

Soins postnatals de la mère et du nouveau-né

Grandes lignes des Recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la santé

Contexte

Les jours et les semaines qui suivent la naissance, appelés période postnatale, représentent une phase cruciale dans la vie d'une mère et de son nouveau-né. La plupart des décès maternels et néonataux surviennent pendant le premier mois qui suit l'accouchement : près de la moitié dans les 24 premières heures¹ et 66 % au cours de la première semaine.² En 2013, 2,8 millions de nouveau-nés sont décédés pendant le premier mois de vie dont 1 million le premier jour.^{3,4}

Des progrès considérables ont été accomplis au niveau mondial dans l'amélioration de la santé maternelle. Dans le monde, 72 % des femmes qui accouchent sont prises en charge par du personnel compétent.⁵ En outre, entre 2000 et 2013, le taux de mortalité maternelle est passé de 380 à 210 pour 100 000 naissances vivantes. Pourtant, en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne, seulement 67 % et 48 % des femmes, respectivement, accouchent en présence de personnel compétent. Le nombre de femmes et de nouveau-nés recevant des soins postnatals est encore plus faible : moins de la moitié des femmes bénéficient d'une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement.⁴ Une analyse des données issues des enquêtes démographiques et de santé menées dans 23 pays d'Afrique subsaharienne ont montré que seuls 13 % des femmes qui accouchent à domicile reçoivent une visite postnatale dans les deux jours qui suivent la naissance.⁶

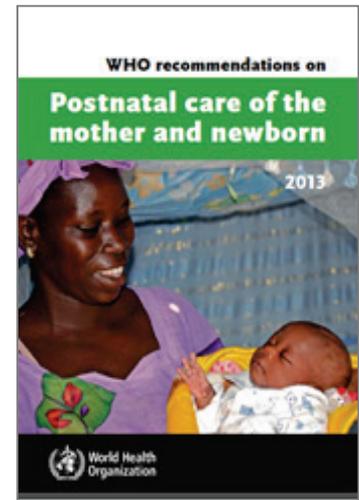
L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a récemment mis à jour les recommandations mondiales pour les soins postnatals de la mère et du nouveau-né à la suite d'une consultation technique. Les nouvelles recommandations portent sur le moment et le contenu des soins postnatals de la mère et du nouveau-né avec une attention particulière aux milieux défavorisés des pays à revenu faible et intermédiaire.⁷ Elles complètent d'autres recommandations sur la santé maternelle, périnatale et néonatale^{8,9} ainsi que celles portant sur les différents types d'agents de santé à même de fournir, en toute sécurité, les interventions essentielles en matière de santé maternelle et néonatale¹⁰, qui ont suivi un processus d'élaboration similaire.

Bien que ce document d'orientation en matière de politiques se concentre sur les soins postnatals, il est établi que les soins avant et pendant l'accouchement, dispensés dans un continuum de soins, ont le plus grand impact sur la survie maternelle et néonatale.

Ce document d'orientation en matière de politiques présente les recommandations de l'OMS en soulignant les modifications qui y ont été apportées ainsi que les meilleures pratiques recommandées. Il a pour objectif de guider les décideurs politiques, les responsables de programmes, les formateurs et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge postnatale de la mère et du nouveau-né. La mise en œuvre de ces recommandations pourrait aider à mettre un terme aux décès évitables, améliorer la santé, renforcer les systèmes de santé communautaires, résoudre les problèmes d'égalité des sexes et promouvoir le respect et la place de choix des femmes au centre des soins de maternité.¹¹ Dans des contextes avec ressources limitées, des stratégies visant à améliorer la qualité des soins postnatals et à garantir une utilisation équitable et durable de ces soins devraient être priorisées afin d'optimiser les résultats au niveau de la population.

Les meilleures pratiques : soins postnatals pour toutes les mères et tous les nouveau-nés

- Dispenser des soins postnatals dans les premières 24 heures à toutes les femmes et tous les nouveau-nés,



Soins postnatals : un terme fédérateur

En raison du caractère interchangeable des termes « post-partum » et « postnatal », le premier se référant à la mère et le second, au bébé, qui porte parfois à confusion, un terme unique, à savoir « postnatal » devrait être utilisé pour toutes les questions relatives à la mère et au bébé depuis la naissance et jusqu'à six semaines (42 jours).

Source : WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. WHO/MPS/10.03. World Health Organization 2010

indépendamment du lieu de l'accouchement. Un examen clinique complet devrait être réalisé environ une heure après la naissance, une fois que le bébé a reçu sa première tétée. Ce dernier devrait être examiné une nouvelle fois avant la sortie. En cas d'accouchement à domicile, la première visite postnatale devrait avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent la naissance. Si possible, une deuxième visite 24 à 48 heures après la naissance est souhaitable. Des contacts postnatals par téléphone portable entre la mère et le système de santé peuvent s'avérer utiles. Le contenu des soins postnatals est décrit dans les deux prochaines sections.

- **Assurer que la mère et le nouveau-né en bonne santé sont pris en charge dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures et ne rentrent pas chez eux plus tôt.** Il s'agit d'une mise à jour d'une recommandation de 2006. La durée minimum du séjour a été rallongée de 12 à 24 heures. Les données suggèrent qu'une sortie est possible si le saignement de la mère est maîtrisé, si la mère et le bébé ne présentent pas de signe d'infection ou d'autres maladies et si le bébé tète bien.
- **Toutes les femmes et tous les bébés devraient bénéficier d'au moins quatre examens postnatals au cours des six premières semaines qui suivent l'accouchement.** Il s'agit d'un changement notable comparé aux recommandations précédentes qui ne conseillaient que deux examens postnatals, dans les deux à trois jours suivant la naissance puis à six semaines. Désormais, outre deux examens complets réalisés le premier jour dans le cadre des soins postnatals, trois visites supplémentaires sont recommandées : au troisième jour (48-72 heures), entre le 7^e et le 14^e jours et six semaines après la naissance. Ces visites peuvent avoir lieu à domicile ou au sein d'un établissement de santé, selon le contexte et le professionnel de santé. D'autres visites peuvent s'avérer nécessaires en cas de problèmes ou de préoccupations.

Les éléments essentiels des soins postnatals

- Pour toutes les naissances, dispenser des soins postnatals dans les premières 24 heures :
 - Garder la mère et le nouveau-né dans l'établissement de soins pendant au moins 24 heures.
 - En cas d'accouchement à domicile, prévoir une visite dans les premières 24 heures.
- Chaque femme et chaque bébé devraient recevoir un total de quatre visites postnatals :
 - Le premier jour (24 heures)
 - Le troisième jour (48-72 heures)
 - Entre le 7^e et le 14^e jour
 - La sixième semaine
- Proposer des visites à domicile par des sages-femmes, d'autres professionnels de santé qualifiés ou des agents de santé communautaires bien formés et encadrés.
- Dans les milieux qui affichent une mortalité néonatale élevée, utiliser de la chlorhexidine après un accouchement à domicile.
- Mettre à nouveau l'accent sur les composantes des soins postnatals de qualité de la mère et du nouveau-né, notamment l'identification des problèmes et l'orientation.

Tableau 1. Dispensation des soins postnatals à la mère et au nouveau-né : actions programmatiques et politiques basées sur les nouvelles recommandations de l'OMS

Recommandations 2013 de l'OMS	Action programmatique/politique
RECOMMANDATION 1 : sortie d'un établissement de santé après la naissance	
Après un accouchement par voie basse sans complication dans un établissement de santé, la mère et le nouveau-né en bonne santé devraient être pris en charge au sein de l'établissement pendant au moins 24 heures.* (Nouveau en 2013) * Pour le nouveau-né, la prise en charge inclut une évaluation immédiate à la naissance, un examen clinique complet environ une heure après la naissance et un autre examen avant la sortie.	<ul style="list-style-type: none"> • Dispenser des soins de qualité, respectueux et axés sur la femme^a pour toutes les naissances. • Déterminer si une augmentation de l'infrastructure (lits, etc.) et du personnel dans les services postnatals est nécessaire pour assurer la prise en charge respectueuse et confortable des femmes qui restent plus longtemps. • Harmoniser les politiques (comme les mesures d'incitation nationales pour accoucher en établissement de santé et les régimes d'assurances) avec les recommandations. • Adapter et utiliser une simple liste de contrôle de sortie.¹²
RECOMMANDATION 2 : nombre de visites postnatals et calendrier	
Si l'accouchement a lieu dans un établissement de santé , la mère et le nouveau-né en bonne santé devraient recevoir des soins postnatals au sein de l'établissement pendant au moins 24 heures.* (NOUVEAU en 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation nationaux recommandent trois évaluations du nouveau-né dans les premières 24 heures : une évaluation immédiate à la naissance, un examen clinique complet environ 1 heure après la naissance et un autre examen avant la sortie. • Coordonner les soins postnatals avec l'initiative « Hôpitaux Amis des Bébé »¹³ afin de garantir que les procédures institutionnelles et services de proximité soutiennent les pratiques optimales en matière d'allaitement. • Actualiser les connaissances des professionnels de santé et promouvoir les meilleures pratiques en matière de soins postnatals, notamment les conseils de sortie, conformément aux nouvelles recommandations.

Recommandations 2013 de l'OMS	Action programmatique/politique
Si l'accouchement a lieu à domicile , le premier contact postnatal devrait avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent la naissance. (NOUVEAU en 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques et programmes actuels afin de souligner l'importance de l'intervention d'une sage-femme, d'un autre professionnel de santé qualifié et/ou d'agents de santé communautaires bien formés et encadrés pour les accouchements et les soins postnatals à domicile.
Au moins trois visites postnatales supplémentaires sont recommandées pour toutes les mères et tous les nouveau-nés, le troisième jour (48-72 heures), entre le 7 ^e et le 14 ^e jour et la sixième semaine après la naissance. (NOUVEAU en 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité, les programmes de formation et les supports et messages encourageant un changement de comportement recommandent explicitement trois examens postnatals supplémentaires (soit quatre au total depuis la naissance et jusqu'à la sixième semaine) par le biais de visites à domicile et de soins en établissements de santé. • Réviser les systèmes nationaux de surveillance afin d'inclure l'indicateur de procédure pour les visites postnatales, à savoir le nombre de mères/nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatal dans les deux jours qui suivent la naissance (indépendamment du lieu de l'accouchement), pour toutes les naissances.
RECOMMANDATION 3 : visites à domicile pour les soins postnatals	
Les visites à domicile dans la semaine qui suit l'accouchement sont recommandées pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né.	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la meilleure façon d'intégrer les visites de soins postnatals à domicile dans les responsabilités et la formation des sages-femmes, d'autres professionnels de santé qualifiés et/ou d'agents de santé communautaires bien formés et encadrés. • Explorer les stratégies de santé mobile afin de communiquer avec les mères avec lesquelles il pourrait s'avérer difficile d'être physiquement en contact.
<p>^a Les recommandations de l'OMS intitulées <i>Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles</i> définissent cette prise en charge de référence. Elles sont consultables à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/fr/.</p>	

Directives additionnelles issues d'autres recommandations de l'OMS

- Encourager les femmes à accoucher en présence de personnel compétent dans un établissement de santé afin qu'elles reçoivent des soins de qualité pendant et après l'accouchement, notamment l'administration d'un utérotonique lors de la délivrance. Il est important que toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de soins professionnels pendant le travail, l'accouchement et le premier jour suivant la naissance.
- Promouvoir des soins de maternité respectueux et axés sur les femmes dans le cadre desquels les femmes sont traitées avec gentillesse, dignité et respect. Les soins de maternité respectueux sont une composante essentielle des soins postnatals, en particulier dans les établissements de santé. Ils font la promotion des meilleures pratiques (comme de laisser la mère et le bébé ensemble dans la même chambre 24 heures sur 24 excepté si une séparation est médicalement nécessaire), reconnaissent que la mère et sa famille devraient être informées de tous les aspects des soins et considèrent le conseil comme une occasion de répondre aux questions et aux préoccupations.

Les meilleures pratiques en matière de soins postnatals du nouveau-né

- **Renforcer les soins postnatals par le biais de visites à domicile et dans les établissements de santé.** Les composantes des soins postnatals contenues dans les recommandations 2006 sont à nouveau soulignées sans grand changement.
- **Rechercher les signes cliniques de maladie grave chez le nouveau-né à chacune des quatre visites postnatales et référer le bébé le cas échéant.** Neuf signes cliniques (énumérés dans la Recommandation 4 dans le Tableau 2 ci-après) de danger ont été déterminés. Ils peuvent être identifiés à la maison par un agent de santé communautaire ou dans un établissement de santé par un professionnel de santé qualifié. Les données suggèrent que des algorithmes simples constituent des outils valides dans les deux milieux.
- **Continuer à promouvoir l'allaitement maternel exclusif et précoce dans les établissements prenant en charge les accouchements, notamment dans les services de soins prénatals, lors de l'accouchement et de toutes les visites postnatales.** Conformément aux précédentes recommandations de l'OMS, les données montrent que l'allaitement maternel exclusif réduit le risque de mortalité et de morbidité pendant le premier mois de vie (comparé à l'allaitement au sein partiel et prédominant) et améliore la santé post-néonatale. En outre, il favorise un meilleur espacement des naissances en retardant le retour à la fécondité. Au vu de l'augmentation du nombre d'accouchements en institution dans de nombreux pays en développement, les politiques et les programmes devraient promouvoir activement le conseil et le soutien en matière d'allaitement maternel exclusif dans les établissements de santé, notamment autour des difficultés courantes liées à l'allaitement et des moyens de les surmonter, le cas échéant.
- **Envisager l'utilisation de chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical du bébé né à domicile** en vue de réduire la mortalité néonatale. Chez le nouveau-né né à domicile dans des milieux affichant une mortalité néonatale élevée (30 décès

néonataux ou plus pour 1 000 naissances vivantes) l'application quotidienne de chlorhexidine (gel ou solution aqueuse de digluconate de chlorhexidine 7,1 %, délivrant de la chlorhexidine à 4 %) sur le cordon ombilical pendant la première semaine de vie est recommandée. Il s'agit d'une nouvelle recommandation. Chez le nouveau-né né dans un établissement de santé ou à domicile dans des milieux où la mortalité néonatale est faible, le nettoyage et les soins du cordon par séchage naturel restent la recommandation de référence. Dans ces cas, l'utilisation de chlorhexidine peut être envisagée uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle dangereuse, comme de la bouse de vache, sur le cordon.

• **Renforcer les messages essentiels relatifs aux soins néonataux auprès des familles et des professionnels de santé.**

L'OMS met à nouveau l'accent sur les composantes clés des soins néonataux et notamment le report du bain, le contact peau-à-peau et la vaccination. Compte tenu de la vulnérabilité des bébés prématurés et de faible poids de naissance, des interventions sont nécessaires pour identifier ces nouveau-nés dans les établissements de santé et à domicile et veiller à ce qu'ils reçoivent des soins particuliers.

Tableau 2. Soins postnatals du nouveau-né : actions programmatiques et politiques basées sur les nouvelles recommandations de l'OMS

Recommandations 2013 de l'OMS	Action programmatique/politique
RECOMMANDATION 4 : évaluation du bébé	
<p>Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie : <i>a cessé de bien s'alimenter, antécédents de convulsions, respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute), tirage intercostal sévère, pas de mouvements spontanés, fièvre (température $\geq 37,5$ °C), température corporelle $< 35,5$ °C, ictère pendant les 24 premières heures de vie, paumes et plantes des pieds jaunes, tous âges confondus.</i> Il convient d'encourager la famille à consulter les services de santé si l'un des signes de danger ci-dessus est identifié entre les visites postnatales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser et adapter les documents de travail pour les évaluations cliniques au sein de la communauté et des établissements de santé (tels que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement) en fonction de signes cliniques simples de maladie grave chez le nouveau-né. • Intégrer la reconnaissance des signes cliniques dans la formation des agents de santé communautaires et du personnel qualifié. • Examiner/réviser les messages éducatifs afin de souligner l'importance des signes de danger chez le nouveau-né et de la demande de soins dans les conseils fournis aux femmes enceintes et aux accouchées, aux familles et aux communautés.
RECOMMANDATION 5 : allaitement maternel exclusif	
<p>Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein de la naissance et jusqu'à six mois. Les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement exclusif à chaque visite postnatale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les messages de promotion de l'allaitement maternel exclusif et précoce pendant la grossesse et à toutes les visites de soins postnatals. • Veiller à la promotion active de l'allaitement dans les établissements de santé. • Identifier et éliminer les obstacles à l'allaitement maternel exclusif (par ex. : ne pas mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit la naissance, ne pas lui donner de colostrum, lui donner des aliments avant le début de l'allaitement, l'impression de la mère que son lait ne suffit pas, la méconnaissance de l'importance d'allaiter souvent et de donner les deux seins afin de favoriser la montée de lait). • Intégrer des messages de promotion de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et de l'allaitement maternel exclusif afin de garantir le respect des critères de la MAMA et d'éliminer les obstacles à l'allaitement exclusif qui nuisent à l'efficacité de cette méthode. • Préparer les mères à l'introduction d'aliments complémentaires tout en poursuivant l'allaitement lorsque le bébé est âgé de six mois et aux méthodes modernes de planification des naissances pour les mères qui utilisent la méthode MAMA.

Recommandations 2013 de l'OMS	Action programmatique/politique
RECOMMANDATION 6 : soins du cordon ombilical	
<p>L'application quotidienne de chlorhexidine (gel ou solution aqueuse de digluconate de chlorhexidine 7,1 %, délivrant de la chlorhexidine à 4 %) sur le cordon ombilical pendant la première semaine de vie est recommandée chez le nouveau-né né à domicile dans des milieux affichant une mortalité néonatale élevée (30 décès néonataux ou plus pour 1 000 naissances vivantes). (NOUVEAU en 2013)</p> <p>Le nettoyage et les soins du cordon par séchage naturel sont recommandés chez le nouveau-né né dans un établissement de santé ou à domicile dans les milieux où la mortalité néonatale est faible. Dans ces cas, l'utilisation de chlorhexidine peut être envisagée uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle dangereuse, comme de la bouse de vache, sur le cordon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les milieux qui affichent une mortalité néonatale élevée, veiller à ce que les mères aient de la chlorhexidine à leur disposition pour une utilisation immédiate lors d'un accouchement à domicile. Les considérations politiques/programmatiques en rapport peuvent inclure : l'inclusion de la chlorhexidine dans la Liste nationale des médicaments essentiels destinés à l'enfant, l'enregistrement du médicament, la production ou l'approvisionnement local, la formation, la maintenance de la chaîne logistique et la formation des sages-femmes et des agents de santé communautaires, etc. • Renforcer les messages communautaires relatifs au nettoyage et aux soins du cordon par séchage naturel et ajouter des messages relatifs à la chlorhexidine, le cas échéant.
RECOMMANDATION 7 : autres soins postnatals du nouveau-né	
<p>Il est recommandé de ne pas donner de bain au nouveau-né pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance. Si, pour des raisons culturelles, cela n'est pas possible, il convient d'attendre au moins 6 heures. Il est recommandé d'habiller le bébé avec des vêtements adaptés à la température ambiante, à savoir une ou deux épaisseurs supplémentaires par rapport aux adultes, et de lui couvrir la tête avec un bonnet. La mère et le bébé ne devraient pas être séparés et devraient rester ensemble dans la même chambre 24 heures sur 24. Inciter la mère à communiquer et à jouer avec son nouveau-né. La vaccination devrait être encouragée conformément aux recommandations de l'OMS existantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les messages encourageant un changement de comportement et les normes institutionnelles afin de garantir que les familles et le personnel soient informés de ces messages clés relatifs aux soins néonataux. • Examiner les politiques et les normes nationales à la lumière des recommandations de l'OMS¹⁴ et les réviser/renforcer selon le cas. • Encourager le contact peau-à-peau dans le cadre de la méthode mère-kangourou mais aussi pour tenir le bébé au chaud dans les environnements froids et pour tous les nouveau-nés pendant au moins une heure après la naissance.
<p>Les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance devraient être identifiés le plus tôt possible et recevoir des soins particuliers conformément aux recommandations de l'OMS existantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point des approches permettant d'identifier et d'orienter les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance, adaptées pour les accouchements qui ont lieu à domicile et dans un établissement de santé. • Réviser les normes cliniques afin de promouvoir les soins particuliers tels que l'alimentation du nouveau-né de faible poids de naissance ¹⁵et la méthode mère-kangourou.¹¹

DIRECTIVES ADDITIONNELLES RELATIVES AUX SOINS POSTNATALS ISSUES D'AUTRES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

- Immédiatement après la naissance, sécher soigneusement le nouveau-né et contrôler sa respiration. Le cordon devrait être clampé et coupé au plus tôt 1 à 3 minutes après la naissance, excepté si le nouveau-né doit être réanimé. Il ne faut pas effectuer d'aspiration de la bouche et du nez.
- Pendant la première heure qui suit la naissance, mettre le bébé en contact peau-à-peau avec la mère pour le tenir au chaud et débiter l'allaitement.
- Un examen clinique complet (comprenant notamment le contrôle du poids, des signes de danger, des yeux, du cordon) et d'autres soins préventifs devraient être réalisés environ une heure après la naissance, une fois que le bébé a reçu sa première tétée. Ces soins incluent l'administration de vitamine K en prophylaxie et la vaccination contre l'hépatite B le plus rapidement possible après la naissance (dans les 24 heures).
- Lorsque le nouveau-né est pris en charge par du personnel de santé qualifié, à la maison ou dans un établissement de santé, des soins supplémentaires devraient être dispensés. Ils incluent la réanimation élémentaire du nouveau-né au moyen d'un masque et d'un ballon adaptés pour les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément et des examens cliniques complets aux intervalles recommandés.

Les meilleures pratiques en matière de soins postnatals de la mère

- **Renforcer les soins postnatals de la mère par le biais de visites à domicile et dans les établissements de santé.** Les composantes des soins contenues dans les recommandations 2006 sont à nouveau soulignées sans grand changement. Les soins postnatals incluent des conseils en matière de planification familiale, de santé mentale de la mère, de nutrition et d'hygiène et de violence à l'encontre des femmes.

Tableau 3. Soins postnatals de la mère : actions programmatiques et politiques basées sur les nouvelles recommandations de l'OMS

Recommandations 2013 de l'OMS	Action programmatique/politique
RECOMMANDATION 8 : évaluation de la mère	
<p>Pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance : Un contrôle systématique du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et du rythme cardiaque (pouls) devrait être réalisé chez toutes les femmes qui viennent d'accoucher, à partir de la première heure qui suit la naissance et pendant 24 heures. La tension artérielle devrait être mesurée rapidement après la naissance. Si elle est normale, une deuxième mesure devrait être effectuée dans les six heures. La diurèse devrait être vérifiée dans les six heures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que, au niveau national, les normes et les programmes de formation des accoucheuses qualifiées incluent ces composantes des soins postnatals. • Introduire ou souligner à nouveau les normes institutionnelles au moyen d'outils d'amélioration de la qualité et de listes de contrôle.
<p>Après les premières 24 heures qui suivent la naissance : Lors de chacune des visites postnatales suivantes, des questions sur l'état général devraient être posées et les points suivants contrôlés : miction et incontinence urinaire, fonction intestinale, cicatrisation des plaies périnéales, céphalées, fatigue, dorsalgie, douleur et hygiène périnéales, douleur au niveau des seins, sensibilité utérine et lochies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser, au niveau national, les normes et les programmes de formation des accoucheuses qualifiées et des agents de santé communautaires afin d'inclure ces composantes des soins postnatals. • Introduire ou souligner à nouveau les normes institutionnelles et relatives aux visites postnatales à domicile au moyen d'outils d'amélioration de la qualité, de documents de travail et de listes de contrôle.
<p>L'allaitement devrait être évalué à chaque visite postnatale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation incluent les politiques actualisées en matière de gestion des problèmes liés à l'allaitement, les principes relatifs aux accouchements en établissement de santé de l'Initiative « Hôpitaux Amis des Bébé » et les services de proximité.
<p>Lors de chacune des visites postnatales, poser des questions à la mère concernant son état émotionnel, le soutien familial et social dont elle bénéficie et ses stratégies habituelles pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne. Il convient d'encourager toutes les femmes et leur famille/partenaire à faire part à leur médecin de tout changement d'humeur, d'état émotionnel et de comportement inhabituel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation afin d'inclure l'évaluation de l'état émotionnel.
<p>10 à 14 jours après la naissance, demander à la mère si les symptômes de dépression modérée du post-partum (le « blues maternel ») ont disparu. Si ce n'est pas le cas, continuer d'évaluer l'état psychologique de la mère afin de détecter une éventuelle dépression du post-partum et de poser un diagnostic si les symptômes persistent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation afin d'inclure le conseil en matière de dépression du post-partum. • Assurer le contact avec les services de santé mentale concernés et l'orientation de la mère pour une évaluation.
<p>Il convient de rechercher, chez la mère, les facteurs de risque, les signes et les symptômes de violence domestique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le contact avec les services de lutte contre la violence à l'encontre des femmes au sein des établissements de santé et de la communauté et l'orientation de la mère si nécessaire.
<p>La mère devrait recevoir des informations concernant les personnes à contacter pour demander des conseils ou de l'aide.</p>	
<p>Des questions relatives à la reprise d'une activité sexuelle et d'une possible dyspareunie dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé général 2 à 6 semaines après la naissance devraient être posées à toutes les femmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des messages relatifs au risque de grossesse pendant la période postnatale et à la planification familiale, notamment la méthode MAMA et le dispositif intra-utérin (DIU). • Réviser les outils des systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire afin d'établir un ou plusieurs indicateurs réalisables de planification familiale du post-partum à suivre et signaler (par ex. : le pourcentage de femmes venant d'accoucher qui acceptent de prendre une méthode contraceptive avant de sortir de l'établissement de santé [ventilées par méthode : MAMA, DIU, ligature des trompes, préservatifs] ; le pourcentage de femmes qui acceptent une méthode de planification familiale pendant une visite de vaccination de leur enfant).
<p>Si des sujets de préoccupations sont identifiés lors d'une visite postnatale, la mère devrait être prise en charge et/ou orientée conformément aux autres recommandations spécifiques de l'OMS.^a</p>	

RECOMMANDATION 9 : conseil	
Toutes les mères devraient recevoir des informations concernant le processus physiologique de récupération suite à un accouchement et certains problèmes de santé courants. Il convient de leur conseiller de signaler tout problème à un professionnel de santé, en particulier les signes et les symptômes d'hémorragie du post-partum, de prééclampsie/d'éclampsie, d'infection et de thromboembolie. (NOUVEAU en 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation des accoucheuses qualifiées et des agents de santé communautaires afin d'inclure ces composantes de conseil et de soins postnatals, notamment l'ajout du dépistage de la thromboembolie. • Introduire ou souligner à nouveau les normes institutionnelles et relatives aux visites postnatales à domicile au moyen d'outils d'amélioration de la qualité, de documents de travail et de listes de contrôle. • Examiner/réviser les messages éducatifs afin de souligner l'importance des signes de danger pendant la période postnatale et de la demande de soins dans les conseils fournis aux femmes enceintes et venant d'accoucher, aux familles et aux communautés.
La mère devrait recevoir des conseils en matière de nutrition.	<ul style="list-style-type: none"> • Souligner l'importance d'une alimentation plus saine et diversifiée auprès de la mère et de sa famille. • Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation des professionnels de santé afin de garantir des conseils appropriés en matière de nutrition dans le contexte des pratiques et des tabous locaux, notamment concernant les adolescentes et les femmes très minces. • Examiner/revoir les programmes de formation et les documents de travail des agents de santé communautaires ainsi que les supports encourageant un changement de comportement afin de mettre l'accent sur les messages clés relatifs à la nutrition pendant la période postnatale.
La mère devrait recevoir des conseils en matière d'hygiène, en particulier l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner/réviser les programmes de formation et les documents de travail des agents de santé communautaires ainsi que les supports encourageant un changement de comportement afin de souligner l'importance de l'hygiène, notamment l'hygiène des mains, dans les soins postnatals (en particulier si la mère a eu une déchirure périnéale sévère) et néonatales.
La mère devrait recevoir des conseils en matière d'espacement des naissances et de planification familiale. Il convient de discuter des différentes options contraceptives et de fournir une méthode de contraception en cas de demande.	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des messages relatifs au risque de grossesse pendant la période postnatale et à la planification familiale, notamment la méthode MAMA.
La mère devrait recevoir des conseils en matière de sexualité à moindre risque, notamment l'utilisation de préservatifs.	
Dans les zones où le paludisme est endémique, la mère et le nouveau-né devraient dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.	
Toutes les mères devraient être encouragées à reprendre une activité physique dès que possible après l'accouchement. Il convient de les inciter à pratiquer une activité douce et à prendre le temps de se reposer pendant la période postnatale.	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les messages communautaires à l'attention des membres de la famille, comme les partenaires et la belle-mère, afin de les inviter à veiller à ce que la mère se nourrisse suffisamment et évite le travail physique pénible.
RECOMMANDATION 10 : supplémentation en fer et en acide folique	
Une supplémentation en fer et en acide folique devrait être fournie pour une période d'au moins trois mois après l'accouchement. ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation concernant la supplémentation en fer et en acide folique de la mère pendant la période postnatale. • Renforcer la distribution de fer et d'acide folique ainsi que l'observance du traitement auprès des mères ayant accouché. • Examiner/actualiser les normes nationales afin de supprimer la supplémentation en vitamine A chez la mère pendant la période postnatale¹⁶ et d'introduire la promotion des sources d'alimentation riches en vitamine A.

RECOMMANDATION 11 : antibioprophyxie	
L'administration d'antibiotiques chez la femme ayant accouché par voie basse et présentant une déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré est recommandée en prévention des complications de paroi. (NOUVEAU en 2013)	<ul style="list-style-type: none"> Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation afin d'inclure l'administration d'antibiotiques chez la femme qui présente une déchirure périnéale du troisième ou de quatrième degré.
RECOMMANDATION 12 : soutien psychosocial	
Il est recommandé qu'une personne formée apporte un soutien psychosocial aux femmes à haut risque de développer une dépression du post-partum à des fins de prévention. Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander un entretien formel systématique avec toutes les femmes en vue de réduire la survenue/le risque de dépression du post-partum ou la distribution systématique de supports éducatifs et la discussion autour de ces derniers en prévention de la dépression du post-partum.	<ul style="list-style-type: none"> Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation en matière de conseil sur la dépression du post-partum. Assurer le contact avec les services de santé mentale concernés et l'orientation de la mère pour une évaluation.
Les professionnels de santé devraient donner aux femmes l'occasion de parler de leur expérience de l'accouchement pendant leur séjour dans l'établissement.	
Une femme qui a perdu son bébé devrait recevoir des soins de soutien supplémentaires.	<ul style="list-style-type: none"> Examiner/réviser, au niveau national, les normes, les outils d'amélioration de la qualité et les programmes de formation afin d'intégrer des services culturellement adaptés (notamment le conseil) pour les femmes en cas d'avortement spontané, de mortinaissance ou de décès néonatal.
<p>^a Les recommandations de l'OMS intitulées <i>Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles</i> qui définissent cette prise en charge de référence sont consultables à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/fr/.</p> <p>^b À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée justifiant la modification de cette recommandation. L'OMS travaille à l'élaboration de recommandations spécifiques pour des interventions en matière de nutrition de la mère après l'accouchement.</p>	

Directives additionnelles relatives aux soins postnatals issues d'autres recommandations de l'OMS

Continuer à garantir que toutes les femmes qui accouchent bénéficient de la prise en charge active de la délivrance et d'une surveillance étroite immédiatement après la naissance dans le cadre des soins dispensés en vue de réduire le risque d'hémorragie du post-partum pendant la période postnatale.

¹ Every Newborn, An Executive Summary for *The Lancet's* Series. May 2014.

² Nour N. 2008. An Introduction to Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*. 1:77–81.

³ Groupe inter-agence pour l'estimation de la mortalité infantile. 2014. *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

⁴ Lawn JE et al. 2014. Every Newborn: Progress, Priorities, and Potential Beyond Survival. *Lancet* 384:189–205.

⁵ OMS. 2014. *Statistiques sanitaires mondiales 2014* (en anglais). Genève : OMS.

⁶ Warren C, Daly P, Toure L, and Mongi P. 2006. Postnatal Care. Pp. 79–90 in *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*, edited by J. Lawn and K. Kerber. Cape Town, South Africa: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.

⁷ WHO. *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn*. October 2013. Geneva: WHO.

⁸ WHO. 2013. *Recommendations on Maternal and Perinatal Health*. Geneva: WHO. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO guidelines review committee.

⁹ Ibid.

¹⁰ Recommandation de l'OMS pour l'optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OMS, 2012).

¹¹ Pour obtenir des informations et de la documentation sur les soins de maternité respectueux, consulter le lien suivant : <http://www.k4health.org/toolkits/rmc>.

¹² Les recommandations de l'OMS préconisent l'utilisation d'une liste de contrôle pour un accouchement sans risque telle que celle-ci :

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1372%2Fjournal.pone.0035151#s5>.

¹³ <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>.

¹⁴ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/index.html.

¹⁵ WHO. 2011. Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-weight Infants in Low- and Middle-income Countries.

¹⁶ La supplémentation en vitamine A chez la femme pendant la période postnatale n'est pas incluse dans les présentes recommandations. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44715/1/9789242501773_fre.pdf?ua=1.

Ce document d'orientation politique a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au titre de l'accord coopératif Leader with Associates GHS-A-00-08-00002-00 et de l'accord coopératif AID-OAA-A-14-00028. L'Organisation mondiale de la Santé et l'USAID ont 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. Le contenu de ce document relève de la responsabilité du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant (Maternal and Child Survival Program) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'OMS, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Toute demande d'information sur ce document d'orientation politique ou de permission de reproduire ou de traduire cette publication doit être adressée au service de Communication du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant à l'adresse suivante : info@mcsprogram.org. Pour plus de précisions sur les lignes directrices de l'OMS, veuillez contacter : reproductivehealth@who.int ou mcah@who.int. Traduction réalisée par MCSP.

© Organisation mondiale de la Santé et Jhpiego 2015. Tous droits réservés. WHO/RHR/15.05.

Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/

Département Santé et recherche génésiques de l'OMS <http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>