

# PREMIERS SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ

Guide de poche de pratique clinique



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Premiers soins essentiels au nouveau-né. Guide de poche de pratique clinique.

1. Puériculture – méthodes. 2. Nouveau-né, nourrisson. 3. Guide pratique en tant que sujet de discussion.

I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional du Pacifique occidental. ISBN 978 92 9061 835 5 (Classification NLM : WS 113)

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Tous droits réservés. Il est possible de consulter les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sur le site de l'Organisation ([www.who.int](http://www.who.int)) ou de se les procurer auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS, que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale, doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS par le biais du site de l'OMS ([www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)). Pour les publications du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, les demandes relatives à la permission de les reproduire doivent être envoyées au Bureau des publications, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental, P.O. Box 2932, 1000, Manille, Philippines, télécopie : +632 521 1036, courrier électronique : [publications@wpro.who.int](mailto:publications@wpro.who.int). Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la 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'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# PREMIERS SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ

Guide de poche de pratique clinique



# SOMMAIRE

Avant-propos .....	iii
Remerciements .....	iv
Acronymes .....	v
Raisons, objectif et lecteurs visés .....	vi
Élaboration du guide .....	vii
Comment utiliser le guide .....	viii
1. Préparation de l'accouchement » <b>Algorithme 1</b> .....	2
2. Soins immédiats au nouveau-né : les 90 premières minutes » <b>Algorithme 2</b> .....	12
3. Soins au nouveau-né : de 90 minutes jusqu'à 6 heures .....	24
4. Soins avant la sortie de la maternité, mais après les 90 premières minutes .....	32
5. Soins de la sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines .....	42
6. Soins supplémentaires .....	50
A. Réanimation du nouveau-né » <b>Algorithme 3</b> .....	50
B. Soins du bébé menu (ou de jumeaux) » <b>Algorithme 4</b> .....	58
C. Résoudre les problèmes d'alimentation .....	65
7. Créer l'environnement des soins néonataux .....	72
A. Préparation des changements d'équipe .....	72
B. Après chaque accouchement .....	72
C. Précautions de base .....	73
8. Liste de contrôle pour la maintenance de l'équipement et des fournitures .....	84
9. Index .....	90
10. Bibliographie .....	94

## AVANT-PROPOS

Les femmes sont particulièrement vulnérables pendant le travail, l'accouchement et la période qui suit immédiatement la naissance. Toutes les deux minutes, un nouveau-né meurt dans la Région du Pacifique occidental, ce qui représente plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans. Pourtant, un grand nombre de ces décès peuvent être évités.

Lançant une offensive pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a pris fait et cause pour la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (2010). Dans le cadre de cette initiative, le Secrétaire général a exhorté les gouvernements, les institutions des Nations Unies et les autres acteurs à prendre des mesures pour atteindre les cibles de ces objectifs 4 et 5.

En outre, l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres partenaires ont mis au point le plan intitulé *Chaque nouveau-né: plan d'action pour mettre fin aux décès évitables* (2014). À la même date, le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental et le Bureau régional Asie orientale et Pacifique de l'UNICEF ont élaboré le *Plan d'action pour des nouveau-nés en bonne santé dans la Région du Pacifique occidental (2014–2020)*. Ces deux plans attirent l'attention sur les actions essentielles que les États Membres et les partenaires en développement peuvent engager pour augmenter

les taux de survie de la mère et du nouveau-né, notamment en relevant la qualité des soins.

Pour apporter son soutien aux États Membres qui actualisent les protocoles cliniques, le Bureau régional élabore à présent ce Guide de poche de pratique clinique sur les premiers soins essentiels au nouveau-né. Ce guide de référence, d'esprit pratique, met à la disposition des agents de santé les étapes recommandées par l'OMS en matière de soins maternels pendant le travail et l'accouchement, et de soins au nouveau-né après la naissance. Dans ces pages, ils trouveront des recommandations efficaces et peu coûteuses, pouvant être mises en œuvre aisément, même au niveau communautaire. Par exemple, « Première étreinte » propose une séquence simple mais vitale d'étapes à suivre en matière de soins à prodiguer immédiatement au nouveau-né, qui privilégient le contact du nourrisson avec sa mère et ont démontré leur capacité à améliorer radicalement les résultats. Une attention particulière est également accordée aux pratiques courantes nocives, qu'il faut abandonner.

Grâce à notre volonté commune, à des efforts soutenus et à des conseils pratiques, nous pouvons améliorer les vies de millions de personnes, et sauver 50 000 nourrissons chaque année.



Docteur Shin Young-soo  
Directeur régional

## REMERCIEMENTS

L'OMS exprime sa gratitude aux experts suivants pour leurs commentaires et recommandations émises au cours de leur participation à la relecture technique du *Guide de poche de pratique clinique sur les premiers soins essentiels au nouveau-né*, dans le cadre de son actualisation : Professeur Trevor Duke, Directeur, Centre for International Child Health, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Child and Neonatal Health (Centre collaborateur de l'OMS), Melbourne (Australie); Docteur Uwe Ewald, Professeur/Directeur, Département de néonatalogie, Département de la santé de la mère et de l'enfant, Hôpital de l'université d'Uppsala, Uppsala (Suède); Docteur Feng Qi, Directeur, Division de la médecine des soins intensifs, Département de pédiatrie, Premier hôpital de l'université de Peking, Beijing, République populaire de Chine;

Docteur Joan Skinner, Maître de conférences, École d'études supérieures en soins infirmiers, obstétrique et santé, Université Victoria de Wellington, Wellington, Nouvelle-Zélande; Docteur John Murray, Consultant en Santé internationale, États-Unis d'Amérique; et Docteur Nabila Zaka, Spécialiste en santé maternelle et infantile, Section Survie et développement de l'enfant, Bureau régional Asie orientale et Pacifique de l'UNICEF, Bangkok, Thaïlande.

L'OMS exprime sa gratitude particulière à Kalusugan ng Mag-Ina (KMI), Philippines, et à sa Présidente, Docteur Maria Asuncion Silvestre, qui ont incorporé les changements et préparé la première version du Guide de poche de pratique clinique.

## ACRONYMES

ARV	traitement antirétroviral
BCG	bacille Calmette-Guérin (vaccin)
FCF	fréquence cardiaque fœtale
IM	intramusculaire
IV	intraveineux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RPM	rupture prématurée des membranes
RPR	test rapide à la réagine ( <i>rapid plasma reagin</i> )
TA	tension artérielle
VDRL	Venereal Research Disease Laboratory
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
UI	unité internationale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

## RAISONS, OBJECTIF ET LECTEURS VISÉS

Un bébé meurt toutes les deux minutes environ dans la Région OMS du Pacifique occidental. La majorité des décès de nouveau-nés se produit au cours des premiers jours de la vie, la plupart du temps en raison de causes qui sont évitables. Les forts taux de mortalité et de morbidité chez les nouveau-nés sont liés aux pratiques hospitalières et communautaires inappropriées qui sont actuellement constatées dans toute la Région. En outre, il existe une lacune entre les soins maternels et les soins infantiles dans laquelle se situent les soins au nouveau-né.

Ce guide entend offrir aux professionnels de la santé un protocole fondé sur des données scientifiques, facile à utiliser et traitant des premières heures et des premiers jours de la vie.

Les lecteurs visés sont les accoucheuses qualifiées, notamment les sages-femmes, infirmières et médecins, de même que ceux qui sont impliqués dans les soins aux nouveau-nés. Ce Guide de poche offre un accès, étape par étape, à un ensemble fondamental d'interventions en soins essentiels au nouveau-né, qui peuvent être administrés dans tous les environnements de soins. Il traite également de la stabilisation et de l'orientation des nourrissons malades et prématurés. En revanche, les soins intensifs aux nourrissons ne sont pas couverts dans ce Guide de poche.

# ÉLABORATION DES « PREMIERS SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ »

## GUIDE DE POCHE

Ce guide pratique et clinique de poche comprend les informations et les actions les plus récentes à entreprendre en matière de premiers soins essentiels au nouveau-né dans la Région OMS du Pacifique occidental.

Le Groupe de travail technique sur les soins au nouveau-né a passé en revue les matériels disponibles dans six pays de la Région du Pacifique occidental (Cambodge, Chine, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam).

Le texte et les algorithmes cliniques ont été actualisés et améliorés en recourant aux publications et aux directives récentes de l'OMS : la seconde édition 2013 du guide de poche *Soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux*; les directives 2012 sur la réanimation de base du nouveau-né; les *Recommandations 2012 de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*; et *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Modèle de chapitre pour les manuels destinés aux étudiants en médecine et aux professionnels paramédicaux (*Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*, 2009); l'Initiative OMS/UNICEF 2009 des hôpitaux « amis des bébés » (*Baby-Friendly Hospital Initiative, édition révisée, actualisée et augmentée*

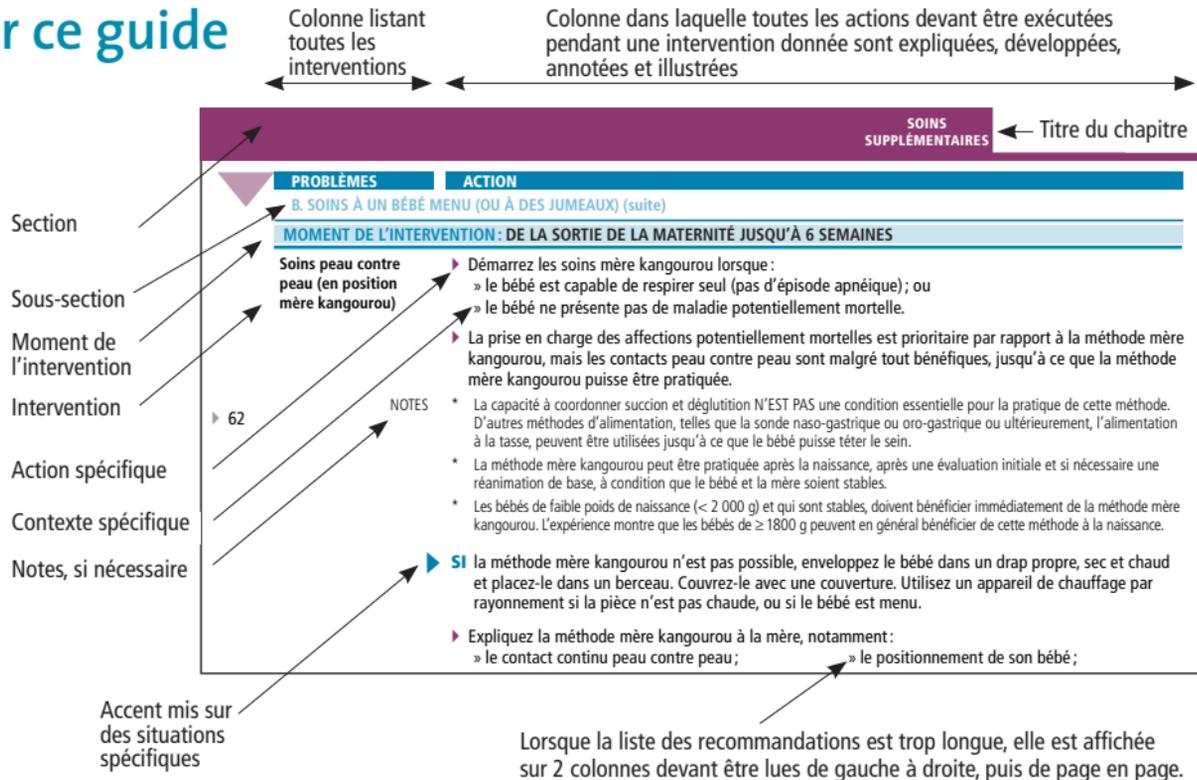
*pour des soins intégrés*) – Section 1 : contexte et mise en œuvre; les recommandations OMS de 2013 sur les soins postnatals à la mère et au nouveau-né et la consultation technique OMS de 2010 sur les soins du post-partum et les soins postnatals; le cours OMS de 2010 sur les soins néonataux essentiels (*Essential newborn care course*); la Déclaration commune OMS/UNICEF de 2009 sur les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant; les directives de 2011 sur l'alimentation optimale des nourrissons présentant un faible poids de naissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire (*Optimal feeding of low-birth-weight infants in low- and middle-income countries*); la boîte à outils de l'OMS Meilleures pratiques d'injections et procédures associées (*Best practices for injections and related procedures toolkit, 2010*); et les Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (*Guidelines on hand hygiene in health care, 2009*).

On trouvera une compilation des recommandations pertinentes approuvées ou en cours de révision par le Comité d'examen des directives de l'OMS à l'adresse suivante : [http://origin.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines/fr/](http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines/fr/).

# Comment utiliser ce guide

Ce guide de pratique clinique est organisé par ordre chronologique. Il guide les agents de santé à travers les précautions de base devant être prises lors des soins essentiels au nouveau-né, à partir de la période intra-partum avec la préparation du lieu de l'accouchement, en mettant l'accent sur les pratiques de soins lors des premières heures et des premiers jours de la vie du nouveau-né.

Chaque section possède un onglet de couleur pour être repérée facilement.



# 1. Préparation à l'accouchement

**PRÉPARATION À  
L'ACCOUCHEMENT**

**SOINS NOUVEAU-NÉ  
0-90 MIN**

**SOINS NOUVEAU-NÉ  
90 MIN-6 HEURES**

**SOINS AVANT  
SORTIE MATERNITÉ**

**SOINS DE LA SORTIE  
À 6 SEMAINES**

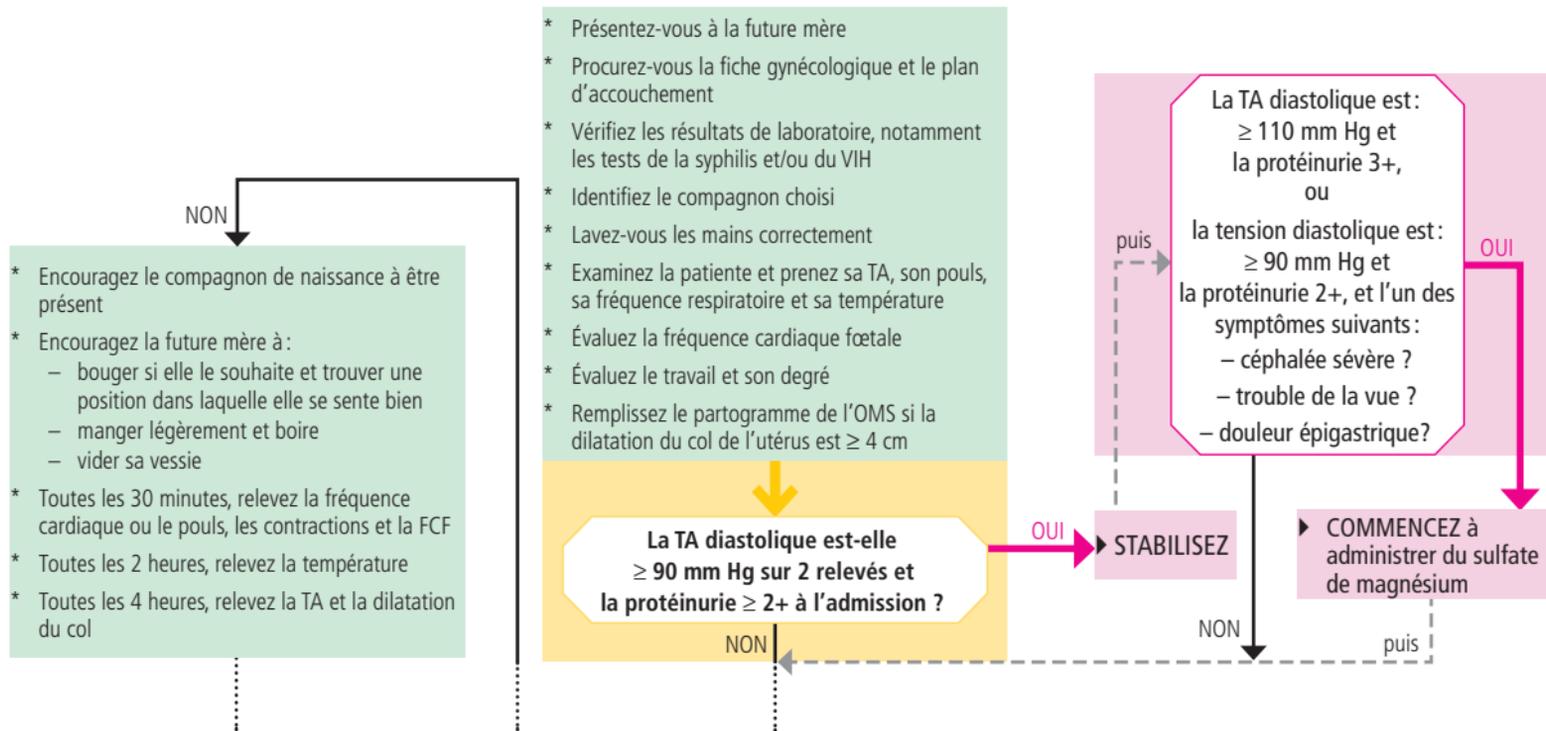
**SOINS  
SUPPLÉMENTAIRES**

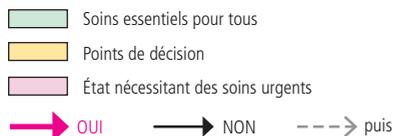
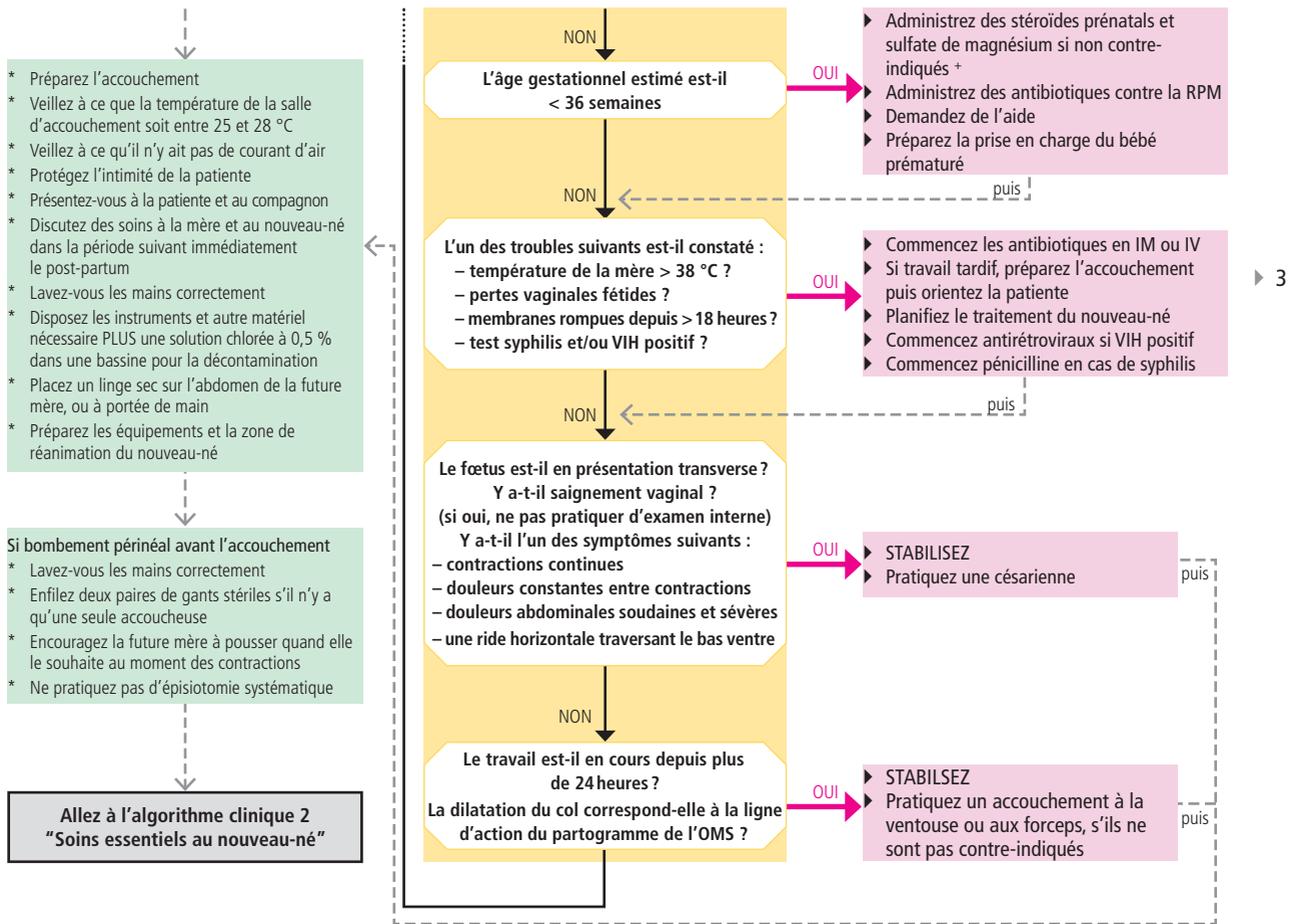
**ENVIRONNEMENT  
SOINS NÉONATALS**

**CONTRÔLE DE  
MAINTENANCE**

# Algorithme 1: Préparation à l'accouchement

► 2





**Légendes**

- TA : tension artérielle
- FCF : fréquence cardiaque foetale
- RPM : rupture prématurée des membranes
- IM : intramusculaire
- IV : intraveineuse

# 1. Préparation à l'accouchement

## INTERVENTION

## ACTION

### MOMENT DE L'INTERVENTION : LORS DE L'ARRIVÉE DE LA PATIENTE DANS LES LOCAUX

- ▶ Présentez-vous à la future mère.
- ▶ Procurez-vous la fiche gynécologique et le plan d'accouchement.
- ▶ Identifiez le(s) compagnon(s) choisi(s).
- ▶ Lavez-vous les mains correctement (voir pp. 75–77).
- ▶ Examinez la patiente. Vérifiez si elle est pâle, et prenez :
  - » sa tension artérielle,
  - » sa fréquence cardiaque ou son pouls,
  - » sa fréquence respiratoire,
  - » sa température.
- ▶ Évaluez la fréquence cardiaque fœtale.
- ▶ Évaluez l'avancement et l'état du travail.

## MOMENT DE L'INTERVENTION : LORSQUE LE DÉBUT DU TRAVAIL EST CONFIRMÉ

- ▶ Consultez les résultats des tests de la patiente, notamment l'hémoglobine, la syphilis – anticorps réaginique ou test VDRL – et le VIH.

### REMPLEZ LE PARTOGRAMME DE L'OMS, NOTAMMENT :

- » les heures de travail actif
- » la durée écoulée depuis la rupture des membranes
- » l'évaluation rapide
- » les saignements vaginaux
- » le liquide amniotique
- » les contractions utérines
- » la fréquence cardiaque fœtale
- » la quantité d'urine
- » la température
- » la fréquence cardiaque ou le pouls
- » la tension artérielle
- » la dilatation du col
- » tout autre problème

▶ 5

- ▶ **SI** la tension diastolique est  $\geq 90$  mm Hg, CONFIRMEZ par une seconde mesure et recherchez la protéinurie.
- ▶ **SI** la tension diastolique est de nouveau  $\geq 90$  mm Hg ET que la protéinurie est  $\geq 2+$ , STABILISEZ la patiente.



INTERVENTION

ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : LORSQUE LE DÉBUT DU TRAVAIL EST CONFIRMÉ (suite)

NOTE

Une corticothérapie prénatale est recommandée entre la 24<sup>ème</sup> et la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation chez les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- ▶ 6
  - l'âge gestationnel peut être estimé de manière précise ;
  - la naissance prématurée est jugée imminente ;
  - il n'existe aucune preuve clinique d'une infection maternelle ;
  - des soins adéquats sont disponibles pendant l'accouchement (y compris la capacité de détecter et de prendre en charge en toute sécurité le travail et la naissance avant terme) ;
  - des soins adéquats peuvent être dispensés au nouveau-né prématuré, s'il y a lieu

- ▶ **SI** la tension diastolique est  $\geq 110$  mm Hg ET que la protéinurie est supérieure à 3+ OU que la tension diastolique est  $\geq 90$  mm Hg ET que la protéinurie est supérieure à 2+ ET que l'un de ces symptômes est présent :
  - » céphalée sévère,
  - » troubles de la vue, ou
  - » douleur épigastrique,

COMMENCEZ à administrer du sulfate de magnésium.
- ▶ **SI** l'âge gestationnel estimé est  $< 36$  semaines :
 

COMMENCEZ à administrer des stéroïdes prénatals et sulfate de magnésium si non contre-indiqués ;

COMMENCEZ à administrer des antibiotiques contre la rupture prématurée des membranes ;

DEMANDEZ de l'aide ; et

PRÉPAREZ la réanimation et la prise en charge du bébé prématuré.
- ▶ **SI** l'un des symptômes suivants existe :
  - » température de la mère  $> 38$  °C,
  - » pertes vaginales fétides, ou
  - » membranes rompues depuis plus de 18 heures,

COMMENCEZ à administrer des antibiotiques en intramusculaire ou intraveineuse.

(réanimation, thermorégulation, assistance alimentaire, traitement des infections et oxygénothérapie sans risque, notamment).

L'administration de sulfate de magnésium est recommandée avant la 32<sup>e</sup> semaine de gestation chez les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré imminent afin de prévenir une paralysie cérébrale chez le nourrisson et l'enfant.

NOTE – Consultez les Lignes directrices unifiées (*Consolidated guidelines*, cf. Bibliographie).

- ▶ **SI** test positif :
  - » à la syphilis (anticorps réaginique ou VDRL) : COMMENCEZ la pénicilline,
  - » au VIH : COMMENCEZ la thérapie antirétrovirale.
- ▶ **SI** séropositivité au VIH connue :
  - » poursuivez les antirétroviraux suivant le protocole national.
- ▶ **SI** travail tardif :

Procédez à l'ACCOUCHEMENT, puis ORIENTEZ.

ADMINISTREZ au nouveau-né, si nécessaire et avant orientation :

  - » des antibiotiques prophylactiques,
  - » une thérapie antirétrovirale en cas d'exposition au VIH, ou
  - » de la pénicilline pour nouveau-né exposé à la syphilis.
- ▶ **SI** l'un des symptômes suivants existe :
  - » fœtus en présentation transverse,
  - » saignement vaginal (dans ce cas, PAS d'examen interne),
  - » contractions continues,
  - » douleurs constantes entre les contractions,
  - » douleurs abdominales soudaines et sévères, ou
  - » ride horizontale traversant le bas ventre,

STABILISEZ et ORIENTEZ en vue d'une césarienne.

▶ 7



**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : LORSQUE LE DÉBUT DU TRAVAIL EST CONFIRMÉ (suite)**

- ▶ **SI** le travail est en cours depuis plus de 24 h ou que la dilatation du col correspond à la ligne d'action du partogramme de l'OMS : STABILISEZ et procédez à l'accouchement par ventouse/césarienne.

**MOMENT DE L'INTERVENTION : PENDANT LE TRAVAIL**

- ▶ Encouragez le compagnon de naissance à être présent.
- ▶ Encouragez la future mère à :
  - » bouger si elle le souhaite et trouver une position dans laquelle elle se sente bien,
  - » manger légèrement et boire, et vider sa vessie.
- ▶ Toutes les :
  - » 30 minutes : mesurez la fréquence cardiaque ou le pouls, les contractions et la fréquence cardiaque fœtale,
  - » 2 heures : mesurez la température, et
  - » 4 heures : mesurez la tension artérielle et la dilatation du col.

## MOMENT DE L'INTERVENTION : PRÉPARATION DE L'ACCOUCHEMENT

- ▶ Protégez l'intimité de la future mère.
- ▶ Veillez à ce que la température de la salle d'accouchement soit comprise entre 25 et 28 °C, en utilisant un thermomètre d'ambiance sans mercure.
- ▶ Vérifiez que la salle d'accouchement n'est pas traversée de courants d'air en suspendant un mouchoir en papier.
- ▶ Éliminez les courants d'air si nécessaire, par exemple en éteignant les ventilateurs et/ou les climatiseurs.
- ▶ Présentez-vous à la mère et au compagnon ou à la personne de soutien.
- ▶ Passez en revue avec la patiente les soins qu'elle et son bébé recevront au cours de la période suivant immédiatement le post-partum.
- ▶ Lavez-vous les mains avec de l'eau propre et du savon (voir pp. 75–77).
- ▶ Placez un linge sec sur l'abdomen de la future mère, ou gardez-le à portée de main.
- ▶ Préparez le matériel suivant :
  - » un drap ou des serviettes propres,
  - » un bonnet,
  - » une seringue,
  - » une ampoule de 10 UI d'oxytocine,
  - » une bassine contenant une solution chlorée à 0,5% pour la décontamination (voir p. 78).
- ▶ Ouvrez le kit d'accouchement contenant des clamps ou rubans stériles, une pince pour le clampage et des ciseaux. Ne touchez pas les instruments stériles.

▶ 9



**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : PRÉPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (suite)**

- ▶ Préparez la zone de réanimation du nouveau-né :
  - » dégagez une surface plate et stable ; et
  - » vérifiez que l'équipement de réanimation est à portée de main, propre et fonctionnel : ballon, masques et dispositif d'aspiration, de préférence à usage unique.

**MOMENT DE L'INTERVENTION : AVANT L'ACCOUCHEMENT LORS DU GONFLEMENT PÉRINÉAL, AVEC BÉBÉ VISIBLE**

▶ 10

**Préparez-vous à l'accouchement : 2<sup>e</sup> PHASE DU TRAVAIL, STADE PÉRINÉAL**

NOTE – Si une seule accoucheuse, mettez deux paires de gants stériles ; en équipe, les gants de l'agent de santé qui manipulera le cordon doivent être stériles.

- ▶ Lavez-vous les mains correctement (voir pp. 75–77).
- ▶ Enfilez les gants stériles.
- ▶ Encouragez la future mère à pousser lorsqu'elle le souhaite au moment des contractions.
- ▶ Ne pratiquez pas d'épisiotomie systématique.
- ▶ L'épisiotomie doit être envisagée seulement en cas de :
  - » accouchement par voie basse compliqué (présentation podalique, dystocie des épaules, usage de ventouse ou forceps) ;
  - » cicatrice des organes génitaux féminins ou déchirures de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré mal cicatrisées ; ou
  - » souffrance fœtale.
- ▶ Ménagez le périnée de la future mère en contrôlant la sortie de la tête.

## 2. Soins immédiats au nouveau-né : les 90 premières minutes

SOINS NOUVEAU-NÉ  
0-90 MIN

SOINS NOUVEAU-NÉ  
90 MIN-6 HEURES

SOINS AVANT  
SORTIE MATERNITÉ

SOINS DE LA SORTIE  
À 6 SEMAINES

SOINS  
SUPPLÉMENTAIRES

ENVIRONNEMENT  
SOINS NÉONATALS

CONTRÔLE DE  
MAINTENANCE

## Algorithme 2: Soins essentiels au nouveau-né

12  
▶

NAISSANCE

- \* Énoncez l'heure de la naissance et le sexe du bébé
- \* Posez le bébé enveloppé dans le linge sec sur le ventre ou dans les bras de la maman
- \* Commencez à sécher le bébé dans les 5 secondes suivant la naissance :
  - essuyez soigneusement ses yeux, son visage, son tronc, ses bras et ses jambes
  - contrôlez sa respiration pendant que vous le séchez
- \* Ôtez le linge humide pour commencer le contact peau contre peau
- \* Couvrez le bébé avec un linge sec, et sa tête avec un bonnet
- \* Ne pratiquez pas d'aspiration nasopharyngée systématique

30 SECONDES

Le bébé suffoque-t-il ou n'arrive-t-il pas à respirer ?

OUI

NON

Réanimation du nouveau-né:

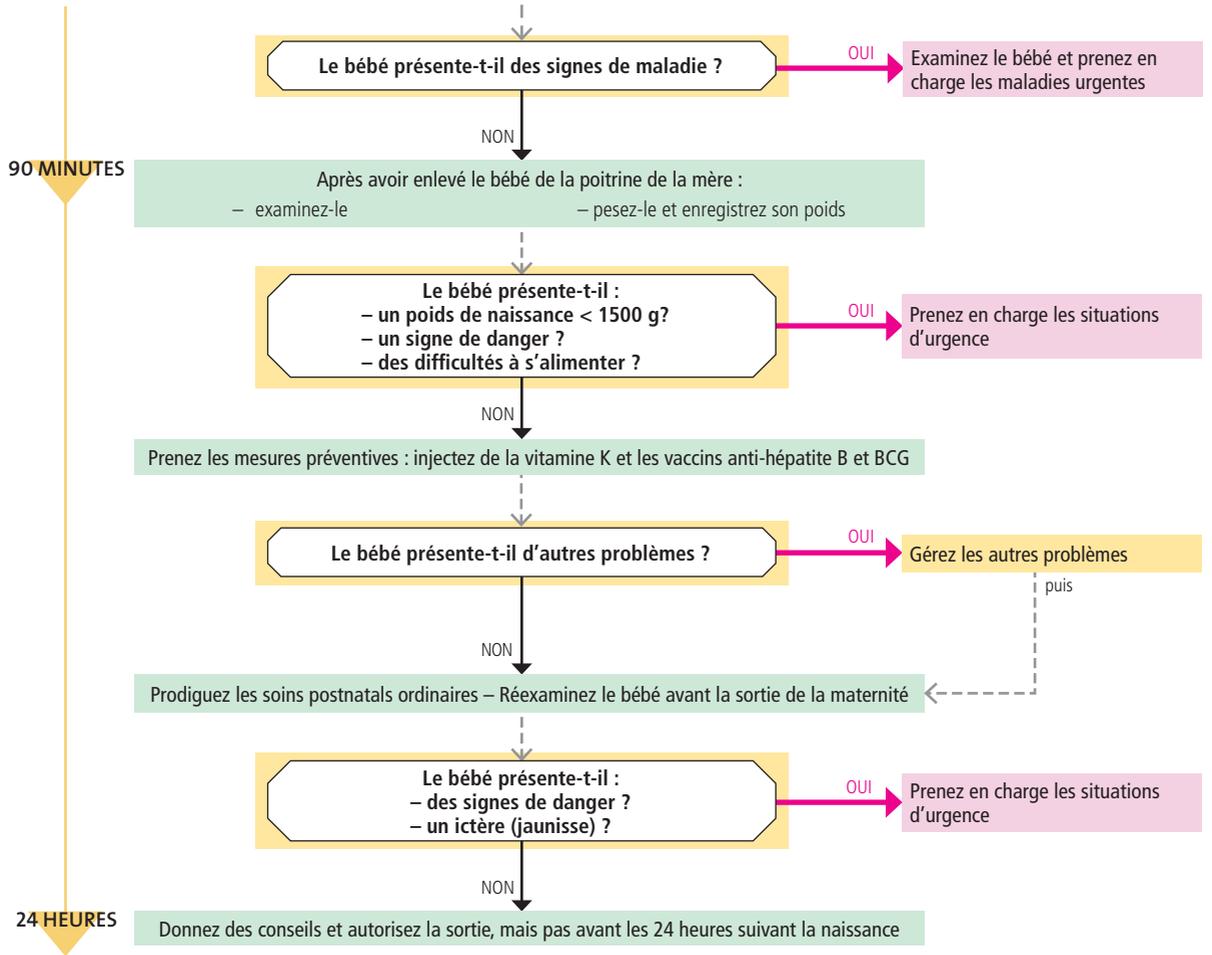
- clampage et section du cordon
- commencez ventilation

puis

1 MINUTE

- \* Poursuivez le contact peau contre peau sur le ventre ou la poitrine de la mère
- \* Injectez 10 UI d'ocytocine en intramusculaire après avoir écarté la présence d'un second bébé et avoir informé la mère, puis enlevez la paire de gants salis si vous êtes la seule accoucheuse
- \* Placez un clamp/couper le cordon après l'arrêt des pulsations, en attendant au moins 1 minute
- \* Ne séparez pas le bébé de la mère pendant au moins 60 minutes, sauf en cas de détresse respiratoire ou d'urgence maternelle
- \* Encouragez l'allaitement au sein lorsque le bébé montre des signes de faim
- \* Pratiquez les soins oculaires (pendant la première heure)
- \* Contrôlez le bébé toutes les 15 minutes
- \* Reportez le bain du bébé jusqu'à ce qu'il ait plus de 24 heures

Allez à l'algorithme clinique 3 :  
"Réanimation"



Soins essentiels pour tous

Points de décision

État nécessitant des soins urgents

➔ OUI    ➔ NON    - - - ➔ puis

## 2. Soins immédiats : les 90 premières minutes

### INTERVENTION

### ACTION

#### MOMENT DE L'INTERVENTION : PENDANT LES 30 PREMIÈRES SECONDES

#### Séchez et réchauffez

- ▶ Énoncez l'heure de naissance.
- ▶ Séchez immédiatement le bébé (dans les 5 secondes suivant la naissance):
  - » à l'aide d'un linge propre et sec, en séchant le bébé soigneusement;
  - » essuyez ses yeux, son visage, sa tête, l'avant et l'arrière de son corps, ses bras et ses jambes; et
  - » vérifiez rapidement la respiration du bébé pendant que vous le séchez (voir p. 12).
- ▶ Ôtez le linge mouillé et placez le bébé en contact peau contre peau sur sa mère.
- ▶ Couvrez le bébé et la mère avec un drap propre et chaud.
- ▶ Couvrez la tête du bébé avec un bonnet.

#### NOTE

NE PRATIQUEZ PAS d'aspiration nasopharyngée systématique.

Pendant les 30 premières secondes :

- ne pratiquez pas d'aspiration sauf si le nez et/ou la bouche sont obstrués; et
- n'aspirez pas le méconium sauf si le bébé n'est pas vigoureux.

## MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 30 SECONDES À 3 MINUTES

► **SI** après l'avoir soigneusement séché et stimulé (en 30 secondes si possible), le nouveau-né suffoque ou ne respire pas

**Commencez la ventilation à pression positive**

- Demandez de l'aide.
- Posez un clamp et coupez le cordon avec des ciseaux stériles, après avoir enfilé des gants stériles.
- Transportez le bébé vers une surface chaude et stable.
- Informez la mère sur un ton doux et gentil que le bébé a du mal à respirer et que vous allez l'aider.
- Commencez la ventilation (voir p. 53).

► 15

► **SI** le bébé respire ou pleure

**Poursuivez le contact peau contre peau**

- Si le bébé respire normalement ou pleure, évitez les manipulations telles que l'aspiration systématique, qui pourraient causer des traumatismes ou des infections. Reportez les procédures ordinaires telles que le pesage et les mesures.
- Poursuivez le contact peau contre peau avec le bébé allongé sur le ventre ou la poitrine de la mère. Tournez la tête du bébé vers un côté.
- Maintenez une couverture sur le dos du bébé et un bonnet sur sa tête

**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 30 SECONDES À 3 MINUTES (suite)**

- NOTES
- \* NE SÉPAREZ PAS le bébé de sa mère tant qu'il va bien (s'il ne présente pas de tirage costal grave, de suffocation ou d'apnée, ni de malformation grave) et que la mère ne nécessite pas de stabilisation médicale urgente, telle qu'une hystérectomie.
  - \* N'ESSUYEZ PAS l'enduit sébacé, s'il y en a.
  - \* NE DONNEZ PAS de bain au bébé pendant les premières 24 heures.
  - \* En cas d'usage d'un bracelet d'identification, placez-le à la cheville du bébé.
  - \* Si le bébé doit être séparé de sa mère, posez des clamps, coupez le cordon et posez le bébé sur une surface chaude, dans un endroit sûr, près de sa mère.

**Injectez de l'oxytocine dans le bras ou la cuisse de la mère**

- ▶ Expliquez à la mère que vous allez lui injecter de l'oxytocine pour contracter son utérus et la protéger de saignements excessifs.
- ▶ S'il est disponible, un second agent de santé formé peut réaliser cette injection.
- ▶ Plongez les instruments sales dans une solution de décontamination.

**En cas de naissances multiples**

- ▶ Si un ou d'autres bébés se présentent, demandez de l'aide. Accouchez le bébé suivant. Procédez comme pour une grossesse multifœtale.

**Posez des clamps et coupez le cordon au moment approprié**

- ▶ Assurez-vous que les gants sont stériles lorsque vous touchez ou manipulez le cordon :
  - » agent de santé seul portant une double paire de gants stériles : enlevez les gants salis avant de toucher ou manipuler le cordon ;
  - » si un autre agent de santé est présent : qu'il se lave les mains et utilise des gants stériles.
- ▶ Posez des clamps et coupez le cordon à la fin des pulsations (de 1 à 3 minutes) :
  - » posez un clamp ou un ruban de plastique stérile sur le cordon, à 2 cm de sa base,
  - » évacuez le sang du cordon à l'écart du bébé,
  - » posez le second clamp à 5 cm de la base du cordon (c'est-à-dire à 3 cm du premier clamp),
  - » coupez le cordon près du premier clamp ou attachez, avec des ciseaux stériles, et
  - » posez un autre ruban si le sang coule.
- ▶ Plongez les instruments sales dans une solution de décontamination.

▶ 17

**MOMENT DE L'INTERVENTION : AVANT 90 MINUTES**

- ▶ Laissez le bébé sur la poitrine de sa mère, peau contre peau, sa tête tournée sur un côté, et la mère en position semi-droite, ou sur le côté.
- ▶ Observez-le. Lorsqu'il montre des signes de faim (ouverture de la bouche, mouvement de la langue, léchage, frottement avec le nez), proposez à la mère d'encourager son bébé à prendre le sein.

**INTERVENTION**

**ACTION**

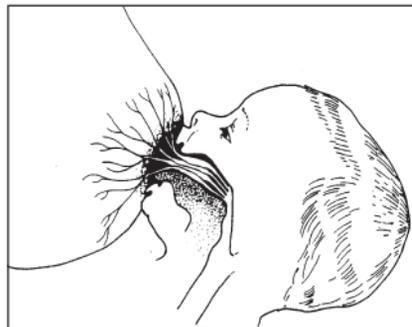
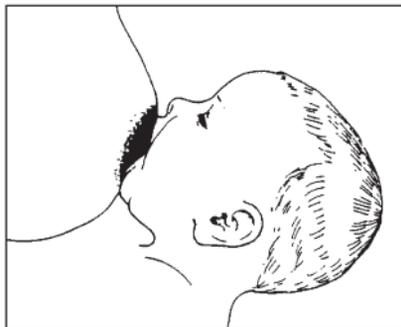
**MOMENT DE L'INTERVENTION : AVANT 90 MINUTES (suite)**

- ▶ Aidez la mère lors de l'allaitement pour vous assurer que le bébé est bien positionné et stable. Lorsque le bébé est prêt, conseillez à la mère de :
  - » s'assurer que le cou du bébé n'est pas fléchi ni tordu ;
  - » s'assurer qu'il est face au sein, son nez devant le mamelon et son menton touchant le sein ;
  - » tenir le corps du bébé près de son corps ;
  - » soutenir tout son corps, pas seulement son cou ou ses épaules ;
  - » attendre que la bouche du bébé soit grande ouverte ; et
  - » approcher le bébé de son sein, sa lèvre inférieure bien en-dessous du mamelon.
  
- ▶ Recherchez les signes indiquant que le bébé est stable et qu'il tète correctement, notamment :
  - » la bouche grande ouverte ;
  - » sa lèvre inférieure vers l'extérieur ;
  - » le menton du bébé touchant la poitrine ; et
  - » une tétée lente et profonde, avec des pauses.

NOTE L'allaitement au sein est un comportement acquis pour la mère comme pour le bébé. Ce dernier devra faire plusieurs tentatives avant de réussir à téter. Il est préférable que les agents de santé n'interfèrent pas dans ce processus (par exemple, en manipulant la tête et/ou le corps du bébé).

## SCHÉMAS DE LA BOUCHE DU NOURRISSON

Bonne prise du sein



Mauvaise prise du sein



© OMS

**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : AVANT 90 MINUTES (suite)**

- ▶ **SI** la position ou la tétée ne sont pas correctes, réessayez et réévaluez.
  - ▶ Ne laissez pas la mère et son enfant seuls. Contrôlez la respiration et la chaleur.
- ▶ **SI** le bébé présente des signes de maladies ou ne se montre pas prêt à s'alimenter dans les 90 premières minutes, EXAMINEZ-LE et GÉREZ les situations urgentes.
- ▶ **SI** le sein est engorgé, extrayez une petite quantité de lait maternel avant de débiter l'allaitement, pour assouplir l'aréole et faciliter la prise par le bébé.

NOTES

- \* NE TOUCHEZ PAS le bébé, sauf en cas de nécessité médicale.
- \* NE FAITES PAS boire d'eau sucrée, de préparation pour nourrissons, ni d'autre préparation préalable au lait maternel. Ne donnez pas de biberon, ni de tétine.
- \* NE JETEZ PAS le colostrum.
- \* Si la mère est séropositive au VIH, prenez des mesures pour éviter la transmission mère-enfant. Mettez en œuvre les activités de conseil et dépistage.

**Procédez aux soins oculaires**

- ▶ Expliquez à la mère que vous allez mettre une pommade ou des gouttes dans les yeux de son bébé pour prévenir les infections. Dites lui qu'il s'agit d'une procédure systématique, pour la rassurer.
- ▶ Lorsque le bébé a trouvé le sein, mettez de la pommade à l'érythromycine ou à la tétracycline, ou des gouttes de polyvidone iodée à 2,5 %, dans ses deux yeux, conformément aux directives nationales. Appliquez-les depuis le coin interne de chaque œil vers l'extérieur.
- ▶ Ne lavez pas les yeux après l'application des antimicrobiens.

**Prodiguez des soins supplémentaires au bébé de petite taille (ou aux jumeaux)**

- ▶ Lorsque le bébé est visiblement petit ou prématuré de plus d'1 mois :
  - » encouragez la mère à prolonger le contact peau contre peau ;
  - » apportez des couvertures supplémentaires pour garder le bébé au chaud ;
  - » ne donnez pas de bain au bébé ; et
  - » assurez son hygiène en l'essuyant avec un tissu humide, mais seulement après 24 heures.
- ▶ **SI** la mère ne peut pas garder le bébé en contact peau contre peau en raison de complications :
  - » enveloppez le bébé dans un drap propre, sec et chaud ;
  - » placez-le dans un lit d'enfant ;
  - » couvrez-le avec une couverture
  - » encouragez un autre membre de la famille à garder le bébé en contact peau contre peau, ou utilisez un appareil de chauffage par rayonnement si la température de la pièce est <28 °C.
- ▶ Si le bébé est très petit (poids < 1 500 g ou prématuré de plus de 2 mois), préparez-le pour une orientation. Laissez le bébé en contact peau contre peau, ou dans une couveuse, en attendant l'orientation (voir p. 60 : Soins supplémentaires pour un bébé menu).

**NOTE**

Les bébés à faible poids de naissance, pesant moins de 1 200 g, et qui ne présentent pas de complications, doivent être maintenus en contact peau contre peau avec leur mère ou un autre membre de la famille immédiatement après leur naissance, après avoir été séchés soigneusement pour prévenir l'hypothermie du nouveau-né.

Voir Bibliographie: *Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux.*



### 3. Soins au nouveau-né : de 90 minutes jusqu'à 6 heures

SOINS NOUVEAU-NÉ  
90 MIN – 6 HEURES

SOINS AVANT  
SORTIE MATERNITÉ

SOINS DE LA SORTIE  
À 6 SEMAINES

SOINS  
SUPPLÉMENTAIRES

ENVIRONNEMENT  
SOINS NÉONATALS

CONTRÔLE DE  
MAINTENANCE

### 3. Soins au nouveau-né (de 90 minutes à 6 heures)

#### INTERVENTION

#### ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 90 MINUTES À 6 HEURES

#### Examinez le bébé

- ▶ Lorsque le bébé a lâché le sein :
  - » lavez-vous les mains,
  - » examinez soigneusement le bébé,
  - » placez un bracelet d'identification autour de sa cheville, et
  - » pesez-le et enregistrez son poids.
- ▶ Expliquez à la mère que vous allez examiner le bébé pour déceler d'éventuels traumatismes de la naissance et/ou malformations, en particulier chez les bébés nécessitant des soins supplémentaires ou une orientation précoce.
- ▶ Recherchez les difficultés respiratoires, notamment :
  - » le *grunting* (geignement respiratoire) ;
  - » un tirage costal ; ou
  - » une fréquence respiratoire rapide ou lente.

#### NOTE

Chez un nouveau-né, la fréquence respiratoire normale est de 30 à 60 inspirations par minute.

- ▶ Contrôlez :
  - » la température du bébé – sa température normale prise sous l'aisselle doit être comprise entre 36,5 et 37,5 °C ,
  - » ses yeux pour y rechercher un rougeur, une tuméfaction ou un écoulement de pus ; ou
  - » le moignon du cordon ombilical pour y rechercher l'écoulement de sang.
- ▶ Recherchez une éventuelle distension abdominale.
- ▶ Examinez la tête, le torse et tous les membres du bébé.  
Recherchez d'éventuels traumatismes de la naissance, notamment :
  - » des bosses sur un ou les deux côtés de la tête ;
  - » des ecchymoses, des tuméfactions sur les fesses ;
  - » une position des jambes anormale (après une présentation podalique) ;
  - » des mouvements de bras asymétriques ; ou
  - » un bras immobile.
- ▶ **SI** l'un des traumatismes ci-dessus est présent :
  - » expliquez aux parents qu'ils disparaîtront probablement dans une semaine ou deux, et qu'ils ne requièrent pas de traitement spécial ;
  - » manipulez doucement le membre immobile ; et
  - » ne forcez pas les jambes à adopter une position différente.



**INTERVENTION**

**ACTION**

MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 90 MINUTES À 6 HEURES (suite)

**Examinez le bébé  
(suite)**

- ▶ Recherchez les signes de fracture :
  - » tuméfactions ou pleurs du bébé lorsque l'on touche certains endroits.

▶ **SI** vous suspectez une fracture, orientez le bébé.

- ▶ Recherchez d'éventuelles malformations :
  - » pied bot ;
  - » apparence bizarre / inhabituelle ;
  - » tissus ouverts sur la tête, l'abdomen ou le dos ;
  - » absence d'ouverture anale ; ou
  - » toute autre anomalie.

▶ **SI** l'une des malformations ci-dessus est détectée, orientez le bébé, et :

- » couvrez les tissus ouverts avec de la gaze stérile et gardez le bébé au chaud avant l'orientation ;
- » passez une sonde naso-gastrique au bébé s'il a une malformation abdominale ou si son ouverture anale est manquante. Gardez-la ouverte pendant le transport pour minimiser les risques de distension abdominale ou de ballonnement.
- ▶ Observez la peau du bébé pour y déceler des coupures ou des écorchures.
- ▶ Regardez dans sa bouche pour y rechercher une fente palatine ou un bec-de-lièvre.
- ▶ Informez la mère des résultats de votre examen. Rassurez-la si nécessaire.

- ▶ **SI** le poids du bébé est < 1 500 g ou qu'il semble vraiment petit, et :
  - » qu'il ne s'alimente pas correctement ; ou
  - » qu'il présente des signes de danger ;GÉREZ les situations urgentes de la manière suivante :
  - » démarrez la réanimation si nécessaire (voir pp. 50–51) ;
  - » réchauffez le bébé et gardez-le au chaud pendant l'orientation pour des soins supplémentaires ;
  - » administrez une première dose d'ampicilline et de gentamicine par intramusculaire ;
  - » stoppez tout saignement ; et
  - » donnez de l'oxygène, si celui-ci est disponible.
- ▶ Orientez en vue d'un traitement spécifique et/ou d'une évaluation, si possible.
- ▶ Aidez la mère à allaiter. En cas d'échec, apprenez-lui d'autres méthodes d'alimentation (voir pp. 65–69).

▶ 27

---

**Donnez une prophylaxie par vitamine K**

- ▶ Lavez-vous les mains (voir pp. 75–77).

---

**Administrez les vaccins anti-hépatite B et BCG**

- ▶ Expliquez à la mère que vous allez injecter :
  - » de la vitamine K pour prévenir les saignements, le vaccin anti-hépatite B pour éviter au bébé de contracter une infection du foie qui pourrait dégénérer plus tard en cancer, et le vaccin BCG pour lui éviter de graves infections dues à la tuberculose.



**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 90 MINUTES À 6 HEURES (suite)**

**Injectez les vaccins anti-hépatite B et BCG à la naissance (suite)**

- ▶ Expliquez à la mère que cela peut provoquer une irritation à l'endroit de l'injection, ou d'autres effets secondaires mineurs, mais qu'ils sont peu communs et que les bienfaits de l'injection sont supérieurs aux risques.
- ▶ Injectez une dose unique de vitamine K (phytoménadione) 1 mg en intramusculaire.
- ▶ Injectez le vaccin anti-hépatite B en intramusculaire et le vaccin BCG en intradermique, conformément aux directives nationales.
- ▶ Assurez-vous de l'absence de saignement excessif avant de quitter le bébé et la mère
- ▶ Lavez-vous les mains.
- ▶ Enregistrez les injections.

▶ **SI** le bébé présente d'autres problèmes, **PRENEZ-LES EN CHARGE** en conséquence.

**NOTE** Les bébés nécessitant une intervention chirurgicale, ceux qui présentent des traumatismes de la naissance, les prématurés et ceux qui ont été exposés in utero à des médicaments maternels connus pour interférer avec la vitamine K ont un fort risque de présenter des saignements et doivent recevoir de la vitamine K 1 mg en intramusculaire.

## Soins du cordon sec

- ▶ Lavez-vous les mains (voir pp. 75–77).
- ▶ Indiquez à la mère de :
  - » laisser le moignon de cordon couvert (mais non serré) par un linge propre ;
  - » envelopper la couche en-dessous du moignon de cordon ;
  - » ne rien poser sur le cordon ;
  - » le laver avec de l'eau propre et du savon seulement s'il est sale, et le sécher soigneusement avec un linge propre ;
  - » rechercher des soins médicaux si le cordon rougit ou si du pus en sort ;
  - » traiter l'infection locale du cordon 3 fois par jour ;
  - » se laver les mains avec de l'eau propre et du savon ;
  - » ôter doucement le pus et les croûtes avec de l'eau bouillie et refroidie, puis savonner ;
  - » sécher la zone avec un linge propre, puis se laver les mains ; et
  - » **ORIENTEZ d'urgence vers un hôpital si le pus ou la rougeur s'aggravent ou ne s'améliorent pas dans les 2 jours**

## NOTES

- \* NE BANDEZ PAS le moignon de cordon, ni l'abdomen.
- \* Évitez de le toucher si ce n'est pas nécessaire.
- \* L'application quotidienne de chlorhexidine (solution aqueuse ou gel de chlorhexidine digluconate concentré à 7,1% pour obtenir 4 % de chlorhexidine) sur le moignon du cordon ombilical au cours de la première semaine de vie est recommandée pour les nouveau-nés qui sont nés à domicile dans des milieux à forte mortalité néonatale (30 décès néonataux, ou plus, pour 1000 naissances vivantes).

**INTERVENTION**

**ACTION**

MOMENT DE L'INTERVENTION : DE 90 MINUTES À 6 HEURES (suite)

Prodiguez des soins supplémentaires au bébé de petite taille (ou aux jumeaux)

► **SI** le bébé est né :

- prématuré de 2 mois ou qu'il pèse moins de 1 500 g, orientez-le vers un hôpital spécialisé ;
- prématuré de 1 à 2 mois, ou qu'il pèse de 1 500 g à moins de 2 500 g (ou qu'il est visiblement petit en l'absence d'échelle), consultez : Soins supplémentaires pour les bébés petits (voir p. 60).

NOTES

- \* Encouragez la mère à prolonger le contact peau contre peau avec son bébé.
- \* Si la mère ne peut pas prolonger le contact peau contre peau avec le bébé en raison de complications, un autre membre de la famille (la grand-mère ou le père) doit apprendre à le pratiquer.
- \* NE DONNEZ PAS de bain à un bébé menu. Assurez son hygiène en l'essuyant avec un tissu humide, mais seulement après 24 heures.
- \* Prenez la température du bébé toutes les 6 heures.

## 4. Soins avant la sortie de la maternité (mais après les 90 premières minutes)

SOINS AVANT  
SORTIE MATERNITÉ

SOINS DE LA SORTIE  
À 6 SEMAINES

SOINS  
SUPPLÉMENTAIRES

ENVIRONNEMENT  
SOINS NÉONATALS

CONTRÔLE DE  
MAINTENANCE

## 4. Soins avant la sortie de la maternité (après 90 min)

### INTERVENTION

### ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : APRÈS LES 90 PREMIÈRES MINUTES, MAIS AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

Conseillez de rester à la maternité

- ▶ Après un accouchement vaginal sans complications, informez la mère qu'elle et son bébé, qui se porte bien, doivent recevoir des soins à la maternité pendant au moins 24 heures.

Encouragez l'allaitement maternel à la demande, sans limite, nuit et jour

- ▶ Laissez le bébé dans la chambre avec sa mère, dans son lit ou à portée de main : ne les séparez pas.
- ▶ Encouragez l'allaitement maternel exclusif à la demande, nuit et jour.
- ▶ Évaluez l'allaitement maternel chez chaque bébé avant de prévoir la sortie de la maternité. Demandez à la mère d'avertir si elle éprouve des difficultés à allaiter.
- ▶ Félicitez les mères qui allaitent et encouragez-les à poursuivre l'allaitement maternel exclusif.
- ▶ Expliquez à la mère que l'allaitement maternel exclusif est la seule alimentation qui protège son bébé des maladies graves. Précisez que l'allaitement exclusif implique de ne donner ni eau ni autre nourriture, mais uniquement du lait maternel.

NOTES

- \* N'AUTORISEZ PAS LA SORTIE si le bébé ne se nourrit pas bien.
- \* NE FAITES PAS boire d'eau sucrée, de préparation pour nourrissons, ni d'autre préparation préalable au lait maternel.
- \* **NE DONNEZ PAS de biberon, ni de tétine.**

---

### Veillez à ce que le bébé soit au chaud

- ▶ ASSUREZ-VOUS que la pièce est chaude (25–28 °C) et sans courant d'air.
  - ▶ Expliquez à la mère que le bébé doit rester au chaud pour qu'il soit en bonne santé.
  - ▶ Poursuivez le contact peau contre peau avec la mère aussi longtemps que possible.
  - ▶ Habillez le bébé ou enveloppez-le dans un linge doux, sec et propre. Couvrez sa tête avec un bonnet pendant les premiers jours, surtout s'il est petit.
- ▶ **SI** vous ne disposez pas de thermomètre, vérifiez toutes les 4 heures que le bébé a chaud en lui touchant les pieds. S'ils sont froids, pratiquez le contact peau contre peau, rajoutez une couverture et réévaluez.

---

### Toilettes et bain (hygiène)

- ▶ Lavez-vous les mains (voir pp. 75–77).
  - ▶ Essuyez le visage, le cou et les aisselles du bébé avec un linge humide chaque jour.
  - ▶ Lavez ses fesses lorsqu'elles sont sales. Séchez-les soigneusement.
  - ▶ Donnez-lui un bain au bout de 24 heures (après avoir vérifié la température du bébé). Assurez-vous que la pièce est chaude et sans courant d'air et baignez-le dans de l'eau chaude. Après le bain, séchez-le soigneusement, puis habillez-le et couvrez-le.
- ▶ **SI** le bébé est petit, vérifiez que la pièce est chaude avant de le changer, l'essuyer ou lui donner un bain.

**INTERVENTION**

**ACTION**

**MOMENT DE L'INTERVENTION : APRÈS LES 90 PREMIÈRES MINUTES, MAIS AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ (suite)**

**Sommeil**

- ▶ Faites dormir le bébé sur le dos ou sur le côté.
- ▶ Tenez-le éloigné de la fumée et des fumeurs.
- ▶ Si vous êtes dans une zone de paludisme, veillez à ce que la mère et le bébé dorment sous une moustiquaire imprégnée.

▶ 34

**Recherchez les signes de danger**

- ▶ Réexaminez le bébé avant la sortie de la maternité.
- ▶ Recherchez les signes de danger, notamment :
  - » s'il ne s'alimente plus bien ;
  - » s'il a des convulsions ;
  - » une respiration rapide (rythme de la respiration  $\geq 60$  par min) ;
  - » un grave tirage costal ;
  - » pas de mouvement spontané ;
  - » une fièvre (température corporelle élevée ou  $> 37,5^\circ\text{C}$ ) ; ou
  - » une faible température corporelle ( $< 35,5^\circ\text{C}$ ).

- ▶ **SI** l'un des signes susmentionnés est présent, considérez qu'une maladie grave est possible.
  - ▶ GÉREZ les situations urgentes de la manière suivante :
    - » démarrez la réanimation si nécessaire (voir pp. 52–57);
    - » réchauffez le bébé et gardez-le au chaud pendant l'orientation pour des soins supplémentaires;
    - » administrez une première dose d'ampicilline et de gentamicine par intramusculaire;
    - » stoppez tout saignement; et
    - » fournissez de l'oxygène, si celui-ci est disponible.

---

**Recherchez les signes d'ictère (jaunisse)**

- ▶ **REGARDEZ LA PEAU** : est-elle jaune ?
  - » Observez le bébé à la lumière du jour.  
L'ictère peut paraître plus grave dans la lumière artificielle et peut passer inaperçu si la lumière naturelle est faible.
  - » Orientez d'urgence en cas d'ictère :
    - présent sur le visage du bébé âgé de moins de 24 heures;
    - présent sur les paumes et les plantes des pieds d'un bébé de tout âge.
  - » Encouragez l'allaitement maternel
- ▶ **SI** des difficultés existent en ce qui concerne l'alimentation, extrayez le lait maternel et donnez-le au bébé à la tasse.

▶ 35



## INTERVENTION

## ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : APRÈS LES 90 PREMIÈRES MINUTES, MAIS AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ (suite)

Recherchez les signes  
d'infection locale :

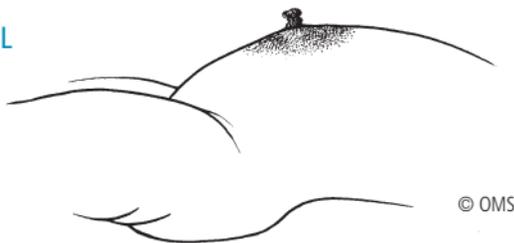
- des yeux
- du nombril
- cutanée
- de la bouche

## EXAMINEZ LES YEUX

- ▶ Sont-ils gonflés et y voyez-vous du pus ?

- ▶ **SI** oui, diagnostiquez une infection gonococcique oculaire :
  - » administrez une dose simple d'un antibiotique approprié pour les infections oculaires ;
  - » apprenez à la mère à traiter les yeux du bébé ;
  - » effectuez un contrôle au bout de 2 jours ; si l'écoulement de pus ou le gonflement s'aggravent ou ne s'améliorent pas, orientez d'urgence ; et
  - » évaluez et traitez la mère et son partenaire pour une possible gonorrhée.

## EXAMINEZ LE NOMBRIL



- ▶ Qu'a-t-on appliqué sur le nombril ?
  - » Apprenez à la mère les soins appropriés du cordon (voir pp. 28–29).

- ▶ Constatez-vous une rougeur, un écoulement de pus ou une dureté de la peau autour du nombril ?
- ▶ **SI** la rougeur ne dépasse pas 1 cm autour du nombril, traitez-la comme une infection locale. Apprenez à la mère à traiter cette infection locale avec du violet de gentiane. Si aucune amélioration n'est visible dans les 2 jours, ou en cas d'aggravation, orientez d'urgence.
- ▶ **SI** la rougeur dépasse 1 cm autour du nombril, qu'il y a du pus ou que la peau est dure, traitez-la comme une infection grave du nombril. Administrez une première dose d'ampicilline et de gentamicine par intramusculaire. Orientez le bébé d'urgence.
- ▶ **SI** du pus s'écoule du nombril, diagnostiquez une possible maladie grave. Administrez une première dose d'ampicilline et de gentamicine par intramusculaire. Orientez le bébé d'urgence.

▶ 37

.....  
**EXAMINEZ LA PEAU**, en particulier autour du cou, des aisselles et de la région inguinale (aine).

- ▶ Voyez-vous des pustules ?
- ▶ **SI** plus de 10 pustules ou phlyctènes, diagnostiquez une possible infection grave et orientez.
- ▶ **SI** moins de 10 pustules, diagnostiquez une infection cutanée locale et apprenez à la mère à soigner.
  - » Effectuez un contrôle au bout de 2 jours. Si les pustules s'aggravent ou ne s'améliorent pas dans les 2 jours, orientez d'urgence.
- ▶ Y a-t-il une tuméfaction changeante ?
  - » Diagnostiquez un abcès ou de la cellulite, et orientez pour évaluation.



## INTERVENTION

## ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : APRÈS LES 90 PREMIÈRES MINUTES, MAIS AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ (suite)

Recherchez les signes  
d'infection locale  
(suite)

## EXAMINEZ LA BOUCHE DU BÉBÉ

- ▶ Y a-t-il des lésions blanchâtres ?
  - » Diagnostiquez une candidose buccale due à une infection aux levures.
  - » Pensez à observez une séance d'allaitement maternel. Examinez les seins de la mère et recherchez les signes d'infection aux levures.
  - » Traitez et apprenez à la mère comment effectuer le traitement à domicile.

▶ 38

Instructions de sortie

- ▶ Donnez des conseils. Pratiquez un examen approfondi avant la sortie de la maternité
- ▶ Ne délivrez pas d'autorisation de sortie moins de 24 heures après la naissance.
- ▶ Faites la promotion des enregistrements de naissance et des vaccinations opportunes, conformément aux directives nationales.
- ▶ Apprenez à la mère comment reconnaître rapidement les signes de danger ci-dessous.
- ▶ Indiquez-lui de se rendre à l'hôpital immédiatement si le bébé :
  - » ne s'alimente plus correctement;
  - » a des convulsions;
  - » respire rapidement (rythme respiratoire  $\geq 60$ /min);
  - » présente un grave tirage costal;
  - » ne bouge pas spontanément;
  - » a de la fièvre (température corporelle  $> 37,5$  °C);
  - » a une faible température corporelle ( $< 35,5$  °C);
  - » présente un ictère dans les premières 24 h; ou
  - » a des paumes et des plantes de pied jaunes à tout âge.

- ▶ La famille doit être encouragée à rechercher des soins dès qu'elle décèle un signe de danger entre les visites de soins postnatals.
- ▶ Donnez des informations sur les tests de dépistage néonatal, en suivant les directives nationales.

**Programmez des contacts postnatals :**

- au cours des prochaines 24 heures
- entre 48 et 72 heures
- entre 7 et 14 jours
- après 6 semaines

- ▶ Tous les bébés doivent être examinés au cours des 24 heures suivant leur naissance, puis entre les 48<sup>e</sup> et 72<sup>e</sup> heures, puis encore entre les 7<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jours. Un contact postnatal final est recommandé à 6 semaines (qui comprend les vaccinations du bébé et une planification familiale pour la mère).
- ▶ Programmez les visites de suivi supplémentaires suivantes :
  - » dans les 2 jours en cas de problème d'allaitement maternel, au cours de la première semaine en cas de faible poids de naissance, de nombril rouge, d'infection cutanée, de candidose buccale ou d'autre problème ; ou
  - » après 7 jours dans le cas d'un bébé de faible poids de naissance, sorti de la maternité à plus d'une semaine et prenant du poids correctement.
- ▶ Dans le cas de bébés nés à domicile dans un environnement où la mortalité est élevée et l'accès à des centres de santé limité, programmez au moins deux visites à domicile :
  - » une première visite au cours des 24 heures suivant la naissance ;
  - » une deuxième visite au 3<sup>e</sup> jour (entre 48 et 72 heures) ;
  - » une troisième visite, si possible, entre les 7<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jours ; et
  - » un dernier contact postnatal à 6 semaines.
- ▶ Ces contacts postnatals peuvent être effectués par des sages-femmes, des prestataires qualifiés ou des agents de santé communautaires correctement formés et supervisés.

**NOTE**

En cas d'accouchement à domicile, un contact supplémentaire doit être prévu dans les 24 à 48 heures.



# 5. Soins de la sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines

SOINS DE LA SORTIE  
À 6 SEMAINES

SOINS  
SUPPLÉMENTAIRES

ENVIRONNEMENT  
SOINS NÉONATALS

CONTRÔLE DE  
MAINTENANCE

## 5. Soins de la sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines

### INTERVENTION

### ACTION

MOMENT DE L'INTERVENTION : DE LA SORTIE DE LA MATERNITÉ JUSQU'À 6 SEMAINES

Encouragez  
l'allaitement  
maternel exclusif  
et à la demande  
(nuit et jour)

- ▶ Tous les bébés, qu'ils soient nés à terme ou non, dans des milieux à ressources faibles, moyennes ou élevées, et quel que soit leur poids de naissance, doivent être nourris au sein maternel exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois.
- ▶ Donnez des conseils à toutes les mères et encouragez un allaitement maternel exclusif à chaque contact postnatal. Encouragez fortement les mères ayant accouché par césarienne ou prématurément à pratiquer l'allaitement maternel exclusif.
- ▶ Demandez à la mère ce qu'elle a donné à manger à son bébé au cours des 24 heures précédant la visite.
- ▶ Interrogez sur l'eau, les vitamines, les aliments et boissons locales, les préparations pour nourrissons et l'usage de biberons et tétines. Interrogez sur les selles du bébé et les couches mouillées.
- ▶ Félicitez les mères qui allaitent et encouragez-les à poursuivre l'allaitement maternel exclusif.
- ▶ Expliquez à la mère que l'allaitement maternel exclusif est la seule alimentation qui protège son bébé des maladies graves. Précisez que l'allaitement exclusif implique de ne donner ni eau ni autre nourriture, mais uniquement du lait maternel.
- ▶ Rassurez la mère sur le fait qu'elle possède assez de lait pour les besoins de son bébé.

- ▶ Conseillez à la mère de :
  - » laisser le bébé dans sa chambre, dans son lit ou à portée de main ; et
  - » d'allaiter exclusivement, sur demande du bébé, nuit et jour (plus de 8 fois par 24 heures, sauf les premiers jours de vie, car le bébé dort beaucoup).
- ▶ Observez une séance d'allaitement, si possible. Assurez-vous que la mère connaît la bonne position et la bonne prise du sein par le bébé.
- ▶ Demandez à la mère d'avertir si elle éprouve des difficultés à allaiter, ressent des douleurs ou a de la fièvre.
- ▶ Observez, traitez et donnez des conseils si un/les mamelon(s) est/sont douloureux ou fissuré(s), et si la prise du sein par le bébé n'est pas correcte. Outre les instructions ci-dessus :
  - » réévaluez après deux allaitements (pendant la même journée) ;
  - » conseillez à la mère d'enduire le(s) mamelon(s) douloureux de lait maternel après l'allaitement ;
  - » contrôlez si le bébé présente une candidose buccale, et traitez la mère et le bébé ; et
  - » si aucune amélioration n'est constatée, apprenez à la mère à extraire son lait et nourrissez le bébé à la tasse jusqu'à ce que sa poitrine se rétablisse.
- ▶ **SI** les seins sont gonflés :
  - ▶ mais que le lait coule, assurez à la mère que cette abondance est normale et que cela va s'améliorer grâce à un allaitement fréquent dans les 36 à 72 h ;
  - ▶ et brillants et que le lait ne coule pas, que la température de la mère est supérieure à 38 °C et que le bébé n'a pas une bonne prise, traitez et donnez des conseils sur l'engorgement.



## INTERVENTION

## ACTION

## MOMENT DE L'INTERVENTION : DE LA SORTIE DE LA MATERNITÉ JUSQU'À 6 SEMAINES (suite)

Encouragez l'allaitement maternel exclusif, à la demande, nuit et jour (suite)

- » Outre les instructions ci-dessus
  - recommandez un allaitement plus fréquent;
  - réévaluez après deux allaitements (pendant la même journée); et
  - si aucune amélioration n'est constatée, apprenez à la mère et aidez-la à extraire suffisamment de lait pour soulager la gêne.

- ▶ Si les seins sont douloureux, présentent une rougeur inégale et que la température de la mère est  $> 38^{\circ}\text{C}$ , traitez et informez-la au sujet de la mastite. Outre les instructions ci-dessus :
  - » administrez de la cloxacilline 500 mg toutes les 6 heures pendant 10 jours;
  - » administrez du paracétamol en cas de forte douleur;
  - » réévaluez au bout de 2 jours; et
  - » orientez vers un hôpital si aucune amélioration n'est constatée ou en cas d'aggravation.

NOTES

- \* NE FAITES PAS boire d'eau sucrée, de préparation pour nourrissons, ni d'autre préparation préalable au lait maternel.
- \* NE DONNEZ PAS de biberon, ni de tétine.

Veillez à ce que le bébé soit au chaud

- ▶ Décalez le bain jusqu'à la fin des premières 24 heures. Si ce n'est pas possible pour des raisons culturelles, retardez le bain d'au moins 6 heures.
- ▶ Expliquez à la mère que les bébés ont besoin d'1 à 2 couches de vêtements supplémentaires par rapport aux autres enfants ou adultes. Les bonnets ou les capuchons sont recommandés.

- ▶ Maintenez la pièce chaude, toute ou en partie, en particulier dans un climat froid.
- ▶ Ne séparez pas la mère et l'enfant. Laissez-les dans la même pièce, nuit et jour. Indiquez à la mère de :
  - » habiller ou envelopper le bébé pendant la journée ; et
  - » laisser le bébé dormir avec elle ou à portée de main, pour faciliter l'allaitement la nuit.

NOTES

- \* NE POSEZ PAS le bébé sur une surface froide ou humide.
  - \* N'EMMAILLOTEZ PAS / N'ENVELOPPEZ PAS le bébé trop fort.
  - \* NE LAISSEZ PAS le bébé sous les rayons directs du soleil.
  - \* Si le bébé est petit, chauffez davantage la pièce.
- 
- ▶ Recherchez les signes de danger et orientez pour une évaluation supplémentaire si le bébé :
    - » ne s'alimente plus correctement ;
    - » a des convulsions ;
    - » respire rapidement (rythme respiratoire  $\geq 60$  par minute) ;
    - » présente un grave tirage costal ;
    - » ne bouge pas spontanément ;
    - » a de la fièvre (une température corporelle élevée ou  $> 37,5$  °C) ;
    - » a une faible température corporelle ( $< 35,5$  °C) ;
    - » présente un ictère dans les premières 24 heures ; ou
    - » présente des paumes et des plantes de pied jaunes à tout âge.



## INTERVENTION

## ACTION

## MOMENT DE L'INTERVENTION : DE LA SORTIE DE LA MATERNITÉ JUSQU'À 6 SEMAINES (suite)

Veillez à ce que le bébé soit au chaud (suite)

- ▶ ORIENTEZ le bébé d'urgence vers un hôpital. Après un traitement d'urgence :
  - » expliquez la nécessité de l'orientation à la mère/au père ;
  - » organisez un transport sûr ;
  - » transportez toujours la mère avec le bébé, si possible ;
  - » envoyez une note d'orientation avec le bébé ; et
  - » informez le centre d'orientation par radio ou téléphone, si possible.
  
- ▶ Évaluez régulièrement toutes les mères en période post-partum, notamment sur les points suivants :
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>» saignement vaginal ;</li> <li>» contractions utérines ;</li> <li>» hauteur utérine ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» température ;</li> <li>» fréquence cardiaque (pouls) ; et</li> <li>» anémie.</li> </ul>
--	--
  
- ▶ Lors de chaque contact postnatal suivant, interrogez la mère sur son bien-être général et les symptômes indiquant des complications, telles que :
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>» des saignements excessifs ;</li> <li>» des maux de tête ;</li> <li>» des crises épileptiques ;</li> <li>» de la fièvre ;</li> <li>» une sensation de grande faiblesse ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» des difficultés respiratoires ;</li> <li>» des pertes nauséabondes ;</li> <li>» une miction douloureuse ; et</li> <li>» de fortes douleurs abdominales ou périnéales.</li> </ul>
---	---

- ▶ **SI** la mère présente l'un de ces symptômes, orientez-la vers un établissement de santé.
  - ▶ Donnez des conseils à toutes les mères sur le rétablissement après un accouchement et notifiez tout problème de santé.
  - ▶ Demandez si les seins ou les mamelons sont gonflés, rouges ou sensibles. Prenez en charge les problèmes d'allaitement, si possible. Sinon, orientez vers un centre de santé pour des soins.
  - ▶ À chaque visite postnatale, prodiguez des conseils sur :
    - » l'allaitement maternel ;
    - » l'hygiène, en particulier le lavage des mains ;
    - » l'usage d'antibiotiques en cas de déchirure périnéale de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés ;
    - » l'espacement des naissances ;
    - » la nutrition ;
    - » la sexualité sans risque, notamment l'usage de préservatifs ;
    - » la marche précoce, l'exercice physique modéré et le repos ; et
    - » la supplémentation en fer.



# 6. Soins supplémentaires

# Algorithme 3 : Réanimation du nouveau-né

NAISSANCE

## SOINS IMMÉDIATS AU NOUVEAU-NÉ

- \* Séchage immédiat et complet, et vérification rapide de la respiration
- \* Contact peau contre peau, sous une couverture et avec un bonnet

30 SECONDES

Le bébé suffoque-t-il ou n'arrive-t-il pas à respirer ?

OUI

NON

1 MINUTE

Maintenez le contact peau contre peau avec la mère  
et contrôlez la mère et le bébé

Allez à l'algorithme clinique 2 :  
"Soins essentiels au nouveau-né"

## RÉANIMATION

- \* Demandez de l'aide et expliquez doucement à la maman
- \* Posez des clamps/coupez le cordon à l'aide de ciseaux et de gants stériles
- \* Transférez le bébé vers la zone de réanimation du nouveau-né
- \* Positionnez la tête / le cou
- \* Ne pratiquez l'aspiration que si la bouche/le nez sont bloqués, ou avant la ventilation avec masque et ballon d'un bébé non vigoureux et taché de méconium
- \* Commencez la ventilation avec masque et ballon, avec de l'air

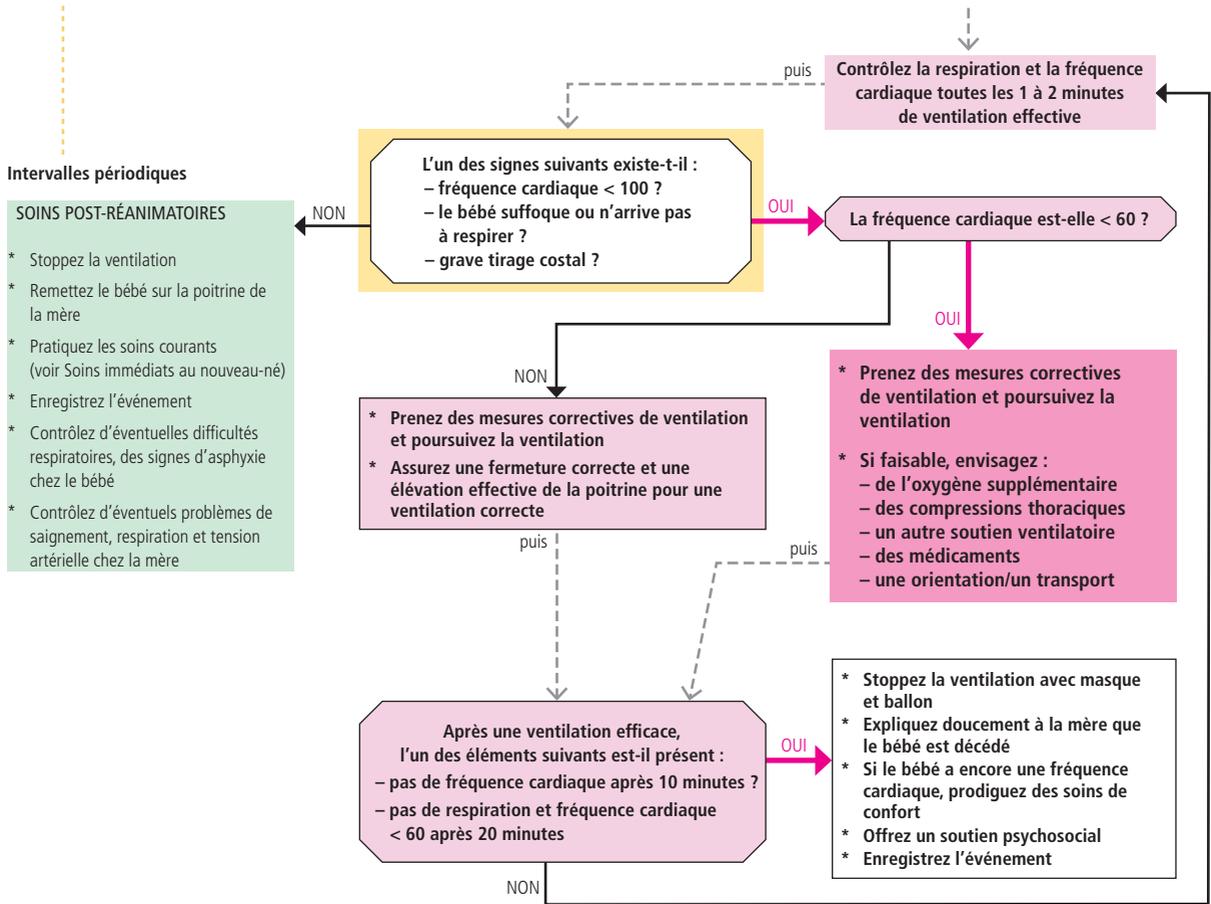
puis

*A tout moment, si le bébé commence à respirer ou pleurer, et qu'il n'a pas de tirage costal grave, arrêtez la ventilation et observez pour vous assurer que le bébé continue à respirer correctement*

## Intervalles périodiques

### SOINS POST-RÉANIMATOIRES

- \* Stoppez la ventilation
- \* Remettez le bébé sur la poitrine de la mère
- \* Pratiquez les soins courants (voir Soins immédiats au nouveau-né)
- \* Enregistrez l'événement
- \* Contrôlez d'éventuelles difficultés respiratoires, des signes d'asphyxie chez le bébé
- \* Contrôlez d'éventuels problèmes de saignement, respiration et tension artérielle chez la mère



- Soins essentiels pour tous
- Points de décision
- Situation nécessitant des soins urgents
- Réanimation avancée

→ OUI    → NON    - - - → puis

## A. RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

- **SI** après l'avoir soigneusement séché et stimulé (en 30 secondes si possible), le nouveau-né suffoque ou ne respire pas :
- ▶ Demandez de l'aide et expliquez doucement à la mère que le bébé a besoin d'aide pour respirer.
  - ▶ Posez des clamps et coupez le cordon immédiatement pour permettre de pratiquer une ventilation efficace.
  - ▶ Transportez le bébé vers la zone de réanimation (une surface sèche, propre et chaude).
  - ▶ Maintenez le bébé enveloppé ou sous une source de chaleur, si possible.
  - ▶ Envisagez une orientation immédiate vers n'importe quel point, si faisable.

Ouvrez les voies  
aériennes.  
Nettoyez les  
voies aériennes  
uniquement si elles  
sont bloquées

- ▶ Positionnez la tête pour qu'elle soit légèrement étendue.
- ▶ Introduisez l'aspiration / le tube seulement si la bouche / le nez sont bloqués :
  - » d'abord, dans la bouche du bébé, à 5 cm des lèvres et aspirez en retirant ;
  - » ensuite, à 3 cm dans chaque narine et aspirez en retirant ;
  - » répétez l'opération une fois si nécessaire, en ne dépassant pas un total de 20 secondes ; et
  - » pratiquez une aspiration trachéale, si elle est faisable.

NOTE

- NE PRATIQUEZ PAS l'aspiration systématique de la bouche et du nez des bébés :
- dont le liquide amniotique est clair si les bébés respirent par eux-mêmes ;
  - dont le liquide amniotique est clair avant une ventilation à pression positive si le nez et la bouche ne présentent pas de sécrétions ;
  - ayant des taches de méconium s'ils ont commencé à respirer par eux-mêmes, ce qui signifie qu'ils sont vigoureux.

Pratiquez la ventilation s'il ne respire toujours pas

- ▶ Commencez la ventilation avec masque et ballon pendant la 1<sup>re</sup> minute après la naissance :
  - » si le bébé est né à moins de 32 semaines, il est préférable de commencer avec 30 % d'oxygène, si possible.
- ▶ Placez le masque de façon à ce qu'il couvre le menton, la bouche et le nez, pour obtenir un joint étanche.

NOTE

NE COUVREZ PAS les yeux.

- ▶ Pressez 2 ou 3 fois le ballon attaché au masque avec deux doigts, ou toute la main, selon sa taille. Observez le soulèvement de la cage thoracique.
- ▶ **SI** la cage thoracique ne se soulève pas :
  - » d'abord, repositionnez la tête du bébé.
- ▶ **SI** la cage thoracique ne se soulève toujours pas :
  - » vérifiez si le joint du masque est étanche.
- ▶ **SI** la cage thoracique ne se soulève toujours pas :
  - » pressez le ballon plus fort.
- ▶ **SI** la cage thoracique se soulève :
  - » ventilez à 40 insufflations par minute jusqu'à ce que le bébé commence à pleurer ou à respirer.

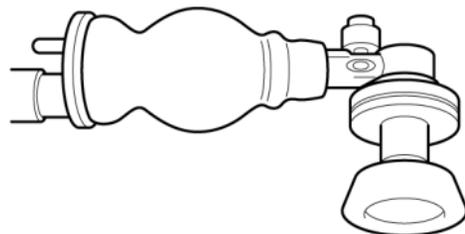
▶ 53

PROBLÈMES

ACTION

A. RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ (suite)

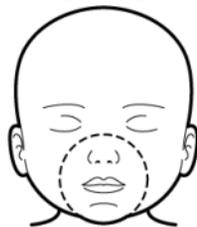
BALLON DE RÉANIMATION  
NÉONATAL AUTOGONFLABLE  
AVEC MASQUE ROND



► 54

AJUSTEMENT DU MASQUE  
SUR LE VISAGE

CORRECT



Taille correcte et bonne  
position du masque

INCORRECT



Masque placé trop bas

INCORRECT



Masque trop petit

INCORRECT

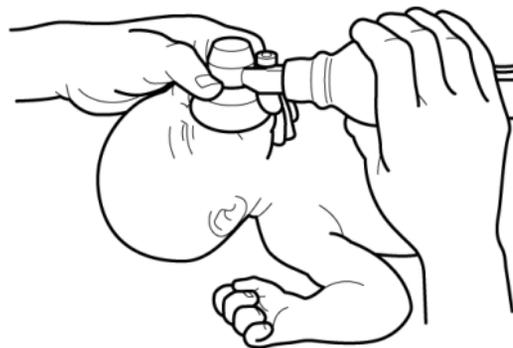


Masque trop large

## VENTILATION D'UN NOUVEAU-NÉ AVEC UN BALLON ET UN MASQUE

Soulevez le menton avec le 3<sup>e</sup> doigt de la main tenant le masque.

N'étendez pas trop le cou.



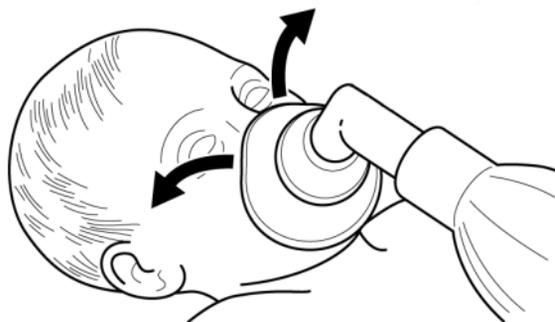
© OMS

► 55

## JOINT NON ÉTANCHE

Si vous entendez de l'air s'échapper du masque, corrigez le joint d'étanchéité.

La fuite d'air la plus fréquente se situe entre le nez et les joues.



© OMS

## PROBLÈMES

## ACTION

## A. RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ (suite)

Pratiquez la ventilation s'il ne respire toujours pas (suite)

- ▶ Contrôlez la respiration et la fréquence cardiaque toutes les 1 à 2 minutes de ventilation :
  - » Évaluez le soulèvement de la cage thoracique.
  - » Évaluez la fréquence cardiaque :
    - si < 100 par minute, prenez des mesures correctives de ventilation (voir ci-dessous) ; ou
    - si < 60 par minute, donnez si possible de l'oxygène supplémentaire, pratiquez des compressions thoraciques, offrez un autre soutien ventilatoire et administrez des médicaments.

- ▶ **SI** le bébé ne présente pas d'amélioration, appliquez les mesures correctives de ventilation ci-dessous.

## MESURES CORRECTIVES DE VENTILATION

1. Vérifiez la position de la tête
2. Vérifiez si le joint du masque est étanche
3. Vérifiez si les voies aériennes sont bloquées
4. Vérifiez le ballon de réanimation

- ▶ À tout moment, lorsque le bébé commence à respirer ou pleurer et n'a pas de tirage costal, stoppez la ventilation. Observez le bébé pour vous assurer qu'il continue à respirer normalement. Puis :
  - » rendez le bébé à sa mère pour pratiquer le contact peau contre peau ;
  - » excluez la possibilité d'un second bébé, administrez de l'oxytocine (si ce n'est pas déjà fait) ;
  - » lavez-vous les mains, remettez des gants et coupez le cordon.

- ▶ **SI** le bébé suffoque ou ne respire pas, ou présente un grave tirage costal :
  - » poursuivez la ventilation avec ballon et masque ;
  - » poursuivez l'évaluation à intervalles régulières pendant le transport ; et
  - » si possible, donnez de l'oxygène supplémentaire, pratiquez des compressions thoraciques, offrez un autre soutien ventilatoire et administrez des médicaments.
  
- ▶ **SI** au bout de 10 minutes de ventilation effective, la fréquence cardiaque reste à zéro :
  - » STOPPEZ la ventilation avec masque et ballon ;
  - » expliquez à la maman sur un ton doux et gentil que le bébé est décédé ;
  - » prodiguez des soins de soutien ; et
  - » enregistrez l'événement
  
- ▶ **SI** au bout de 20 minutes de ventilation efficace, le bébé n'a pas commencé à respirer ou qu'il suffoque et que la fréquence cardiaque est < 60 par minute :
  - » STOPPEZ la ventilation avec masque et ballon ;
  - » expliquez à la maman sur un ton doux et gentil que malgré toutes les tentatives, vous n'avez pas pu aider son bébé à respirer ;
  - » administrez des soins de soutien, notamment du réconfort et un soutien psychosocial ; et
  - » enregistrez l'événement

NOTES

- \* Lors de la ventilation, orientez et expliquez à la mère ce qui se passe, ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.
- \* Ventilez pendant le transport, si nécessaire
- \* Enregistrez l'événement sur le formulaire d'orientation et le registre du travail

# Algorithme 4: Alimentation optimale du bébé cliniquement stable pesant moins de 2 500 g

Laissez le bébé en contact peau contre peau après la naissance, son dos et sa tête couvertes

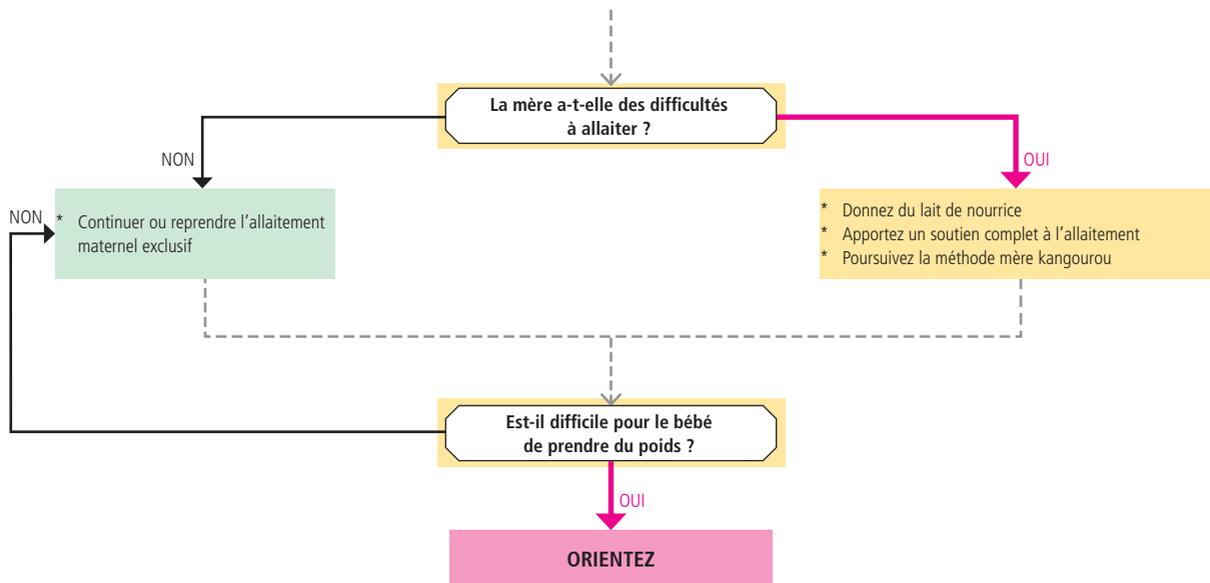
Le bébé pèse-t-il < 1 500 g ?

NON

OUI

- \* Maintenez le contact peau contre peau en position de mère kangourou
- \* Soyez attentif aux signes de faim du bébé et encouragez la mère à approcher son bébé du sein
- \* Encouragez la mère à allaiter toutes les 2 à 3 heures
- \* Évaluez l'allaitement chaque jour : position et prise du bébé, tétée, durée et fréquence de l'allaitement et satisfaction du bébé par rapport à sa nourriture
- \* Entre 6 et 8 semaines, commencez la supplémentation en fer

- \* Commencez l'alimentation entérale avec 10 ml par kg et par jour de colostrum, plus des solutions intraveineuses pour satisfaire les besoins quotidiens en liquides
- \* Nourrissez-le en lui donnant des doses de nourriture par sonde oro-gastrique ou naso-gastrique, puis à la tasse ou à la cuillère
- \* Augmentez les doses jusqu'à 30 ml par kg et par jour, en contrôlant soigneusement toute éventuelle intolérance alimentaire
- \* Appliquez la méthode de la mère kangourou une fois que les signes de danger sont écartés chez la mère et le bébé
- \* Pesez le bébé chaque jour
- \* Lorsque les rations complètes sont tolérées, commencez l'administration de suppléments en vitamine D, calcium et phosphore
- \* À l'âge de 2 semaines, commencez la supplémentation en fer



NOTE – Les substituts du lait maternel ne doivent être utilisés que lorsque tout a été fait pour donner au bébé le lait de sa mère ou du lait de nourrice. En effet, ils augmentent le risque d’entérocolite nécrisante néonatale, de pneumonie, de diarrhée, de méningite et de décès.

Soins essentiels pour tous

Points de décision

État nécessitant des soins urgents

→ OUI    → NON    - - - → puis

## B. SOINS À UN BÉBÉ MENU (OU À DES JUMEAUX)

► **SI** le bébé est prématuré – notamment de 1 à 2 mois – ou pèse de 1 500 à 2 500 g (ou est visiblement menu si aucune échelle n'est disponible).

**Chaleur**

- Si le bébé est menu, chauffez davantage la pièce, en :
  - » maintenant la température de la pièce entre 25 et 28 °C et en évitant les courants d'air ;
  - » apprenant à la mère comment garder un bébé menu au chaud grâce au contact peau contre peau par la méthode de la mère kangourou (voir pp. 62–64) ; et
  - » apportant à la mère et au bébé des couvertures supplémentaires, plus un bonnet, des moufles et des socquettes pour le bébé.

## NOTE

NE DONNEZ PAS de bain à un bébé menu.  
Assurez son hygiène en l'essuyant avec un tissu humide, mais seulement après 24 heures.

**Soutien à l'alimentation**

NOTE – Consultez le guide de poche sur les soins hospitaliers pédiatriques (cf. Bibliographie)

- Les bébés de faible et très faible poids de naissance doivent être nourris avec le lait de leur mère.
- Bébés de très faible poids de naissance : commencez par 10 ml par kg et par jour de lait maternel extrait, par alimentation entérale (à la tasse ou à la cuillère) ou par sonde naso-gastrique ou oro-gastrique, dès les premières heures de vie, et satisfaites les autres besoins en liquides par intraveineuse :
  - » augmentez les doses jusqu'à 30 ml par kg et par jour, en contrôlant soigneusement toute éventuelle intolérance alimentaire ; et
  - » si la quantité de lait maternel n'augmente pas assez vite pour satisfaire les quantités susmentionnées, donnez au bébé du lait de nourrice et apportez un soutien complet à la mère pour que son lait augmente.

NOTE – Consultez les *Directives sur l'alimentation optimale des nouveau-nés de faible poids de naissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire*

- ▶ les bébés de très faible poids de naissance allaités au sein maternel doivent recevoir ces suppléments :
    - » vitamine D : de 400 à 1000 UI par jour, jusqu'à l'âge de 6 mois ;
    - » calcium : de 120–140 mg par kg et par jour, et phosphore : de 60 à 90 mg par kg et par jour, pendant les premiers mois ; et
    - » fer : de 2 à 4 mg par kg et par jour, à partir de la 2<sup>e</sup> semaine et jusqu'à l'âge de 6 mois.
  - \* Les suppléments suivants NE SONT PAS recommandés à ce moment-là :
    - complément au lait maternel à base de lait de vache. Les bébés de très faible poids de naissance qui ne parviennent pas à prendre du poids malgré un allaitement maternel adéquat doivent recevoir un complément à base de lait de nourrice ;
    - supplémentation orale quotidienne en vitamine A chez les bébés de faible poids de naissance qui sont allaités par leur mère ou avec du lait de nourrice ;
    - supplémentation systématique en zinc chez les bébés de faible poids de naissance qui sont allaités par leur mère ou avec du lait de nourrice.
  - ▶ Apportez un soutien spécifique à l'allaitement en :
    - » encourageant la mère à allaiter toutes les 2 à 3 h ; et
    - » évaluant l'allaitement chaque jour : position et prise du bébé, tétée, durée et fréquence de l'allaitement et satisfaction du bébé par rapport à sa nourriture.
  - ▶ Pesez le bébé chaque jour et enregistrez son poids.
  - ▶ Si la mère et l'enfant sont séparés ou si le bébé ne tète pas efficacement, utilisez des méthodes alternatives d'alimentation (tasse ou cuillère) et nourrissez les bébés de faible poids de naissance d'après les signes de faim du bébé, mais pas à plus de 3 h d'intervalle
- Consultez *Résoudre les problèmes d'alimentation* (voir pp. 65–69).

## PROBLÈMES

## ACTION

## B. SOINS À UN BÉBÉ MENU (OU À DES JUMEAUX) (suite)

Soins peau contre  
peau (en position  
mère kangourou)

- ▶ Démarrez les soins mère kangourou lorsque :
  - » le bébé est capable de respirer seul (pas d'épisode apnéique); ou
  - » le bébé ne présente pas de maladie potentiellement mortelle.
- ▶ La prise en charge des affections potentiellement mortelles est prioritaire par rapport à la méthode mère kangourou, mais les contacts peau contre peau sont malgré tout bénéfiques, jusqu'à ce que la méthode mère kangourou puisse être pratiquée.

## NOTES

- \* La capacité à coordonner succion et déglutition N'EST PAS une condition essentielle pour la pratique de cette méthode. D'autres méthodes d'alimentation, telles que la sonde naso-gastrique ou oro-gastrique ou ultérieurement, l'alimentation à la tasse, peuvent être utilisées jusqu'à ce que le bébé puisse téter le sein.
- \* La méthode mère kangourou peut être pratiquée après la naissance, après une évaluation initiale et si nécessaire une réanimation de base, à condition que le bébé et la mère soient stables.
- \* Les bébés de faible poids de naissance (< 2 000 g) et qui sont stables, doivent bénéficier immédiatement de la méthode mère kangourou. L'expérience montre que les bébés de  $\geq 1800$  g peuvent en général bénéficier de cette méthode à la naissance.

▶ **SI** la méthode mère kangourou n'est pas possible, enveloppez le bébé dans un drap propre, sec et chaud et placez-le dans un berceau. Couvrez-le avec une couverture. Utilisez un appareil de chauffage par rayonnement si la pièce n'est pas chaude, ou si le bébé est menu.

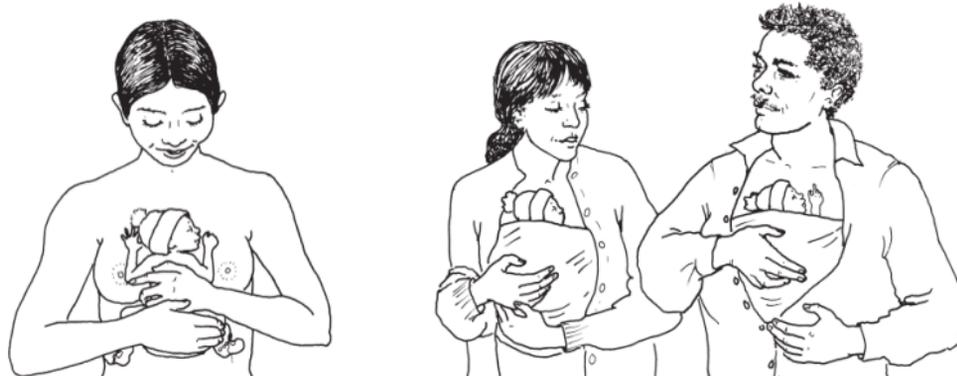
- ▶ Expliquez la méthode mère kangourou à la mère, notamment :
  - » le contact continu peau contre peau;
  - » le positionnement de son bébé;

- » la prise du sein par le bébé pour l'allaitement;
- » l'extraction de son lait et les soins au bébé;
- » la poursuite des activités quotidiennes; et
- » la préparation d'une « bande de soutien ».

► **Positionnez le bébé pour les soins mère kangourou :**

- » placez le bébé droit entre les seins de la mère, poitrine contre poitrine;
- » placez les hanches du bébé en position « cuisses de grenouille », ses bras également fléchis;
- » l'abdomen du bébé doit se trouver au niveau de l'estomac de la mère, et ne doit pas être serré. La respiration de la mère aide à stimuler celle du bébé.
- » fixez le bébé dans cette position grâce à la bande de soutien;
- » tournez la tête du bébé sur un côté, légèrement relevée pour que les voies aériennes restent ouvertes et permettre le contact visuel avec la mère; et
- » nouez la bande de tissu fermement, de façon à ce que le haut de la bande arrive juste au-dessous de l'oreille du bébé.

► 63



© OMS

## PROBLÈMES

## ACTION

## B. SOINS À UN BÉBÉ MENU (OU À DES JUMEAUX) (suite)

- NOTES
- \* Les soins mère kangourou doivent durer aussi longtemps que possible chaque jour. Si la mère doit les interrompre pour une courte période, le père ou un membre de la famille immédiate doivent prendre la relève.
  - \* Une fois que le bébé est correctement positionné, la mère peut effectuer ses activités habituelles pendant la journée et bouger. Elle doit se laver fréquemment les mains, nourrir son bébé régulièrement (toutes les 2 à 3 h nuit et jour), éviter les bruits forts et l'exposition à la fumée de tabac.
  - \* Si la mère a besoin de repos ou de sommeil, la position allongée ou à demi-assise est recommandée. Utilisez des oreillers ou des coussins pour la soutenir
  - \* Si la température ambiante est comprise entre 22 et 24 °C, le bébé doit être nu dans la « poche », sauf sa couche, un bonnet et des socquettes.
  - \* Si la température est inférieure à 22 °C, ajoutez aux vêtements de bébé ci-dessus, un maillot de coton sans manches. Ne fermez pas le maillot sur le devant pour que le visage, la poitrine, l'abdomen, les bras et les jambes du bébé restent en contact peau contre peau avec la poitrine de la mère. Conseillez à la mère de s'habiller ensuite, et d'habiller son bébé, avec les vêtements habituels.
  - \* La méthode mère kangourou peut être utilisée pour les bébés jusqu'à ce qu'ils aient atteint un poids de 2 500 g ou un âge post-gestationnel de 40 semaines, c'est-à-dire jusqu'à la date à laquelle ils auraient dû naître, ou selon la volonté de la mère.

## Planifiez la sortie

- ▶ Planifiez la sortie de la maternité lorsque :
  - » le bébé tète bien et prend 15 g par kg de poids corporel et par jour ;
  - » la température corporelle du bébé est comprise entre 36,5 et 37,5 °C pendant 3 jours consécutifs ; et
  - » la mère est capable de prendre soin de son bébé et se sent confiante.

## C. RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION

- ▶ Lorsque la mère et le bébé sont séparés ou si le bébé ne tète pas efficacement :  
UTILISEZ des méthodes alternatives d'alimentation.
- ▶ Apprenez à la mère à extraire manuellement son lait.
- ▶ Ne le faites pas à sa place. Dites-lui :
  - » de se laver les mains soigneusement ;
  - » de s'asseoir ou de se tenir debout confortablement, et de tenir un récipient propre sous ses seins ;
  - » de presser légèrement avec le pouce et l'index vers l'intérieur, en direction de son mamelon ;
  - » d'extraire le lait d'un côté jusqu'à ce que le flux diminue, puis d'extraire le lait de l'autre côté ; et
  - » de continuer à alterner les deux côtés pendant au moins de 20 à 30 minutes.
- ▶ **SI** le lait ne coule pas bien :
  - » elle doit appliquer une compresse chaude ; et
  - » demander à quelqu'un de lui masser le dos et les épaules avant l'extraction.

▶ 65

**Nourrissez le bébé avec le lait de sa mère à chaque fois que possible, par l'une des TROIS MÉTHODES ci-dessous :**

### 1. EXTRACTION DU LAIT DIRECTEMENT DANS LA BOUCHE DU BÉBÉ

- » Tenez le bébé en contact peau contre peau, sa bouche proche du mamelon.
- » Pressez le sein jusqu'à ce que quelques gouttes de lait maternel apparaissent sur le mamelon.
- » Attendez que le bébé soit alerte et ouvre sa bouche et ses yeux, ou stimulez-le légèrement pour le réveiller.

## PROBLÈMES

## ACTION

## C. RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION (suite)

- » Laissez le bébé sentir et lécher le mamelon.
- » Laissez le lait maternel tomber dans la bouche du bébé.
- » Attendez que le bébé avale avant d'extraire d'autres gouttes de lait maternel.
- » Lorsque le bébé est rassasié, il fermera sa bouche et ne prendra plus de lait maternel.
- » Répétez ce processus toutes les 1 à 2 h si le bébé est très petit (prématuré de plus de 2 mois ou poids < 1 500 g), ou toutes les 2 à 3 h si le bébé n'est pas très petit.
- » Soyez flexible lors de chaque allaitement, mais assurez-vous que la prise est suffisante en vérifiant le poids du bébé chaque jour.

2. EXTRACTION  
MANUELLE DU LAIT

- » Placez le pouce et l'index de chaque côté de l'aréole et pressez vers l'intérieur en direction de la paroi de la cage thoracique



- » Pressez derrière le mamelon et l'aréole avec le pouce et l'index



### 3. ALIMENTATION À LA TASSE, SELON INDICATION



© OMS

- » Ne nourrissez pas le bébé vous-même.
- » Apprenez à la mère à nourrir le bébé à la tasse.
- » Mesurer la quantité de lait dans la tasse.
- » Tenir le bébé assis en position semi-droite, sur ses genoux.
- » Porter la tasse de lait aux lèvres du bébé.
- » Appuyer la tasse légèrement sur sa lèvre inférieure.
- » Mettre en contact le bord de la tasse avec la partie extérieure de sa lèvre supérieure.
- » Incliner la tasse de façon à ce que le lait touche juste les lèvres du bébé.
- » Ne pas verser le lait dans la bouche du bébé.
- » Le bébé devient alerte, ouvre sa bouche et ses yeux et commence à se nourrir.
- » Le bébé va aspirer le lait et en renverser un peu.
- » Les bébés menus vont commencer à mettre le lait dans leur bouche avec leur langue.
- » Le bébé avale le lait.
- » Le bébé a fini de se nourrir lorsqu'il ferme sa bouche et ne se montre plus désireux d'en prendre encore.
- » Si le bébé ne prend pas la quantité calculée :
  - nourrissez-le plus souvent ; et
  - apprenez à la mère à mesurer la prise du bébé sur 24 heures, et non sur une seule séance.
- » L'alimentation à la tasse convient bien au bébé si la quantité requise de lait est avalée, s'il en renverse peu et que sa prise de poids se maintient.

## PROBLÈMES

## ACTION

## C. RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION (suite)

- ▶ **SI** la mère n'a pas beaucoup de lait dans les premiers jours ou si elle ne peut pas du tout allaiter, ayez recours à l'une des options d'alimentation suivantes :
  - » lait de nourrice stérilisé ;
  - » lait cru d'une donatrice (dans des conditions dans lesquelles les avantages de donner du lait cru de donatrice l'emportent sur le faible risque de transmission du VIH) ; ou
  - » en dernier recours, une préparation pour nourrissons.

▶ 68

- ▶ Les bébés de faible et très faible poids de naissance, qui ne peuvent être nourris au lait de leur mère doivent être nourris avec du lait de nourrice (si des banques de lait sûr et économiquement abordable existent ou peuvent être constituées).
- ▶ Les préparations pour nourrissons ne doivent être utilisées que lorsque tout a été fait pour donner au bébé le lait de sa mère ou du lait de nourrice. En effet, l'utilisation de substitut du lait maternel en poudre augmente le risque d'entérocolite nécrosante néonatale, de pneumonie, de diarrhée, de méningite et de décès.
- ▶ Les bébés de faible poids de naissance et de très faible poids de naissance, qui ne peuvent pas être nourris au lait maternel, doivent être nourris avec une préparation pour nourrissons normalisée. Les bébés de très faible poids de naissance nourris avec une préparation normalisée, qui ne parviennent pas à prendre du poids, doivent être nourris avec une préparation pour enfants prématurés.

- ▶ Si ces méthodes sont utilisées :
  - » déterminez la quantité quotidienne appropriée, en fonction de l'âge du bébé ;
  - » évaluez la quantité quotidienne totale de lait maternel donné ; et
  - » prévoyez de garder les bébés menus plus longtemps avant la sortie de la maternité.
- ▶ Orientez pour des conseils sur l'allaitement et des examens complémentaires si :
  - » les difficultés d'alimentation persistent pendant 3 jours ; ou
  - » la perte de poids est > 10 % du poids de naissance.
- ▶ Évaluez et planifiez la sortie lorsque :
  - » le bébé est correctement allaité et prend du poids convenablement pendant 3 jours consécutifs ;
  - » la température corporelle du bébé est comprise entre 36,5 et 37,5 °C pendant 3 jours consécutifs ; et
  - » la mère est capable de prendre soin de son bébé et se sent confiante.



# 7. Créer un environnement favorable aux soins néonataux

## 7. Créer un environnement favorable aux soins néonataux

### INTERVENTION

### ACTION

#### A. PRÉPARATION DES CHANGEMENTS D'ÉQUIPE

##### Préparez le lieu des accouchements

- ▶ L'équipe entrante et l'équipe sortante doivent exécuter ensemble les tâches suivantes :
  - » appliquer la liste de contrôle de maintenance de l'équipement et des fournitures pour s'assurer que tous les équipements sont désinfectés et fonctionnent, et que les fournitures et médicaments sont présents en quantité satisfaisante (voir «Liste de contrôle de la maintenance», pp. 84–88) ;
  - » mettre au point les listes et les emplois du temps du personnel ;
  - » remplir correctement et conserver tous les dossiers cliniques, les certificats, les orientations et autres documents ; et
  - » s'assurer qu'il n'y a pas eu d'infraction au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ou à des codes nationaux ou d'autres lois relatives à l'alimentation des nourrissons.

#### B. APRÈS CHAQUE ACCOUCHEMENT

##### Réapprovisionnez l'espace d'accouchement

- ▶ Remplacez et traitez les instruments utilisés pour l'accouchement (voir p. 86).
- ▶ Remplacez les linges utilisés.
- ▶ Tenez à jour le registre du service en y indiquant les informations essentielles. Consignez les constatations, les traitements, les orientations et les plans de suivi dans les dossiers cliniques et domestique.

## C. PRÉCAUTIONS DE BASE

### Précautions générales de base et propreté

- ▶ **Considérez toute personne comme potentiellement infectieuse (y compris le bébé et le personnel médical). Exécutez les procédures systématiques de protection des patients comme des agents de santé du contact avec du matériel infectieux.**
  - » Lavez-vous les mains avant et après un soin à une mère ou à un bébé, avant tout traitement impliquant des injections ou la section du cordon (voir pp. 75–77) et après avoir manipulé des déchets ou du matériel potentiellement contaminé.
  - » Portez des gants stériles neufs lors de l'accouchement, du coupage du cordon ou d'une prise de sang.
  - » Portez des gants ajustés, non stériles, en latex ou non, lors du contact avec du sang ou des produits sanguins
  - » Portez des gants stériles lors de la manipulation et du nettoyage d'instruments, de la manipulation de déchets contaminés, du nettoyage du sang et de liquides organiques.
- ▶ **Pendant les accouchements :**
  - » Portez des gants, couvrez toute coupure, écorchure ou éraflure de la peau avec un pansement imperméable, portez un tablier long et des chaussures en plastique ou d'un matériau résistant aux éclaboussures, et protégez vos yeux des éclaboussures et du sang.
  - » Les gants **NE PROTÈGENT PAS** contre les blessures ni les plaies punctiformes causées par des aiguilles ou des objets pointus. Les aiguilles et les scalpels doivent être manipulés avec une extrême prudence.

## INTERVENTION

## ACTION

## C. PRÉCAUTIONS DE BASE (suite)

**Précautions générales  
de base et propreté  
(suite)**

- ▶ Lors de la réalisation d'injections, les gants ne sont pas nécessaires :
  - en cas d'injections intradermiques, sous-cutanées ou intramusculaires ;
  - si la peau de l'agent de santé est intacte ; ou
  - si la peau du patient est intacte.
- » Déposez en toute sécurité les aiguilles dans un récipient résistant aux perforations et posé à côté du lit.
- » Ne réutilisez jamais, ne réencapuchonnez jamais et ne cassez jamais les aiguilles après les avoir utilisées.
- » Jetez les flacons multidoses conformément aux recommandations de l'OMS ou du fabricant.
- » Débarrassez-vous des articles tachés de sang ou contaminés dans des récipients étanches.
- » Versez les déchets liquides dans une canalisation sanitaire ou des toilettes à chasse d'eau.
- » Ramassez et conservez les vêtements ou les draps tachés de sang ou de liquides organiques à l'écart des autres linges sales.
- » Assurez-vous que les instruments qui pénètrent dans la peau sont correctement stérilisés et que les instruments à usage unique sont jetés après le premier usage.
- » Nettoyez ou désinfectez entièrement tout équipement entrant en contact avec de la peau intacte.
- » Utilisez de l'eau de Javel pour nettoyer les cuvettes, les seaux et les éclaboussures de sang ou de liquides organiques.

## Hygiène des mains

### ▶ LAVAGE DES MAINS

- » Ôtez les bijoux de vos mains et/ou votre montre.
- » **MOUILLEZ VOS MAINS** avec de l'eau courante ou un produit d'hygiène pour les mains à base d'alcool. En cas d'absence d'eau courante, utilisez une cuvette/un seau d'eau et un broc/une louche (et demandez à quelqu'un de verser l'eau propre sur vos mains).
- » **APPLIQUEZ** du savon simple ou antimicrobien, ou un produit d'hygiène pour les mains à base d'alcool.
- » **FROTTEZ TOUTES LES SURFACES** cinq fois sur chaque main, de la façon suivante :
  - frottez vos mains paume contre paume ;
  - frottez la paume droite avec le dos de la main gauche, vos doigts étant entrelacés, et vice versa ;
  - frottez vos paumes l'une contre l'autre, vos doigts étant entrelacés ;
  - frottez le dos de vos doigts contre la paume opposée, vos doigts étant joints ;
  - frottez le pouce gauche serré dans la paume droite en le faisant tourner et vice versa ; et
  - frottez vers l'avant, vers l'arrière et en tournant, vos doigts de la main droite serrés dans la paume gauche, et vice versa.

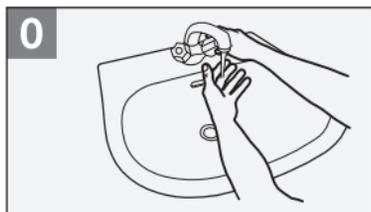
### NOTE au sujet des téléphones portables

Ils peuvent être fortement contaminés par des microbes pathogènes et ne doivent donc pas être utilisés pendant les soins au patient.

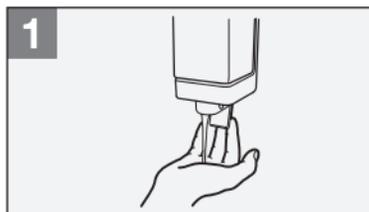
- ▶ **SI** vous utilisez de l'eau courante ou de l'eau versée par quelqu'un :
  - rincez vos mains avec un filet d'eau ;
  - séchez-les soigneusement avec une serviette à usage unique ; et
  - fermez le robinet à l'aide de la serviette.
- » Si vous utilisez du savon, l'opération entière doit durer de 40 à 60 secondes (voir pp. 76–77) ; si vous utilisez un produit d'hygiène à base d'alcool, les 7 étapes doivent durer de 20 à 30 secondes.

## Technique d'hygiène des mains avec usage de savon

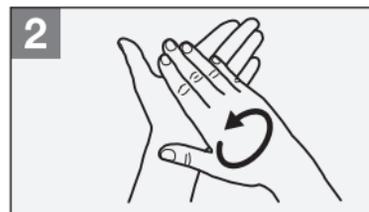
Durée d'un lavage complet : de 40 à 60 secondes



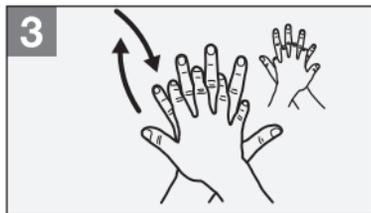
▶ Mouillez vos mains avec de l'eau



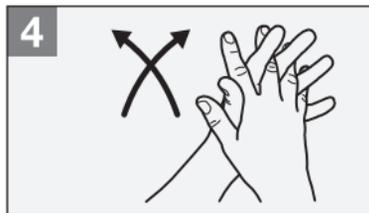
▶ Mettez suffisamment de savon pour couvrir toutes les surfaces de vos mains



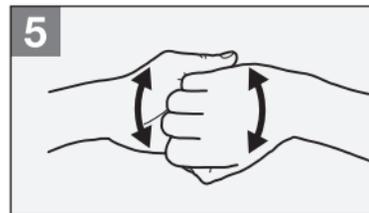
▶ Frottez vos mains paume contre paume



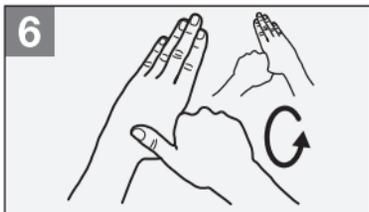
▶ Frottez la paume droite avec le dos de la main gauche, vos doigts étant entrelacés, et vice versa



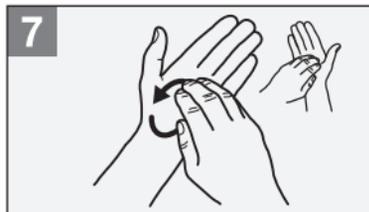
▶ Frottez vos paumes l'une contre l'autre, vos doigts étant entrelacés



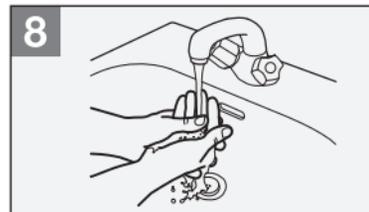
▶ Frottez le dos de vos doigts contre la paume opposée, vos doigts étant joints



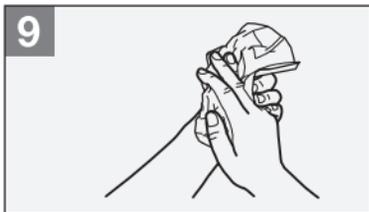
- ▶ Frottez le pouce gauche serré dans la paume droite en le faisant tourner et vice versa



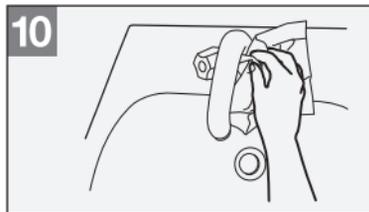
- ▶ Frottez vers l'avant, vers l'arrière et en tournant, vos doigts de la main droite serrés dans la paume gauche, et vice versa



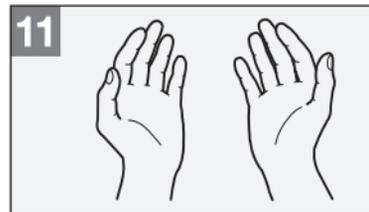
- ▶ Rincez vos mains avec de l'eau



- ▶ Séchez vos mains soigneusement avec une serviette à usage unique



- ▶ Utilisez la serviette pour fermer le robinet



- ▶ Vos mains sont à présent propres et sûres

## INTERVENTION

## ACTION

## C. PRÉCAUTIONS DE BASE (suite)

Traitement  
des instruments  
et autres articles

**ÉTAPE 1. Décontamination**

- » Placez les instruments dans un récipient de plastique contenant une solution chlorée à 0,5 %, immédiatement après utilisation.
- » Recouvrez complètement les instruments avec la solution chlorée et laissez tremper pendant 10 minutes.
- » Ôtez les instruments de la solution chlorée (en ayant enfilé des gants de ménage).
- » Rincez-les avec de l'eau. Mettez-les de côté jusqu'à ce que vous soyez prêt à les nettoyer.
- » Changez la solution chlorée :
  - chaque matin ; ou
  - à chaque fois qu'elle est très contaminée ou trouble.

**USAGE D'EAU DE JAVEL DOMESTIQUE LIQUIDE**

Vous pouvez utiliser de l'eau de Javel domestique pour réaliser une solution chlorée à 0,5 %, à l'aide de la formule suivante : [% de chlore dans l'eau de Javel liquide divisé par 0,5 %] moins [1] = x doses d'eau pour chaque dose d'eau de Javel

- ▶ EXEMPLE: pour obtenir une solution chlorée à 0,5 % à partir d'un concentré de chlore à 5 %, réalisez le calcul suivant : [5% divisé par 0,5%] moins [1] = [10] moins [1] = 9 doses d'eau

**Mélangez 1 dose d'eau de Javel liquide avec 9 doses d'eau pour obtenir une solution chlorée à 0,5 %.**

## Traitement des instruments et autres articles (suite)

### ► ÉTAPE 2. Nettoyage

- » Portez des gants de ménage, un masque et des lunettes de protection lors du nettoyage.
- » Utilisez une brosse souple ou une vieille brosse à dents, du savon et de l'eau pour frotter les instruments.
- » Rincez soigneusement tous les instruments avec de l'eau propre pour ôter tout le savon.

NOTE Utilisez du savon de nettoyage domestique (pain de savon ou savon liquide), plutôt que du savon de toilette. Si vous utilisez un pain de savon, conservez-le sur un porte-savon percé pour que l'eau s'évacue.

### ► ÉTAPE 3. Désinfection poussée par ébullantage

- » Mettez tous les instruments et autres articles dans une casserole, ouvrez les ciseaux et autres instruments à jointures. Placez les pinces forceps ou les pinces pick-up au-dessus des autres instruments.
- » Recouvrez complètement tous les instruments avec de l'eau. Lorsque l'eau bout, couvrez la casserole et laissez bouillir pendant 20 MINUTES.
- » Retirez les instruments de la casserole et placez-les dans un récipient pour désinfection poussée.
- » Séchez à l'air les instruments bouillis avant utilisation ou stockage. Ne laissez pas les instruments bouillis dans l'eau qui n'est plus en ébullition.

NOTE La désinfection poussée tue tous les germes, sauf certains endospores (bactéries difficiles à tuer, comme celle du tétanos ou de la gangrène gazeuse). Si la stérilisation est impossible, la désinfection poussée (par ébullantage ou vapeur) est le seul choix acceptable.

## INTERVENTION

## ACTION

## C. PRÉCAUTIONS DE BASE (suite)

Traitement  
des instruments  
et autres articles  
(suite)

## ▶ ÉTAPE 4. Désinfection poussée à la vapeur

- » Versez de l'eau dans le fond d'un cuiseur à vapeur.
- » Placez tous les instruments dans le panier du cuiseur. Ouvrez les ciseaux et les autres instruments à jointures. Placez les pinces forceps ou les pinces pick-up au-dessus des autres instruments.
- » Portez l'eau à ébullition, puis lorsqu'elle commence à bouillir, couvrez le cuiseur et laissez bouillir pendant 20 MINUTES.
- » Retirez les instruments du cuiseur et placez-les dans un récipient pour désinfection poussée.
- » Séchez les instruments à l'air libre, puis utilisez-les ou stockez-les dans un récipient à désinfection poussée fermé.

## NOTE

La vapeur endommage moins les gants et autres articles en plastique ou en caoutchouc, consomme moins d'eau et de combustible, et n'entraîne pas la formation de dépôts de calcaire sur les articles métalliques.

## ▶ ÉTAPE 5. Stérilisation à la vapeur (autoclave)

- » Séchez tous les instruments nettoyés avant être stérilisés. Ouvrez les instruments à jointure, par exemple les ciseaux, pour que la vapeur puisse atteindre toutes les surfaces de chaque objet.
- » Si vous enveloppez les instruments avant le passage dans l'autoclave, utilisez deux couches de papier, de papier journal ou de coton.

## Traitement des instruments et autres articles (suite)

- » Laissez de l'espace entre les instruments afin que la vapeur puisse se répandre. Suivez les instructions du fabricant autant que possible. Stérilisez en général à une température de 121 °C (250 °F) et à une pression de 106 kPa (15 psi). Ne commencez à chronométrer que lorsque l'autoclave atteint la température et la pression requises; les articles enveloppés nécessitent 30 minutes, et les articles non enveloppés 20 minutes.
- » À la fin du cycle, si l'autoclave est automatique, la chaleur sera coupée et la pression commencera à retomber. S'il ne l'est pas, coupez la chaleur ou enlevez l'autoclave de la source de chauffage.
- » Attendez que le manomètre indique « zéro ». Ouvrez le couvercle / la porte de l'autoclave pour que le reste de la pression s'échappe.
- » Laissez les paquets d'instruments ou les articles dans l'autoclave jusqu'à séchage complet. Les paquets humides attirent les micro-organismes de l'environnement et doivent être considérés comme contaminés.
- » Enlevez les instruments de l'autoclave lorsqu'ils sont secs.
- » Utilisez ou stockez immédiatement l'équipement sorti de l'autoclave.

NOTE La stérilisation tue tous les germes, y compris les endospores. Tout article ayant été en contact avec le système sanguin ou les tissus sous la peau doit être stérilisé à la vapeur (dans un autoclave) ou à la chaleur sèche. La stérilisation à la vapeur utilise de la chaleur humide sous pression, et nécessite donc de l'eau et de la chaleur. L'autoclave doit posséder un manomètre.

---

### ► ÉTAPE 6. Stockage ou usage

Après le traitement, les instruments ayant subi une désinfection poussée ou une stérilisation doivent être utilisés immédiatement ou stockés convenablement pour ne pas être contaminés. Un stockage correct est aussi important que la décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection poussée.



## 8. Liste de contrôle pour la maintenance de l'équipement et des fournitures

## 8. Liste de contrôle pour la maintenance de l'équipement et des fournitures

CONTRÔLE	ACTION
Pièce chaude et propre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Source de lumière</li> <li>▶ Source de chaleur</li> <li>▶ Thermomètre d'ambiance</li> <li>▶ Literie propre</li> <li>▶ Rideaux (si plusieurs lits), ou moustiquaire imprégnée dans les zones de paludisme</li> <li>▶ Surface de travail pour la réanimation des nouveau-nés, à proximité des lits d'accouchement</li> <li>▶ Surface propre (pour les positions d'accouchement alternatives)</li> <li>▶ Détergent pour le nettoyage des murs, des fenêtres et du sol (si absence de liquides organiques)</li> </ul>
Lavage des mains	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Approvisionnement en eau propre</li> <li>▶ Pain de savon en petits morceaux</li> <li>▶ Brosse à ongles ou repousse-cuticules</li> <li>▶ Serviettes propres</li> <li>▶ Produit d'hygiène pour les mains à base d'alcool</li> </ul>

---

## Déchets

- ▶ Conteneur pour aiguilles usagées
- ▶ Panier pour draps sales
- ▶ Seau pour les cotons et la gaze usagés
- ▶ Cuvette et sac en plastique pour le placenta

---

## Stérilisation

- ▶ Stérilisateur d'instruments médicaux
- ▶ Bocal à forceps

---

## Fournitures

- ▶ Gants :
  - » de ménage ou résistants, stériles ou ayant subi une désinfection poussée
  - » longs stériles, pour le retrait du placenta
  - » à usage unique, pour les examens
  - » de chirurgie, stériles, pour les interventions
- ▶ Tablier en plastique long
- ▶ Sonde urinaire
- ▶ Seringues jetables avec aiguilles
- ▶ Tubulure pour intraveineuse
- ▶ Matériel de suture en cas de déchirure ou d'épisiotomie
- ▶ Solution antiseptique (iodophore ou chlorhexidine)
- ▶ Alcool isopropylique à 70 %



**CONTRÔLE**

**ACTION**

**Fournitures (suite)**

- ▶ Gaze
- ▶ Eau de Javel (composé à base de chlore)

**Divers**

- ▶ Source d'oxygène
- ▶ Pendule murale
- ▶ Torches avec batteries de rechange
- ▶ Registre du service

**Équipement  
pour la mère**

- ▶ Lit d'accouchement qui soutienne la future mère en position semi-assise ou couchée sur le côté, avec des étriers amovibles (uniquement pour la réparation du périnée ou l'accouchement à l'aide d'instruments)
- ▶ Stéthoscope
- ▶ Appareil pour tension artérielle
- ▶ Thermomètre médical

**Instruments pour l'accouchement**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| ▶ Ciseaux                     | ▶ Pince porte-éponge                                   |
| ▶ Porte-aiguille              | ▶ Spéculum   |
| ▶ Pince hémostatique et clamp | ▶ Drap (de plastique) propre à placer sous la patiente |
| ▶ Pince à dissection          | ▶ Serviettes hygiéniques                               |

## Médicaments

---

- ▶ Oxytocine
- ▶ Oxygène
- ▶ Maléate de méthylergométrine
- ▶ Sulfate de magnésium
- ▶ Gluconate de calcium
- ▶ Dexaméthasone ou betaméthasone
- ▶ Diazépam
- ▶ Hydralazine
- ▶ Ampicilline
- ▶ Gentamicine
- ▶ Métronidazole
- ▶ Benzathine benzypénicilline
- ▶ Lidocaïne
- ▶ Épinéphrine
- ▶ Soluté lactate de Ringer
- ▶ Dextrose 10 %
- ▶ Soluté isotonique de chlorure de sodium
- ▶ Eau pour préparations injectables

- ▶ Isoniazide
- ▶ Kit de test rapide de la réagine plasmatique
- ▶ Test VIH
- ▶ Kit de dosage de l'hémoglobine
- ▶ Contraceptifs
- ▶ Névirapine (adultes, nourrissons)
- ▶ Zidovudine (AZT) (adultes, nourrissons)
- ▶ Lamivudine (3TC)

▶ 87

## Formulaire et certificats

---

- ▶ Certificats de naissance
- ▶ Formulaire d'assurance santé
- ▶ Certificats de décès
- ▶ Formulaire d'orientation

## Pour des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets, ajouter aux éléments ci-dessus :

---

- ▶ Le matériel pour césariennes
- ▶ Stock de sang et matériel pour transfusions sanguines

**CONTRÔLE**

**ACTION**

**Équipement  
pour le nouveau-né**

- ▶ Stéthoscope obstétrical
- ▶ Serviettes propres pour sécher et couvrir le bébé
- ▶ Ballon néonatal autogonflable et masques (taille 1 pour les bébés nés à terme et taille 0 pour les prématurés)
- ▶ Tube d'aspiration avec collecteur de mucus
- ▶ Sondes d'alimentation (diamètres 5 et 8 FR)
- ▶ Rubans pour cordon ombilical (stériles), ou clamps et pinces
- ▶ Couvertures
- ▶ Bonnets, moufles et socquettes

**Médicaments et vaccins**

**Fournitures**

- ▶ Antimicrobien oculaire (pommade à l'érythromycine ou à la tétracycline ou polyvidone iodée à 2,5 %)
- ▶ Vitamine K (phytoménadione)
- ▶ Vaccin BCG
- ▶ Vaccin anti-hépatite B
- ▶ Ampicilline
- ▶ Gentamicine
- ▶ Pénicilline G
- ▶ Soluté lactate de Ringer ordinaire ou soluté isotonique de chlorure de sodium
- ▶ Dextrose 10 %
- ▶ Eau pour préparations injectables
- ▶ Seringues 1 ml (1 cc)
- ▶ Seringues 3 ml (3 cc)
- ▶ Thermomètres numériques
- ▶ Balance pour bébés
- ▶ Canards (tasses à bec pour l'alimentation)
- ▶ Bandes de soutien pour la méthode mère kangourou
- ▶ Fiches de dépistage du nouveau-né (selon directives nationales)
- ▶ Lancettes



## 9. Index

Âge gestationnel 6

Aiguilles usagées 74

Algorithmes

1. Préparation à la naissance 2

2. Soins essentiels au nouveau-né 12

3. Réanimation 50

4. Alimentation optimale du bébé cliniquement stable 58

Alimentation 17,58,61

frottement avec le nez 17

léchage 17

mouvement de la langue 17

ouverture de la bouche 17

Alimentation à la cuillère

*Voir* Alimentation à la tasse

Alimentation à la tasse 67

*Voir aussi* Alimentation et allaitement

Allaitement 18–19,32,35,39,42–47,  
61–62,64,69

à la demande 32,43–44

colostrum 20

mère séropositive au VIH 7,20

méthodes alternatives 65–69

position 8–19

prise 18–19,43

signes de faim 17,20

Allaitement exclusif 32,42–44

Allaiter 27,38–39,44,61–62,68

Ampicilline 25,35,37

Antibiotiques 27,44

en cas de travail prématuré 6

Aspiration systématique 14,52

Autoclave 80

*Voir aussi* Traitement des instruments

Bain 33,44

Betaméthasone 87

Bouche 19,38

Bracelet d'identification 16–24

Césarienne 7,42

Chaleur 14,33,44–46,60

Cloxacilline 44

Colostrum 46

*Voir* Allaitement

Compagnon choisi 4,8–9

Complications 46

Contact peau contre peau 15,17,29,58

*Voir aussi* Méthode mère kangourou

Contractions 7

douleur constante 7

douleur continue 7

Convulsion

*Voir* Signes de danger

Cordon

clampage et section 17

Cordon ombilical

*Voir* Soins du cordon

Décontamination 16,78,81

*Voir aussi* Zone d'accouchement

Dilatation du col 5,8

Dystocie des épaules 10

Enduit sébacé 16

Engorgement

*Voir* Problèmes d'allaitement

Epinéphrine 87

Episiotomie 10  
  contre-indications 10  
Extraction du lait maternel 66  
Extraction manuelle du lait  
  *Voir* Extraction du lait maternel  
Fente palatine 26  
  *Voir aussi* Malformation  
Forceps 8,79,80,85–86  
  *Voir aussi* Equipement et fournitures  
Formulaires et certificats 87  
Fournitures  
  liste de contrôle 84–88  
Fracture 26  
  *Voir aussi* Traumatismes de la naissance  
Fréquence cardiaque fœtale (FCF) 4  
Fréquence respiratoire 4  
Gants  
  stériles 17  
  usagés 10,12,15,73,78  
Gentamicine 27,35,37  
Heure de naissance 14  
Hygiène 21,33,47  
  mains 75–77  
  *Voir aussi* Bain

Ictère 35,45  
Infection 36–39,79  
  aux levures 38  
  oculaire 20,36  
  cutanée 36–37  
  ombilicale 29,37  
Infection gonococcique oculaire 36  
Instruments pour l'accouchement 86  
Jaunisse: yeux, visage, paumes, peau  
  et plantes de pied jaunes 35,45  
  *Voir aussi* Ictère  
Kit d'accouchement 9  
Lavage 33,44  
  *Voir* Bain  
Lavage des mains 75–77  
Liquide amniotique 5,52  
Liste de contrôle de l'équipement  
  et des fournitures 84–88  
Malformations 26  
  *Voir aussi* Problèmes à la naissance  
Mastite 44  
  *Voir aussi* Problèmes d'allaitement  
Méconium 14,50,52  
Médicaments 87

Mère en période de post-partum 46  
Mère séropositive 7,20  
Méthode mère kangourou 62–64  
  position correcte du bébé 63  
Moignon du cordon 25  
Naissance 12  
  malformations 26  
  préparatifs 4  
  traumatismes 24–25  
Naissances multiples 16  
Nombril 36–37  
Non séparation du bébé et de la mère 16  
Orientation 27,29,46  
Oxytocine 9,16  
  décontamination 16  
  solution chlorée 16  
  *Voir aussi* Zone d'accouchement  
Paludisme  
  moustiquaires imprégnées 34,84  
Paracétamol 44  
Partogramme 5  
  *Voir aussi* WHO Partogramme de l'OMS

Partogramme de l'OMS 5  
Peau 37  
Pénicilline 7  
Période intrapartum 2-6  
Pertes vaginales 6  
Petit bébé et bébé prématuré 60-61  
    soins supplémentaires 21,29  
    planification de sortie 64  
Pied bot 26  
    *Voir aussi* Malformation  
Planification familiale 39  
Présentation podalique 10,25  
Problèmes d'alimentation 65-69  
Problèmes d'allaitement 43-44,47  
    engorgement 43  
    fièvre ou douleur 43  
    mastite 44  
    mamelons douloureux ou fissurés 43  
    mamelons tuméfiés 47  
Protéinurie 5  
Pus 28-29,36-37  
    *Voir aussi* Soins du cordon  
Réagine plasmatique 5

Réanimation 10,12,15,27,50,52  
    algorithme 50  
    élévation de la cage thoracique 56  
    équipement 10  
    masque et ballon 54  
    procédures 55-56  
    zone 10  
Respiration 52,57  
    fréquence normale 24  
    tirage costal 16,24,34,38,45,56-57  
Saignement 46  
    *Voir aussi* Complications  
Saignement vaginal 7,46  
Seins  
    engorgement 20,43  
Signes de danger 34,45  
    après la sortie 34  
    convulsions 34  
    fièvre / température élevée 34  
    ne s'alimente plus bien 34,38,45  
    pas de mouvement spontané 34  
    respiration rapide 34  
    température faible 34  
    tirage costal grave 34

Soins  
    du cordon 28-29  
    essentiels du nouveau-né (Algorithme) 12  
    mère kangourou 62-64  
    oeil 20  
    peau contre peau 62  
    supplémentaires 21,29,60  
    *Voir aussi* Soins du cordon  
    *Voir aussi* Soins néonataux  
    *Voir aussi* Soins du périnée  
Soins du cordon 28-29  
    contre-indications 28-29  
Soins du périnée 10  
Soins néonataux 72-74  
    mettre en place l'environnement 72  
    précautions de base 73-74  
    préparer la zone de travail 72  
    réapprovisionner la zone d'accouchement 72  
Soins oculaires 20  
Sommeil 34  
Sortie de la maternité 32-38,64  
    chambre 32-33  
    conseils 32,42  
    planification 62  
    ré-examen du bébé 34-36

- Soutien à l'allaitement 18  
bouche du nouveau-né 19  
tétée 20
- Stérilisation  
*Voir* Traitement des instruments
- Suffocation 52,57  
*Voir aussi* Respiration
- Sulfate de magnésium 6
- Tabagisme 34
- Température 4–5  
ambiante 64  
maternelle 6
- Température maternelle  
*Voir* Travail
- Tension artérielle 4–6
- Thérapie antirétrovirale (ART) 7  
*Voir aussi* Test HIV
- Tests de laboratoire  
VIH 7  
syphilis 7
- Test de la syphilis 7  
*Voir aussi* Tests en laboratoire
- Test VIH 5  
*Voir aussi* Thérapie antirétrovirale (ART)
- Traitement des instruments 78–80  
autoclave 80  
désinfection poussée par ébullition 79  
désinfection poussée à la vapeur 80  
procédures de nettoyage 79  
procédure de décontamination 78  
stockage ou usage 80
- Travail 5–8  
évaluation 6  
directives 5  
tardif 7  
préparatifs 5–8  
prématuré, rupture prématurée  
des membranes 6
- Travail prématuré  
*Voir* Travail
- Vaccins 27–28
- Vaccination BCG 27–28
- Vaccination anti-hépatite B 27  
à la naissance 28  
*Voir aussi* Vaccins
- Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) 5
- Ventilation 53,56,57  
mesures correctives 56  
indices pour l'interruption du masque  
et du ballon 57
- Ventilation avec masque ou ballon 53–54  
quand stopper 57  
procédures 53–55  
*Voir aussi* Réanimation
- Ventouse (accouchement à la ventouse)  
*Voir* Forceps
- Visites post-natales 39, 47  
conseils 47  
symptômes indiquant des complications 47
- Vitamine A 59,61
- Vitamine D 59
- Vitamine K 27–28
- Voies aériennes 52
- Yeux 36
- Zone d'accouchement 9  
sans courant d'air 9  
préparatifs 9–10,72  
température ambiante 9

# 10. Bibliographie

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2013.

Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent. Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés: une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant. Déclaration commune OMS/UNICEF. Genève: Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2009 (WHO/FCH/CAH/09.02; [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf)).

Essential newborn care course. Geneva: World Health Organization; 2010.

WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHO/MPS/10.03; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70432/1/WHO\\_MPS\\_10.03\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70432/1/WHO_MPS_10.03_eng.pdf)).

La méthode « mère kangourou ». Guide pratique. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2006.

Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization; 2012.

Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved or under review by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://origin.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf](http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf), accessed on 4 November 2013).

Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

Hormann E, Savage F. Relactation: a review of experience and recommendations for practice. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/CHS/CAH/98.14; [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_CHS\\_CAH\\_98.14.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_CAH_98.14.pdf)).

Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.

March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2009.

Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

Safe Childbirth Checklist: pilot edition [press release]. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/MockSCCChecklist.pdf>).

United Nations Children's Fund. Background and implementation. In: Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care [website]. Geneva: World Health Organization; 2009.

WHO best practices for injections and related procedures toolkit. Geneva: World Health Organization; 2010.

Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009.

Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012.

WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014.





# PREMIERS SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ

## Guide de poche de pratique clinique

