes n'ayant aucun facteur de risque identifié pour elles-mêmes ou leurs enfants, et qui semblent par ailleurs en bonne santé. Ce guide a été développé en utilisant des procédures opérationnelles standards conformément au processus décrit dans le *Handbook for guideline development* de l'OMS. Brièvement, ces procédures

incluent : (i) l'identification des questions et résultats prioritaires ; (ii) la recherche et la synthèse des preuves ; (iii) l'évaluation des preuves ; la formulation de recommandations ; et la planification de la mise en œuvre, la diffusion, l'évaluation de l'impact et la mise à jour des directives. La qualité des preuves scientifiques à la base des recommandations a fait l'objet d'une cotation par les démarches GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) et CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research), pour les preuves quantitatives et qualitatives, respectivement. Des revues systématiques actualisées ont servi à préparer les profils de preuves pour les questions prioritaires analysées. Le cadre GRADE (EtD), un outil d'utilisation de données pour la prise de décision qui inclut les critères relatifs aux effets, aux valeurs, aux ressources, à l'équité, à l'acceptabilité et à la faisabilité des interventions, a été utilisé pour guider la formulation des recommandations par le groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) - un groupe d'experts internationaux rassemblés constitué dans le but de développer ce guide - lors de deux consultations techniques en mai et en septembre 2017. En outre, les recommandations pertinentes provenant de directives OMS existantes approuvées par le comité d'évaluation des directives (CED) ont été systématiquement identifiées et intégrées dans ce guide dans le but de fournir un document complet aux utilisateurs finaux.

Recommandations

Les consultations techniques de l'OMS ont permis de formuler 56 recommandations concernant les soins intrapartum : 26 d'entre elles sont des nouvelles recommandations et 30 sont des recommandations issues des guides OMS existants. Les recommandations sont présentées en fonction du contexte intrapartum pour lequel elles sont pertinentes, c'est à dire pour les soins tout au long du travail et de l'accouchement, les soins pendant la première phase du travail, les soins pendant la deuxième phase, les soins pendant la troisième phase du travail, les soins immédiats du nouveau-né, et les soins immédiats de la femme après l'accouchement. D'après les évaluations du critère GRADE EtD, qui en ont guidé la formulation, et dans certains cas le contexte spécifique, le GDD a classé chaque recommandation dans l'une des catégories suivantes définies ci-dessous :

- **Recommandé** : Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option devrait être mise en œuvre.
- **Non recommandé** : Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option ne devrait pas être mise en œuvre.

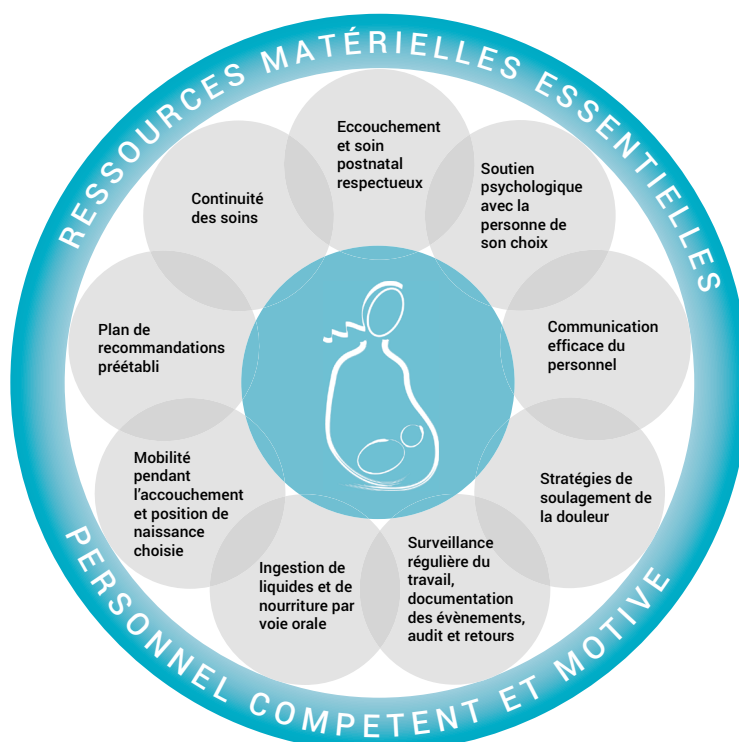
- **Recommandé seulement dans un contexte spécifique :** Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option s'applique uniquement pour la condition, l'environnement ou la population spécifiés dans la recommandation, et devrait seulement être mise en œuvre dans ces contextes définis.
- **Recommandé seulement dans un contexte de recherche rigoureuse :** Cette catégorie indique qu'il existe des incertitudes importantes pour cette intervention ou option. Dans ces cas, la mise en œuvre peut quand même être menée à grande échelle, à condition qu'elle se fasse sous forme de recherche capable de répondre aux questions et incertitudes non résolues liées à la fois à l'efficacité de l'intervention ou de l'option, et à son acceptation ou faisabilité.

Pour garantir que chaque recommandation soit correctement comprise et appliquée dans la pratique, les experts ont fourni des remarques complémentaires, le cas échéant. Lorsque le GDD a recommandé une intervention ou une option limitée à un contexte spécifique ou seulement dans le cadre de la recherche rigoureuse, des détails supplémentaires ont été inclus sur le contexte particulier et sur les enjeux clés à examiner, respectivement. Les utilisateurs de ce guide devraient se référer à ces remarques, qui sont présentées directement sous chaque recommandation dans la version complète du guide. Les recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Lors des consultations techniques, les considérations de mise en œuvre pour les recommandations individuelles et pour le guide dans son ensemble ont été débattues. Le GDG a convenu que, pour obtenir une expérience positive d'accouchement pour les femmes et leurs enfants, les recommandations incluses dans ce guide devraient être mises en œuvre en tant qu'ensemble de soins dans tous les contextes par des professionnels de santé bienveillants, compétents et motivés travaillant là où les ressources physiques essentielles sont disponibles. Les systèmes de santé devraient viser à mettre en place ce modèle OMS de soins intrapartum (schéma 1) afin de permettre à toutes les femmes d'accéder aux soins centrés sur la femme qu'elles souhaitent et dont elles ont besoin, et pour apporter une base solide à ces soins, en conformité avec une approche basée sur les droits humains.

Les produits dérivés de ce guide incluront des outils de surveillance du travail pour son application à différents niveaux de soins. Conformément au processus de mise à jour des directives OMS de santé maternelle et périnatale, un processus continu d'identification et de réduction des faiblesses de preuves sera utilisé dès que le guide sera mis en œuvre. Dans le cas où des nouvelles preuves (qui pourraient potentiellement affecter la base des preuves actuelles pour une recommandation) seraient identifiées, la recommandation sera mise à jour. L'OMS accueille favorablement les suggestions portant sur des questions supplémentaires à inclure dans les futures mises à jour de cette ligne directrice.

Schéma 1. Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS



Liste récapitulative des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance		
Soins maternels respectueux	1. Des soins de maternité respectueux – cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement – sont recommandés.	Recommandé
Communication efficace	2. La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée.	Recommandé
Accompagnement pendant l'accouchement et la naissance	3. Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	Recommandé
Continuité des soins	4. Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien. ^a	Recommandation spécifique au contexte
Première phase du travail		
Définition des phases de latence et active du travail	5. L'utilisation des définitions suivantes des premières phases de latence et active du travail est recommandée pour la pratique. <ul style="list-style-type: none"> — La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants. — La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants. 	Recommandé
Durée de la première phase du travail	6. Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.	Recommandé
Progression de la première phase du travail	7. Pour les femmes enceintes avec un début de travail spontané, le rythme de dilatation du col de l'utérus d'1 cm/heure au cours de la phase active (représenté par la ligne d'alerte du partogramme) n'identifie pas correctement les femmes présentant des risques d'issue défavorable pour l'accouchement et n'est donc pas recommandé à cette fin.	Non recommandé
	8. Un rythme de dilatation d'1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale.	Non recommandé

^a Intégrés depuis les *Recommandations OMS sur les soins prénatals pour une expérience de grossesse positive*.

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
	9. Le travail peut ne pas s'accélérer naturellement avant qu'un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm ne soit atteint. Par conséquent, l'utilisation d'interventions médicales pour accélérer le travail et l'accouchement (comme l'administration d'ocytocine ou la césarienne) avant ce seuil n'est pas recommandée si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.	Non recommandé
Pratique d'admission en salle de travail	10. Pour les femmes enceintes en bonne santé présentant un travail spontané, une politique d'attente du début de la première phase active pour l'admission en salle d'accouchement est recommandée seulement dans un contexte de recherche rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Examen clinique du bassin à l'admission	11. L'examen clinique du bassin à l'admission pour le travail n'est pas recommandé pour les femmes enceintes en bonne santé.	Non recommandé
Examen de routine de l'état du fœtus lors de l'admission pour le travail	12. La cardiotocographie de routine n'est pas recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement pour les femmes en bonne santé présentant un travail spontané.	Non recommandé
	13. L'auscultation à l'aide d'un appareil à ultrasons Doppler ou d'un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement.	Recommandé
Rasage du périnée/du pubis	14. Le rasage de routine du périnée/du pubis n'est pas recommandé avant un accouchement par voie basse. ^a	Non recommandé
Lavement à l'admission	15. L'administration d'un lavement pour réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandée. ^b	Non recommandé
Toucher vaginal	16. Un Un toucher vaginal toutes les quatre heures est recommandé pour l'évaluation systématique de la phase active du premier stade du travail d'accouchement chez les femmes à faible risque obstétrical. ^b	Recommandé
Cardiotocographie continue pendant l'accouchement	17. La cardiotocographie continue n'est pas recommandée pour l'évaluation de l'état du fœtus chez les femmes enceintes en bonne santé expérimentant un travail spontané.	Non recommandé
Auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus pendant le travail	18. L'auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus avec un appareil à ultrasons Doppler ou un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé pendant l'accouchement.	Recommandé
Analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur	19. L'analgésie péridurale est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Opiacés pour le soulagement de la douleur	20. Des opiacés parentéraux, comme le fentanyl, la diamorphine ou la péthidine, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur	21. Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Techniques manuelles pour la gestion de la douleur	22. Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé

^a Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles peripartum*.

^b Intégré depuis les *Recommandations de l'OMS pour l'accélération de l'accouchement*.

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé	23. Le soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé et réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandé. ^a	Non recommandé
Liquides et nourriture par voie orale	24. Chez les femmes à faible risque obstétrical, la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée. ^a	Recommandé
Mobilité maternelle et position	25. Il est recommandé d'encourager la mobilité et une position verticale pendant le travail chez les femmes à faible risque obstétrical. ^a	Recommandé
Préparation vaginal	26. La préparation vaginale de routine à la chlorhexidine pendant le travail n'est pas recommandé dans le but de prévenir les morbidités infectieuses. ^b	Non recommandé
Gestion active de l'accouchement	27. Un ensemble de soins pour la gestion active du travail à fin d'empêcher sa prolongation n'est pas recommandé. ^a	Non recommandé
Amniotomie de routine	28. Le recours à l'amniotomie seule pour prévenir la prolongation du travail n'est pas recommandé. ^b	Non recommandé
Amniotomie et ocytocine précoces	29. Le recours à l'amniotomie précoce avec une accélération précoce du travail par ocytocine pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandé. ^b	Non recommandé
Ocytocine pour les femmes sous analgésie épidurale	30. L'utilisation de l'ocytocine pour prévenir le travail prolongé chez les femmes sous analgésie épidurale n'est pas recommandée. ^b	Non recommandé
Antispasmodiques	31. L'utilisation d'antispasmodiques pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandée. ^b	Non recommandé
Fluides par voie intraveineuse pour prévenir le travail prolongé	32. L'utilisation de fluides par voie intraveineuse dans le but de réduire la durée du travail n'est pas recommandée. ^b	Non recommandé
Deuxième phase du travail		
Définition et durée de la deuxième phase du travail	33. L'utilisation de la définition suivante et de la durée de la deuxième phase du travail est recommandée dans la pratique. <ul style="list-style-type: none"> — La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion. — Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures. 	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sans analgésie épidurale)	34. Pour les femmes sans analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sous analgésie épidurale)	35. Pour les femmes avec analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Méthode de poussée	36. Les femmes dans la phase d'expulsion de la deuxième phase du travail devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser.	Recommandé

^a Intégré depuis les *Recommandations de l'OMS pour l'accélération de l'accouchement*.

^b Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles peripartum*.

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Méthode de poussée (pour les femmes sous analgésie épidurale)	37. Pour les femmes avec analgésie péridurale dans la deuxième phase du travail, il est recommandé de retarder la poussée pendant une ou deux heures après la dilatation complète ou jusqu'à ce que la femme retrouve le besoin de pousser dans un contexte où les ressources sont disponibles pour une durée prolongée de la deuxième phase et où l'hypoxie périnatale peut être correctement évaluée et gérée.	Recommandation spécifique à un contexte
Techniques de prévention du traumatisme du périnée	38. Pour les femmes dans la deuxième phase du travail, les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles.	Recommandé
Indication de l'épisiotomie	39. L'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément.	Non recommandé
Expression abdominale	40. L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant la deuxième phase du travail n'est pas recommandée.	Non recommandé
Troisième phase du travail		
Utérotoniques prophylactiques	41. L'utilisation d'utérotoniques pour la prévention d'hémorragie du post partum (HPP) pendant la troisième phase du travail est recommandée pour toutes les naissances. ^a	Recommandé
	42. L'ocytocine (10 IU, IM/IV) est le médicament utérotonique recommandé pour la prévention de l'hémorragie du post partum (HPP). ^a	Recommandé
	43. Dans les contextes où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (ergométrine/méthyleergométrine, ou l'association à d'ocytocine et d'ergométrine) ou de misoprostol oral (600 µg) est recommandée. ^a	Recommandé
Clampage tardif du cordon ombilical	44. Le clampage tardif du cordon ombilical (pas avant la 1ère minute après la naissance) est recommandé pour une meilleure santé de la mère et du nourrisson ainsi que pour la nutrition. ^b	Recommandé
Traction contrôlée du cordon (TCC)	45. Dans les contextes où du personnel qualifié pour les accouchements est disponibles, la traction contrôlée du cordon (TCC) est recommandée pour les naissances si le prestataire de santé et la parturiente prennent en considération l'importance d'une légère diminution de la perte de sang et d'une légère diminution de la durée de la troisième phase du travail. ^a	Recommandé
Massage utérin	46. Le massage utérin soutenu n'est pas recommandé en tant qu'intervention visant à empêcher l'hémorragie post partum (HPP) chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique. ^a	Non recommandé
Soins du nouveau-né		
Aspiration nasale ou orale de routine	47. Pour les nouveau-nés avec du liquide amniotique clair qui respirent spontanément après la naissance, l'aspiration de la bouche et du nez ne devrait pas être réalisée. ^c	Non recommandé
Contact peau-à-peau	48. Les nouveau-nés sans complications devraient être gardés en contact peau-à-peau (CPP) avec leur mère pendant la première heure après la naissance afin de prévenir l'hypothermie et d'encourager l'allaitement. ^d	Recommandé
Allaitement	49. Tous les nouveau-nés, y compris les enfants à faible poids de naissance (FPN) qui sont capables d'allaiter, devraient être mis au sein le plus rapidement possible après la naissance dès qu'ils sont cliniquement stables, et que la mère et l'enfant sont prêts. ^e	Recommandé

^a Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies post partum*.

^b Intégré depuis le *Guide OMS : clampage du cordon retardé pour l'amélioration de la santé de la mère et du nourrisson et la nutrition*.

^c Intégré depuis les *Directives OMS sur la réanimation basique du nouveau-né*.

^d Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la gestion des maladies infantiles communes : preuves pour la mise à jour techniques d'un livre de poche des recommandations*.

^e Intégré depuis les *Directives OMS sur la santé du nouveau-né*.

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Prophylaxie de la maladie hémorragique par la vitamine K	50. Tous les nouveau-nés devraient recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire après la naissance (c'est à dire après la première heure durant laquelle l'enfant devrait être en contact peau-à-peau avec la mère et l'allaitement devrait être initié). ^a	Recommandé
Bain et autres soins post-naissance immédiats du nouveau-né	51. Le bain devrait être reporté au moins 24 heures après la naissance. Si cela n'est pas possible pour des raisons culturelles, le bain devrait être reporté au moins six heures. Il est recommandé de vêtir l'enfant correctement en fonction de la température ambiante. Cela signifie une ou deux couches de vêtements de plus que les adultes, ainsi que des bonnets/capuchons. La mère et l'enfant ne devraient pas être séparés et devraient rester dans la même pièce 24 heures sur 24.	Recommandé
Soins de la femme après l'accouchement		
Surveillance de la tonicité utérine	52. La surveillance de la tonicité utérine dans le post partum pour l'identification précoce de l'atonie utérine est recommandée pour toutes les femmes. ^b	Recommandé
Antibiotiques pour naissance sans complications	53. L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications. ^c	Non recommandé
Antibiothérapie prophylactique de routine pour l'épisiotomie	54. L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu une épisiotomie. ^c	Non recommandé
Surveillance maternelle postpartum de routine	55. Toutes les femmes dans le post partum devraient avoir un examen régulier de routine du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et de la fréquence cardiaque pendant les premières 24 heures à compter de la première heure après la naissance. La tension artérielle devrait être mesurée peu de temps après la naissance. Si elle est normale, la deuxième mesure de pression artérielle devrait être prise dans les six heures suivantes. Le résidu post-mictionnel devrait être mesuré dans les six heures. ^d	Recommandé
Sortie de l'hôpital après une naissance sans complications	56. Après une naissance sans complications dans un établissement de santé, les mères en bonne santé et leur nouveau-né devraient recevoir des soins dans l'établissement pendant au moins 24 heures après la naissance. ^{a,d}	Recommandé

^a Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la gestion des maladies infantiles communes : preuves pour la mise à jour techniques* du livret de poche des recommandations.

^b Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies post partum*.

^c Intégré depuis le *Guide OMS : clampage du cordon retardé pour l'amélioration de la santé de la mère et du nourrisson et la nutrition*.

^d Intégré depuis les *Directives OMS sur la réanimation basique du nouveau-né*.



**Organisation
mondiale de Santé**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

WHO/RHR/18.12

L'Organisation mondiale de Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. La présente publication exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de Santé.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le Département Santé reproductive et recherche, Organisation mondiale de Santé, Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27 (Suisse)

Courriel : reproductivehealth@who.int Site Web : www.who.int/reproductivehealth