



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service Communication – Information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes.....	5
Préambule.....	6
1. Bientraitance et droits des patientes.....	10
2. Définitions.....	11
3. Informations des femmes.....	12
4. Admission.....	13
4.1 Évaluation initiale de la femme.....	13
4.2 Évaluation initiale de l'enfant à naître.....	13
5. Premier stade du travail.....	15
5.1 Définitions.....	15
5.2 Surveillance de la femme.....	15
5.3 Surveillance du rythme cardiaque fœtal : quand et à quelle fréquence ?.....	15
5.4 Bien-être de la femme : hydratation, alimentation pendant le travail.....	17
5.5 Interventions et prise en charge non médicamenteuses de la douleur.....	17
5.6 Interventions médicamenteuses et techniques.....	18
5.7 Prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'accouchement.....	19
6. Deuxième stade du travail.....	23
6.1 Définition.....	23
6.2 Surveillance de la femme.....	23
6.3 Surveillance de l'enfant à naître.....	23
6.4 Interventions non médicamenteuses.....	24
Les recommandations concernant les interventions et la prise en charge non médicamenteuses de la douleur sont les mêmes qu'au 1 ^{er} stade du travail.....	24
6.5 Interventions médicamenteuses et techniques.....	24
7. Troisième stade du travail.....	27
7.1 Définition.....	27
7.2 Surveillance de la femme.....	27
7.3 Place de la délivrance physiologique.....	27
7.4 Interventions médicamenteuses et techniques.....	27
8. Accueil du nouveau-né.....	29
8.1 Définition et évaluation initiale.....	29
8.2 Surveillance de la mère et de son nouveau-né.....	29
8.3 Interventions non médicamenteuses : contact précoce entre la mère et le nouveau-né, l'allaitement maternel.....	29
8.4 Interventions médicamenteuses et techniques.....	30

8.5 Examen clinique du nouveau-né dans les premières heures de vie.....	31
8.6 Recours au pédiatre.....	31
9. Notion du travail d'équipe	32
Annexe 1. Types de suivi recommandé pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (Liste indicative non limitative)	33
Participants	40
Remerciements.....	44
Fiche descriptive.....	45

Abréviations et acronymes

AI	auscultation intermittente
ALR	analgésie locorégionale
APO	administration préventive d'oxytocine
CIANE ...	Collectif inter-associatif autour de la naissance
CNGOF ..	Collège national des gynécologues et obstétriciens francophones
CNSF	Collège national des sages-femmes de France
COFAM .	coordination française pour l'allaitement maternel
CTG	cardiotocographie
EET	efforts expulsifs tardifs
EEP	efforts expulsifs précoces
ENS	échelle numérique simple
EVA	échelle visuelle analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPP	hémorragie du post-partum
IMC	indice de masse corporel
LA	liquide amniotique
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PA	présentation antérieure
PP	présentation postérieure
PT	présentation transverse
RAM	rupture artificielle des membranes
RBP	recommandation de bonne pratique
RCF	rythme cardiaque fœtal
RPM	rupture prématurée des membranes
SA	semaine d'aménorrhée
SFAR	Société française des anesthésistes réanimateurs
SFMa	Société française de maïeutique
SFN	Société française de néonatalogie
SGB	streptocoque du groupe B
VBS	voie basse spontanée
1ST	premier stade du travail
2ST	deuxième stade du travail
3ST	troisième stade du travail

Préambule

Saisine

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie suite à une demande formulée par :

- le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) ;
- le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ;
- le Collège national des sages-femmes de France (CNSF) ;
- la Société française de maïeutique (SFMa).

Sont associés à la saisine les partenaires suivants :

- la coordination française pour l'allaitement maternel (COFAM) ;
- la société française des anesthésistes réanimateurs (SFAR).

La demande initiale recouvrait l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique (RBP) pour l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement à bas risque, mais elle a été étendue à l'élaboration d'une RBP sur la prise en charge de l'accouchement normal en général.

Contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

La stratégie nationale en matière de périnatalité, traduite dans les différents plans périnatalité mis en place en France, marque l'évolution progressive du renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine, en réponse à un besoin d'écoute d'une part, et de diversification de l'offre de soins d'autre part. Or l'accouchement se caractérise aujourd'hui par un niveau de médicalisation et technicisation élevé, quel que soit le niveau de risque obstétrical.

Dans ce contexte, a émergé de la part des usagers la **demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical**. Elle s'est traduite par la création de lieux spécifiques à l'accouchement physiologique tels que **les maisons de naissance** (autorisées dans le cadre d'une expérimentation), **ou les unités dites « physiologiques »** (dénommées également sous diverses terminologies telles qu'« espaces physiologiques » ou « salle nature », ou « unités sage-femme », mais dont le fonctionnement et l'organisation des soins ne sont pas encore établis). Cette demande correspond au souhait des femmes d'accoucher dans le respect du processus physiologique (avec notamment, une technicisation si nécessaire, une liberté posturale, une surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) en discontinu, une prise en charge non médicamenteuse de la douleur, etc.).

Historiquement, les pratiques obstétricales se basaient sur l'expertise clinique des obstétriciens et des sages-femmes, avec des données scientifiques de faible niveau de preuve souvent issues d'études rétrospectives¹. Ainsi, les pratiques obstétricales variaient peu dans le temps mais avec, en revanche, de grandes différences selon le lieu de prise en charge, en particulier pour les accouchements normaux. Depuis une dizaine d'années, avec la généralisation de la médecine fondée sur les preuves, la littérature obstétricale concernant l'accouchement normal comprend de plus en plus d'études de qualité. Ainsi, certaines pratiques admises depuis longtemps ont fait l'objet d'une remise en question, alors que d'autres plus récentes ont été

¹ Le Ray C, Theau A, Menard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(6):413-23.

introduites en salle de naissance sans pour autant que leur intérêt ait été validé par des essais cliniques. **Il faut souligner cependant que par manque de données, la majorité des recommandations émises reposent sur un accord d'experts au sein du groupe de travail, validé par un groupe de lecture.** L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations internationales identifiées sur les différentes questions traitées (publiées notamment par le *National Institute for Health and Care Excellence* anglais (NICE), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE), le *Spanish National Healthcare System* espagnol, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, par le *Queensland Health* australien, etc.) ont été rapportées dans l'argumentaire scientifique.

Enjeux

- Répondre à la demande des femmes : moins de médicalisation et davantage de respect du déroulement spontané de l'accouchement ;
- Garantir la sécurité des femmes et de leur enfant ;
- Harmoniser les pratiques, notamment dans les différents lieux dédiés à la physiologie ;
- Éviter un gaspillage de moyens ainsi qu'un risque iatrogène de la surmédicalisation et du sur traitement ;
- Apporter aux femmes une information claire et loyale leur permettant de choisir les modalités d'accouchement qui leur conviennent.

Objectifs d'amélioration des pratiques

Ces recommandations s'appliquent à tout service de maternité en établissement de santé, aux unités physiologiques et aux maisons de naissance en cours d'expérimentation. Elles ont pour objectifs de :

- définir, pour les femmes à bas risque obstétrical, les modalités de prise en charge de l'accouchement respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes ;
- signaler au cas par cas les interventions médicales qui ne s'appliquent pas aux maisons de naissance ou aux unités physiologiques, et qui font sortir les femmes de cet accompagnement ;
- améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

Questions traitées

- Quelle est la définition d'un accouchement normal ? D'un accompagnement de la physiologie ?
- Quelles sont les informations à donner aux femmes et/ou au couple en fin de grossesse ? Quels sont les échanges à mener au fur et à mesure des étapes de l'accouchement ?
- À l'admission : quel est l'examen initial de la femme ? De l'enfant à naître ?
- Premier stade du travail : définition de la phase de latence et de la phase active
 - Quels sont les éléments de surveillance pour la mère et l'enfant (recours au partogramme, travail postural, fréquence du toucher vaginal si nécessaire, surveillance du rythme cardiaque fœtal, recours à l'échographie, évaluation du bien-être maternel) ?
 - Quelles sont les interventions non médicamenteuses au cours du travail ?

- Quel est le recours aux médicaments (oxytocine, antibioprofylaxie et autres usages si nécessaire (perfusion, nutrition, etc.) ?
- Quel est le recours à la rupture artificielle des membranes ?
- Quel choix d'analgésie ? sous quelles conditions de réalisation et de surveillance ?
- Deuxième stade du travail :
 - Quels sont les éléments de surveillance pour la mère et l'enfant ?
 - Quelle technique de poussée ? Gestuelle de l'accouchement ?
 - Quelle analgésie ?
 - Quelles sont les indications d'intervention au moment de la phase d'expulsion (instrumentale, césarienne) ?
 - Quelles pratiques de l'épisiotomie ?
 - Quelle prise en charge des présentations postérieures ?
- Délivrance et post-partum immédiat : quel déroulement ? Quelle surveillance de la mère dans les suites immédiates de l'accouchement ?
- Accueil du nouveau-né : quelle évaluation du nouveau-né à la naissance ?

Plan des recommandations

Le plan a été construit dans une logique pragmatique pour les professionnels de santé et chronologique suivant les différentes étapes du déroulement de l'accouchement normal. Il est systématiquement précisé à chaque stade du travail : les éléments de surveillance, les interventions non médicamenteuses pouvant relever d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement et, le cas échéant, le recours à des médicaments ou à toutes interventions jugées nécessaires pouvant relever d'une prise en charge médicales de l'accouchement normal.

Limites de la RBP

Ces recommandations n'abordent pas le déclenchement du travail, l'accouchement dans l'eau, ni l'accouchement à domicile. Les questions d'ordre organisationnel, des moyens humains et matériels à mettre en place sont exclues de ces recommandations.

Champ d'application

Sont concernées les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance. Les critères d'éligibilité des femmes concernées sont détaillés dans la recommandation de bonne pratique publiée par la HAS, en 2007, sur le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées² (cf. Annexe 1).

Sont exclues notamment les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, une suspicion de retard de croissance ou un petit poids selon l'âge gestationnel, un diabète gestationnel, une présentation céphalique défléchie et par le siège ; les accouchements prématurés.

Le niveau de risque obstétrical est réévalué avant le début de l'accouchement. Chez une femme enceinte en bonne santé, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme

² Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour Mai 2016. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2016.

normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complication. Dès qu'une complication survient, il convient d'appliquer les recommandations spécifiques.

Professionnels concernés

Sages-femmes, gynécologues obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, infirmières anesthésistes diplômée d'État, puericultrices.

1. Bienveillance et droits des patientes

Les recommandations rappelées ci-après sont tirées du guide méthodologique « Qualité et sécurité des soins dans le secteur naissance » publié par la HAS en 2014³.

L'équipe veille au respect des droits des patients et promeut la bienveillance, en lien avec la commission des usagers des établissements de santé.

La bienveillance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance⁴, si celui-ci existe et s'il n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis. Le projet pourrait être exprimé oralement, à l'issue d'une discussion avec l'équipe soignante, ou préférentiellement exprimé par écrit dans le dossier médical, sachant qu'il peut évoluer dans le temps, la femme pouvant changer d'avis à tout moment ou la survenue d'une complication imprévue pouvant imposer une décision médicale urgente.

Outre les droits du patient (personne de confiance, confidentialité, information sur son état de santé, etc.)⁵, la bienveillance dans le secteur de naissance inclut :

- le respect du choix fait par la femme et l'accompagnant ;
- le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement ;
- le respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu de l'accouchement (salle de naissance individuelle et insonorisée, contrôle de la température, etc.) ;
- l'information^{6,7} sur la prise en charge de la douleur (sur tous les types d'analgésie disponibles), la proposition d'un contact en peau à peau et de la mise au sein, les facteurs de risque éventuellement identifiés et les modalités de leur prise en charge sur place ou dans le cadre d'une orientation ou d'un transfert ; des supports d'information type à destination des femmes et des couples (livret d'accueil, fiches de conseils aux futures accouchées) sont proposés sur les sites des sociétés savantes, des associations d'usagers et des réseaux de santé périnatale ;
- la prise en compte de la demande des femmes accouchant sous le secret.

³ Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Saint-denis La Plaine: HAS; 2014.

⁴ Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-denis La Plaine: HAS; 2005.

⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Publié au JORF du 5 mars 2002.

⁶ Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2012.

⁷ Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.

2. Définitions

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.

Les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. L'accouchement normal exclut donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner, selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre (voire successivement) des modalités suivantes :

- **Un accompagnement de la physiologie de l'accouchement** : sont exclues les analgésies médicamenteuses telles que l'analgésie locorégionale (ALR) par exemple, et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail ; d'autres interventions sont cependant possibles (cf. Tableau 2 ci-dessous).
- Un accompagnement de l'accouchement comprenant **des interventions techniques et médicamenteuses minimales** réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre, par exemple, l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail et l'ALR.

La femme peut passer successivement d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement à un accompagnement comprenant des interventions médicales, soit par choix soit par nécessité.

Le groupe de travail s'est prononcé au cas par cas sur certaines situations relevant d'une sortie de l'accompagnement de la physiologie. Il est rappelé qu'une convention doit être établie entre chaque maison de naissance en expérimentation et son établissement de santé partenaire, précisant notamment les critères de sortie de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement et les modalités de transfert. Ces critères devraient également être définis au sein des maternités possédant une unité physiologique ou une salle « nature ».

Tableau 2. Interventions incluses ou non dans un accompagnement de la physiologie de l'accouchement

Interventions incluses	Interventions non incluses
<ul style="list-style-type: none">• Amniotomie• Antibiotrophylaxie• Administration préventive d'oxytocine au 3^e stade du travail• Pose d'une voie veineuse	<ul style="list-style-type: none">• Analgésie locorégionale• Administration d'oxytocine pour accélération du travail

3. Informations des femmes

Il est recommandé d'encourager les femmes à préparer un projet de naissance⁸, notamment lors de l'entretien prénatal précoce, et à l'exprimer oralement ou par écrit. Ce projet comprend les préférences de la femme ou du couple quant aux modalités d'accouchement.

Il est recommandé d'informer la femme enceinte des étapes de l'accouchement et des pratiques mises en œuvre en salle de naissance au sein de tout service de maternité et des modalités de prise en charge au sein d'une maison de naissance ou d'unité physiologique afin de l'aider à faire des choix éclairés.

Les informations portent sur :

- l'organisation de la maternité (notamment pendant le service de garde) et des limites que l'organisation impose quant au libre choix d'un praticien ou à la disponibilité de certains moyens et techniques ;
- toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé ;
- les indications, les possibilités, les limites, les risques éventuels et les contre-indications des différentes interventions non médicamenteuses (acupuncture, immersion, etc.), médicamenteuses (anesthésie loco-régionale, administration d'ocytocine, etc.) et techniques (auscultation intermittente, amniotomie, épisiotomie, etc.) utilisables au cours du travail et de l'accouchement, et notamment pour diminuer la douleur. Elles seront clairement exposées et discutées, afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé.

Les professionnels de santé, qui délivrent les informations, doivent s'assurer de sa compréhension par la femme ou le couple.

Il est recommandé d'encourager la femme enceinte à se faire accompagner par la personne de son choix lors de l'accouchement (grade A).

⁸ Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

Code de champ modifié

4. Admission

4.1 Évaluation initiale de la femme

Lors de l'examen initial d'une femme, il est recommandé de :

- prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de son éventuel projet de naissance ; réaliser une anamnèse, s'enquérir de ses souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels ;
- évaluer la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines de la patiente ;
- évaluer la douleur qu'elle ressent de la façon la plus objective possible à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS) et lui proposer différents moyens de la soulager ;
- enregistrer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température et le résultat de la bandelette urinaire (BU) ;
- demander à la femme si elle a eu un écoulement vaginal ;
- mesurer la hauteur utérine et réaliser une palpation utérine pour évaluer la présentation fœtale

Si la femme semble être en travail, proposer un toucher vaginal (TV).

En cas de rupture prématurée des membranes (RPM), il est recommandé de ne pas réaliser systématiquement de TV si la femme n'a pas de contractions douloureuses.

En l'absence de mise en travail spontané dans les 12 heures, une surveillance, assurée par un personnel dédié et disponible en permanence, est recommandée jusqu'à une mise en travail spontané ou un éventuel déclenchement, et une infection doit être recherchée avec au minimum une NFS, un prélèvement vaginal et une BU. L'antibioprophylaxie recommandée dans ce cas est abordée au § 5.6.2.

4.2 Évaluation initiale de l'enfant à naître

Il est recommandé de s'assurer que la femme a perçu des mouvements fœtaux dans les 24 heures avant l'admission (grade C).

Il est recommandé de proposer à la femme d'évaluer l'état initial de l'enfant à naître :

- Soit à l'aide d'une auscultation intermittente (AI) durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins une minute (min) (à répéter plusieurs fois de suite en cas de changement significatif tel que par exemple la rupture spontanée des membranes, l'augmentation de l'intensité de contractions utérines, etc.), en palpant le pouls maternel pour différencier les deux (grade C). La fréquence cardiaque fœtale doit être notée sous forme d'une valeur unique de même que toute accélération ou décélération détectée.
- Soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG (pendant 20 min).

En l'absence de mouvements fœtaux dans les 24 heures précédant l'examen, de même qu'en présence d'une anomalie du RCF détectée et identifiée (cf. FIGO⁹ ou CNGOF¹⁰) à l'AI ou à l'enregistrement par CTG, la femme n'entre plus dans le champ de ces recommandations.

⁹ Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet 2015;131(1):5-8.

Pour la poursuite de la surveillance du RCF, après avoir préalablement informé la femme des bénéfices et des risques de chaque technique, il est recommandé de lui laisser le choix d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinuée (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent (à savoir un praticien par femme en cas d'AI).

¹⁰ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Paris: CNGOF; 2007.

5. Premier stade du travail

5.1 Définitions

Le premier stade du travail commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté, il comprend :

- une phase de latence qui commence avec les premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col ;
- une phase active qui commence entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète.

5.2 Surveillance de la femme

Au cours du premier stade du travail, la traçabilité de la surveillance de la femme doit être assurée. Le partogramme est un bon outil de traçabilité et doit être utilisé pendant le travail¹¹ (au plus tard au début de la phase active, avec une échelle adaptée à l'histoire naturelle, sans lignes d'alerte/d'action).

En l'absence d'événements intercurrents, la surveillance de la femme comprend au minimum :

- une prise de la fréquence cardiaque, une prise de la tension artérielle et de température toutes les quatre heures ;
- une évaluation de la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes au cours de la phase active ;
- une surveillance des mictions spontanées qui doivent être notées ;
- la proposition d'un TV toutes les deux à quatre heures, ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel lors du premier stade du travail

Il est recommandé d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail. Il est important de souligner que c'est au cours de la phase de latence que l'adaptation de la femme à sa dynamique utérine peut entraîner des difficultés liées à son intolérance à la douleur ressentie, nécessitant un accompagnement/un soutien, voire une intervention médicale.

Il est recommandé d'évaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée (EVA, ENS).

En cas d'ALR, la surveillance particulière de la femme est décrite ci-après (cf. description de la surveillance sous ALR §5.7.2).

5.3 Surveillance du rythme cardiaque fœtal : quand et à quelle fréquence ?

Quelles que soient les modalités de prise en charge de l'accouchement, la réalisation d'une surveillance discontinue du RCF par AI peut être acceptée sous réserve d'un effectif suffisant (à

¹¹ Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Saint-denis La Plaine: HAS; 2014.

savoir un praticien par femme) dans le cadre de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement d'une femme à bas risque obstétrical et en dehors de toute anomalie survenue pendant le travail.

Que ce soit par AI ou CTG, il est recommandé de tracer la surveillance du RCF, mais seule la surveillance du RCF par CTG permet une relecture de l'enregistrement.

Si une surveillance discontinue est choisie pendant la phase active du 1^{er} stade du travail, il est recommandé de la réaliser toutes les 15 minutes pendant la contraction et immédiatement après durant au moins une minute (si AI au Doppler) (à répéter plusieurs fois de suite en cas de changement significatif tel que par exemple la rupture spontanée des membranes, l'augmentation de l'intensité de contractions utérines, etc.), en vérifiant le pouls maternel (grade C). Il est recommandé de retranscrire les éléments de cette surveillance dans le dossier obstétrical et/ou sur le partogramme.

Si une surveillance en continu par CTG est choisie, il est recommandé de l'interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO¹² ou CNGOF¹³).

Il est recommandé de favoriser les appareils de monitoring permettant une mobilité et le confort des femmes.

La femme doit être informée des bénéfices et des risques de la surveillance discontinue du RCF en comparaison avec une surveillance continue (augmentation du taux des convulsions du nouveau-né et de la gravité potentielle d'un tel événement dans le pronostic ultérieur de l'enfant en cas de surveillance discontinue ; augmentation du taux de naissances opératoires en cas de surveillance continue).

Il est rappelé que la surveillance discontinue du RCF ne peut se concevoir que pour une femme à bas risque et nécessite la présence d'un praticien par femme.

Cas particuliers de surveillance du RCF dans le cadre d'un accouchement normal nécessitant des interventions médicales :

► En cas d'administration d'oxytocine

En 2016, les recommandations communes du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) en collaboration avec le Collège national des gynécologues et obstétriciens francophones (CNGOF) préconisent en cas d'administration d'oxytocine pendant le travail, d'enregistrer l'activité utérine et de surveiller le RCF (grade C), et précisent que dans le contexte de l'organisation des soins en France, cette surveillance soit continue par CTG. Il n'y a pas d'argument scientifique en faveur de l'utilisation systématique d'une tocométrie interne (grade B).

► En cas d'analgésie locorégionale

La surveillance du RCF en continu par CTG recommandée à la suite de la pose d'une ALR est abordée au § 5.7 ci-après.

¹² Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet 2015;131(1):5-8.

¹³ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Paris: CNGOF; 2007.

5.4 Bien-être de la femme : hydratation, alimentation pendant le travail

► Apports per os pendant le travail obstétrical

La consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait / café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du travail (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (grade B).

La consommation d'aliments solides ne semble pas apporter de bénéfice maternel ou fœtal, et contribue à augmenter le contenu gastrique. Il est recommandé de ne pas consommer d'aliments solides durant la phase active. Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre une recommandation durant la phase de latence.

► Prévention du risque d'inhalation bronchique en obstétrique

La prévention du risque d'inhalation bronchique en obstétrique repose avant tout sur la pratique de l'analgésie péridurale et de la rachianesthésie, en évitant le recours à l'anesthésie générale chaque fois que cela est possible.

Il est recommandé, en cas de nécessité de recours à une anesthésie, de privilégier la péridurale ou la rachianesthésie pour prévenir l'inhalation bronchique (grade A).

► Mise en place d'une voie veineuse

La proposition de la mise en place d'une voie veineuse fait partie des interventions possibles au cours de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement (cf. Tableau 2).

5.5 Interventions et prise en charge non médicamenteuses de la douleur

Il est recommandé :

- que toutes les femmes puissent bénéficier **d'un soutien continu, individuel et personnalisé**, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement (grade A) ;
- de mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.

Les données issues de la recherche scientifique aujourd'hui sont **peu nombreuses et de faible niveau de preuve sur de nombreuses interventions non médicamenteuses de prise en charge de la douleur**. Cependant, la plupart des interventions semblent inoffensives pour la mère et l'enfant. Il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale.

Parmi les nombreuses méthodes proposées, certaines techniques telles que l'immersion, la relaxation, l'acupuncture, les massages ou l'hypnose pourraient être efficaces. D'autres études sont à mener. La sophrologie est également à évaluer pendant le travail.

5.6 Interventions médicamenteuses et techniques

► Accélération du travail : oxytocine et rupture artificielle des membranes

Il n'y a pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale de la phase de latence, dont le début est souvent inconnu. Cette phase du travail doit faire l'objet d'interventions adaptées à la tolérance aux contractions de la femme et de son fœtus : expectative, accompagnement, aide à la gestion de la douleur et techniques d'analgésie si nécessaire.

En concertation avec la femme, la décision d'une analgésie médicamenteuse ou d'une direction du travail peut être prise, en fonction de la tolérance maternelle à la douleur et des paramètres de surveillance fœtale et des conditions cervicales.

En phase active de travail, la vitesse de dilatation est considérée anormale si elle est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm, il est alors recommandé de proposer une intervention :

- une amniotomie si les membranes sont intactes ;
- une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les contractions utérines jugées insuffisantes.

Il est indispensable de corréler systématiquement la dynamique utérine à l'évolution du travail et au bien-être fœtal.

L'amniotomie systématique n'est pas recommandée quand le travail progresse normalement (grade B) car elle ne diminue pas la durée du travail et ne modifie pas le taux de césarienne ni le score d'Aggar à la naissance. En revanche, elle est recommandée en première intention, avant l'utilisation d'oxytocine, en cas de stagnation de la dilatation.

Cependant, ce geste, laissé à l'appréciation de chaque professionnel, ne constitue pas pour autant une sortie de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement.

L'accouchement normal se caractérise par un déroulement spontané qui peut néanmoins nécessiter le recours à l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail : la femme sort de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement et le travail devient dirigé.

Ces recommandations reprennent celles du CNSF¹⁴.

Il est recommandé de ne pas administrer d'oxytocine en l'absence de stagnation de la dilatation, même si la fréquence des contractions utérines est inférieure à trois par dix minutes. En revanche, elle doit être proposée en cas de stagnation de la dilatation à membranes rompues, telle que définie §6.5.3.

► Antibiotiques durant le travail

Les principales indications des antibiotiques au cours du travail sont :

- la prophylaxie de l'infection materno-fœtale à streptocoque du groupe B (SGB) : cette indication ne fait pas sortir la femme de la filière physiologique ;

¹⁴ Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, *et al.* Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(1):56-61.

- la rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures sans mise en travail ;
- les signes d'appel de chorio-amnionite (fièvre maternelle, tachycardie fœtale) : cette indication fait sortir du champ de ces recommandations.

Antibioprophylaxie en cas de positivité à SGB

La recherche d'un portage vaginal de SGB est recommandée en fin de grossesse, ou à l'entrée en salle de naissance si l'on dispose de test rapide fiable (grade B).

L'antibioprophylaxie par voie IV (au moins quatre heures avant la naissance) est recommandée pendant le travail chez les femmes à risque d'infection materno-fœtale à SGB (portage vaginal ou bactériurie à SGB pendant la grossesse, antécédent d'infection materno-fœtale à SGB) car elle diminue le risque d'infection néonatale précoce à SGB, mais pas la mortalité néonatale (grade B).

Il est recommandé de surveiller le nourrisson jusqu'à 48 heures après la naissance¹⁵ (surveillance habituelle en suites de couches, mais pas de sortie avant 48 heures) (grade C).

Antibioprophylaxie en cas de rupture des membranes à terme

La rupture prématurée des membranes (RPM) survient dans 6 à 19 % des grossesses à terme. En cas de RPM, il y a une augmentation du risque d'infections materno-foetales, d'interventions instrumentales et des césariennes, ainsi que de détresse néonatale et de scores d'Apgar bas.

En cas de rupture des membranes après 37 SA sans travail spontané, il est recommandé :

- si la patiente est porteuse de SGB, de débuter immédiatement une antibioprophylaxie ;
- si l'accouchement n'a pas eu lieu au bout de 12 heures :
 - de débuter une antibioprophylaxie car elle diminue le risque de chorioamnionite et endométrite sans modifier le taux d'infection néonatale (grade A)¹⁶,
 - de mettre en place une surveillance de la femme assurée par un personnel dédié et disponible en permanence, jusqu'à une mise en travail spontané ou un éventuel déclenchement,
 - de rechercher une infection avec au minimum une NFS, un prélèvement vaginal et une BU.

5.7 Prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'accouchement

► Spécificités organisationnelles de l'analgésie médicamenteuse

Il est recommandé d'appliquer les procédures d'organisation du guide *Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance* de la HAS¹⁷ et des recommandations professionnelles de la SFAR et des sociétés et groupements professionnels associés¹⁸ pour l'organisation de

¹⁵ Société française de néonatalogie, Société française de pédiatrie. Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Paris: SFP; 2017.

¹⁶ Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011

¹⁷ Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Saint-denis La Plaine: HAS; 2014.

¹⁸ Société française d'anesthésie et réanimation, Ducloy-Bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. *Anesth Réanim* 2016;2(3): 206-212.

l'anesthésie réanimation obstétricale (RP1 : conditions de locaux, d'équipements et de matériels, RP 3.1 : consultation d'anesthésie obligatoire, RP 3.3 : analgésie en salle de travail).

► **L'analgésie locorégionale (analgésie péridurale, rachianalgésie, péri-rachi combinée)**

L'ALR est une intervention qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge de l'accouchement normal en service de maternité.

Les recommandations formulées ci-après reprennent celles de la SFAR (2006)¹⁹.

Quelle est l'efficacité et la sécurité de l'ALR ?

Il est recommandé d'offrir aux femmes qui le souhaitent une technique d'ALR, qui est la méthode d'analgésie démontrée comme la plus sûre et la plus efficace pour la mère et pour l'enfant avec un haut niveau de preuve.

Conditions d'accès aux techniques d'ALR

Il est recommandé d'informer les femmes sur les techniques d'ALR et sur les conditions d'accès.

Il convient de respecter le choix des femmes, à chaque temps, dès lors que l'information a été délivrée et sa compréhension vérifiée (cf. chapitre 3 sur l'information des femmes). Ce choix peut évoluer en fonction des circonstances obstétricales ou de la douleur ressentie par la femme, qui garde la possibilité de changer d'avis à tout moment.

Comment mettre en place l'ALR ? Quelles sont les spécificités techniques du déroulement et de l'entretien de l'ALR pour l'analgésie obstétricale ?

- Mise en place de l'ALR

Il est recommandé de ne pas administrer de façon systématique et préventive des fluides ou des vasopresseurs du simple fait de l'ALR faible dose (grade B).

La présence de l'accompagnant n'est pas contre-indiquée. L'utilisation d'une technique de relaxation pourrait être utile et reste à évaluer.

- Quand démarrer l'ALR ?

Il n'y a pas lieu d'exiger une dilatation cervicale minimale pour proposer une ALR à une femme en travail (possible dès l'admission en salle de naissance), la demande étant guidée par l'intensité de la douleur ressentie (grade A).

La rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale peut être proposée pour obtenir une analgésie plus rapide sans bloc moteur si la dilatation cervicale est trop avancée (grade C). Elle peut être également proposée en post-partum en cas de gestes endo-utérins ou périnéaux chez les femmes sans analgésie.

- Choix du type de techniques d'ALR selon les femmes et les conditions obstétricales

Le choix de la technique d'ALR relève de l'anesthésiste réanimateur qui intégrera dans sa décision les souhaits de la femme, les paramètres obstétricaux transmis en collaboration avec la sage-femme ou l'obstétricien.

Les contre-indications à l'ALR doivent être respectées.

- Avantages de l'ALR faibles doses et auto-administrée

¹⁹ Société française d'anesthésie et de réanimation. Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Paris: SFAR; 2006.

Il est recommandé de réaliser une ALR « faibles doses » qui respecte le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur : faible concentration d'anesthésique local associé à des morphiniques liposolubles et/ou clonidine (grade A).

Il est recommandé d'entretenir l'ALR préférentiellement au moyen d'une pompe d'auto-administration par la femme (grade A).

En cas d'augmentation ou de changement de localisation de la douleur non soulagée par auto-administration ou de modification du besoin analgésique, l'équipe anesthésique et l'équipe obstétricale se concertent pour analyser la cause et décider d'une éventuelle réinjection péridurale.

Après la période de surveillance de l'induction, la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions (grade C). Les postures de l'accouchement ne modifient pas la distribution, ni la diffusion de l'analgésie péridurale²⁰.

- Surveillance per et post-partum

Il est recommandé de surveiller la pression artérielle maternelle et le rythme cardiaque fœtal de façon rapprochée (toutes les trois minutes) durant les 20 minutes qui suivent l'induction et après chaque bolus de plus de 10 ml (entretien). Une surveillance discontinuée (toutes les heures) peut être ensuite proposée : pression artérielle, cotation de la douleur par une échelle (EVA, ENS), niveau sensitif et bloc moteur. Cette surveillance peut être déléguée, sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur selon des protocoles écrits, à des personnels paramédicaux ou médicaux formés²¹.

La surveillance post-partum d'une patiente ayant accouché sous ALR comprend, en complément de la surveillance habituelle (cf. respectivement § 5.2 pendant le 1ST et § 6.2 pendant le 2ST), la surveillance tracée de la levée du bloc moteur, la reprise mictionnelle, la recherche de douleurs inter scapulaires ou de compressions nerveuses et de céphalées.

- Quand mettre fin à l'analgésie ?

Il n'y a pas lieu d'interrompre l'ALR faiblement dosée par pompe d'auto-administration avant la phase d'expulsion de l'accouchement.

On peut poursuivre une analgésie après l'accouchement pour un geste endo-utérin ou périnéal.

Effets secondaires de l'ALR chez une femme à bas risque obstétrical.

- Effet sur le déroulement du travail obstétrical

Il n'y a pas d'effet de l'ALR faiblement dosée sur la durée du travail obstétrical, ni sur le taux d'accouchements instrumentaux ou de césarienne.

Le recours systématique aux oxytociques lors d'une ALR n'est ni utile ni recommandé²².

- Effets secondaires maternels

Un protocole de détection et de gestion de ces effets secondaires ou complications (hypotension, céphalées, compression nerveuse) doit être élaboré en concertation

²⁰ Ducloy-Bouthors AS, Davette M, Le Fahler G, Devos P, Depret-Mosser S, Krivosic-Horber R. Hip-flexed postures do not affect local anaesthetic spread following induction of epidural analgesia for labour. *Int J Obstet Anesth* 2004;13:75-81.

²¹ Société française d'anesthésie et réanimation, Ducloy-Bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. *Anesth Réanim* 2016;2(3): 206-212.

²² Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, *et al.* Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(1):56-61.

anesthésique et obstétricale. La traçabilité de la prise en charge est assurée.

Il est recommandé d'éviter un positionnement maternel en décubitus dorsal prolongé afin de prévenir le syndrome cave et les hypotensions (grade C).

- Effets fœtaux et néonataux

L'ALR ne s'accompagne pas d'effet délétère sur le fœtus ou le nouveau-né.

► Alternatives médicamenteuses analgésiques à l'ALR

En cas de contre-indication à l'ALR, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès à l'ALR ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique et si la femme est demandeuse), les alternatives médicamenteuses analgésiques suivantes peuvent être proposées :

- Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MÉOPA) : l'analgésie inhalée par MÉOPA reste médiocre à modérée, et elle est associée à des effets secondaires maternels et surtout néonataux.
- Opiacés (nalbuphine et tramadol) : l'analgésie systémique par nalbuphine ou tramadol reste médiocre à modérée, et elle est associée à des effets secondaires maternels et surtout néonataux.
- Bloc honteux interne ou paracervical : il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander un bloc honteux interne pour l'analgésie du travail, mais il peut être un outil précieux chez une patiente sans ALR, a fortiori si une instrumentation est nécessaire. Le bloc paracervical n'est pas recommandé du fait du risque d'effets secondaires fœtaux.

Concernant les substances suivantes, il est important de souligner que le recours à :

- des substances non opiacées sédatives, dont l'hydroxyzine, n'est pas une méthode d'analgésie ;
- du paracétamol est inefficace dans la prise en charge prolongée de la douleur obstétricale durant le travail ;
- du rémifentanil, de la kétamine et des anesthésiques volatiles (halogénés) font sortir l'accouchement du cadre de ces recommandations eu égard à leurs indications et potentiels effets secondaires majeurs.

6. Deuxième stade du travail

6.1 Définition

Le deuxième stade du travail (2ST) commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. On y distingue classiquement une phase passive ou phase de descente (entre le premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et les premiers efforts expulsifs) et une phase active ou phase d'expulsion qui débute avec les efforts expulsifs²³

6.2 Surveillance de la femme

En l'absence d'événements intercurrents, il est recommandé, au minimum au cours du 2^e stade du travail normal, de :

- utiliser un partogramme : cet outil permet de tracer le suivi du travail et la surveillance qu'une femme a reçu pendant son travail ;
- surveiller les paramètres hémodynamiques (tension artérielle, fréquence cardiaque, température) toutes les heures ;
- évaluer la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes ;
- surveiller et noter les mictions spontanées ;
- proposer un TV toutes les heures ;
- encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail ;
- évaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée (EVA, ENS).

6.3 Surveillance de l'enfant à naître

Pendant le deuxième stade du travail, il est recommandé de laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre l'auscultation intermittente toutes les cinq minutes selon les modalités précédemment définies (et si la disponibilité du personnel le permet), et l'enregistrement continu du RCF par CTG.

Il est recommandé d'interpréter la lecture du RCF selon la classification de la FIGO²⁴ ou du CNGOF²⁵.

²³ Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, *et al.* Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Gynecol Obstet Fertil Senol 2017;45(1):56-61.

²⁴ Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet 2015;131(1):5-8.

²⁵ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Paris: CNGOF; 2007.

6.4 Interventions non médicamenteuses

► Accompagnement

Les recommandations concernant les interventions et la prise en charge non médicamenteuses de la douleur sont les mêmes qu'au 1^{er} stade du travail.

► Postures maternelles

Il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité.

En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail.

6.5 Interventions médicamenteuses et techniques

Les interventions possibles à ce stade du travail sont l'administration d'ocytocine, la rupture artificielle des membranes (le plus souvent déjà rompues à ce stade), la rotation manuelle de la tête fœtale, l'incitation ou la direction des efforts expulsifs, l'extraction instrumentale, l'épisiotomie et la césarienne.

Ces interventions sont difficiles à évaluer en termes de bénéfice maternel et néonatal car les complications qui surviennent peuvent être la conséquence de l'intervention, mais aussi de l'anomalie qui l'a justifiée.

Un des principaux motifs d'intervention est la prolongation de ce 2ST, prolongation dont la définition n'est pas consensuelle. En effet, certaines études s'intéressent à la durée totale du 2ST, et d'autres uniquement à la phase active, c'est-à-dire à la durée des efforts expulsifs.

► Durée de la phase d'expulsion et indications d'interventions médicales

Les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale du 2ST ni de la phase d'expulsion.

Cependant, les données disponibles montrent une augmentation de la morbidité maternelle au-delà de trois heures. Il est important de souligner qu'une morbidité est également liée aux interventions qui pourraient être entreprises.

Il est recommandé d'informer le gynécologue-obstétricien en cas de non progression du fœtus après deux heures de dilatation complète, avec une dynamique utérine suffisante.

► Quand commencer les efforts expulsifs ?

Il est recommandé de ne pas débiter les efforts expulsifs dès l'identification d'une dilatation complète mais de laisser descendre la présentation du fœtus (grade A).

Afin de diminuer la durée des efforts expulsifs et le taux de naissance opératoire (césarienne ou extraction instrumentale), il est conseillé, si l'état maternel et fœtal le permettent, de débiter les efforts expulsifs en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen.

► Indications de l'ocytocine à dilatation complète

Durant le 2^e stade du travail, l'administration systématique d'ocytocine n'est pas recommandée (grade B).

Si au bout de deux heures à dilatation complète la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le détroit moyen, l'administration d'oxytocine est recommandée en cas de dynamique utérine jugée insuffisante²⁶.

► Cas particulier des présentations postérieures et transverses

Les variétés postérieures exposent à plus de complications maternelles en particulier périnéales et à plus d'extractions instrumentales. La rotation manuelle de ces variétés postérieures en antérieures pourrait réduire le nombre des extractions²⁷. Toutefois, il n'y a pas d'argument pour la recommander systématiquement à dilatation complète mais cette option peut être envisagée en cas de prolongation du 2ST.

L'administration systématique d'oxytocine en cas de présentation occipito-postérieure ou transverse n'a pas prouvé son efficacité.

L'utilisation systématique d'un échographe en salle de naissance pour déterminer l'orientation de la présentation n'est pas recommandée (grade B).

► Techniques de poussée

Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique de poussée plutôt qu'une autre (grade B). La femme doit pousser de la manière qui lui semble la plus efficace.

L'expression abdominale est associée à différentes complications et notamment des déchirures des 3^e et 4^e degrés. Il est recommandé de ne pas recourir à l'expression abdominale (grade B). Le vécu traumatique des femmes et de leur entourage, et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cette technique. Dans les situations qui nécessitent d'écourter le deuxième stade de l'accouchement, le recours, en fonction des conditions obstétricales, à une extraction instrumentale ou à une césarienne, est recommandé.

► Épisiotomie

Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère (grade B).

Aucune circonstance obstétricale spécifique (telle qu'une anomalie du RCF, une fragilité périnéale, ou une extraction instrumentale) ne justifie une épisiotomie systématique, mais dans toutes ces situations, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur.

Si une épisiotomie est réalisée, elle doit être médio-latérale et non médiane (grade A).

Ces recommandations reprennent celles du CNGOF publiées en 2005²⁸ et du NICE publiées en 2014²⁹.

► Technique de l'accouchement

Il n'existe pas de données suffisantes dans la littérature permettant de recommander une technique de dégagement de la tête fœtale. Cependant, en France, où la technique *hands on* est largement utilisée, on observe des déchirures des 3^e et 4^e degrés plus faibles que dans les pays utilisant habituellement la technique *hands off*.

²⁶ Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burquet A, *et al.* Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(1):56-61.

²⁷ Vayssière C, Beucher G, Dupuis O, Feraud O, Simon-Toulza C, Sentilhes L, *et al.* Instrumental delivery: clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;159(1):43-8.

²⁸ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. L'épisiotomie. Paris: CNGOF; 2005.

²⁹ National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London: NICE; 2014.

Concernant la technique de dégagement des épaules du fœtus, aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature. Il n'existe aucune donnée dans la littérature permettant de recommander, ou non, l'accompagnement du mouvement de rotation de restitution de la tête fœtale.

La manœuvre de Ritgen (crochetage du menton) ne diminue pas le risque de lésion périnéale du troisième et du quatrième degré, il n'est donc pas recommandé de pratiquer systématiquement cette manœuvre lors de l'accouchement normal pour protéger le périnée (grade B).

Les données évaluant l'efficacité de l'application de compresses chaudes lors du 2ST divergent et restent insuffisantes pour que cette technique puisse être actuellement recommandée.

Il n'est pas recommandé de pratiquer le massage périnéal durant le 2ST (grade C).

7. Troisième stade du travail

7.1 Définition

Le troisième stade du travail (3ST) débute avec la naissance de l'enfant et se termine avec la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta.

7.2 Surveillance de la femme

La surveillance rapprochée de la mère est recommandée pendant le 3ST et les deux heures suivant l'accouchement (Article D6124-40 du Code de Santé Publique). Les paramètres à surveiller à intervalle régulier sont le pouls, la tension artérielle, les saignements et le globe utérin. L'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines est laissée à l'appréciation des équipes en salle de naissance.

7.3 Place de la délivrance physiologique

Le groupe de travail considère que l'administration préventive d'oxytocine (APO) fait partie de l'accompagnement de la physiologie.

Il est recommandé d'informer au préalable les femmes qu'une délivrance sans recours à l'administration d'agents utérotoniques, augmente le risque d'hémorragie du post-partum (HPP) supérieure à 500 ml et de transfusion maternelles, ainsi que la durée de la délivrance (y compris chez les femmes à bas risque).

7.4 Interventions médicamenteuses et techniques

► Administration préventive d'oxytocine (APO)

Les recommandations formulées ci-après reprennent celles du CNGOF (2014)³⁰.

Par rapport à une délivrance sans recours à l'administration d'agents utérotoniques, l'APO par voie IV ou IM diminue d'environ 50 % le risque d'HPP > 500 ml et > 1000 ml. L'APO est recommandée pour tous les accouchements par voie basse afin de diminuer l'incidence des HPP (grade A). Les autres agents utérotoniques (ergométrine, misoprostol) ne sont pas recommandés dans cette indication si l'oxytocine est disponible (grade A).

En France, l'injection prophylactique d'oxytocine est généralement réalisée au moment du dégagement des épaules de l'enfant. Toutefois, la revue de la littérature montre que le moment de l'injection n'influe pas significativement sur le risque d'HPP, ni sur le taux de rétention placentaire.

L'APO doit être réalisée après l'accouchement, mais elle ne doit pas nécessairement être pratiquée au moment du dégagement des épaules. Si elle n'a pu être réalisée avant la délivrance, il est recommandé de la réaliser après (grade B). Il est donc également possible de réaliser cette

³⁰ Dupont C, Ducloy-Bouthors AS, Huissoud C. Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(10):966-97.

injection dans les minutes qui suivent la naissance, si celle-ci n'a pas été possible au dégagement des épaules.

Modalités d'injection de l'APO :

Il est recommandé de réaliser une APO à 5 ou 10 UI pour prévenir les HPP après accouchement par voie basse (grade A). La voie d'injection peut être intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM). En cas d'administration IV, il est préférable de réaliser une injection lente (sur une durée d'environ une minute) même s'il n'y a pas de données pour contre-indiquer les injections en bolus (IV rapide sur une à deux seconde(s)).

Traitement d'entretien par oxytocine :

Il n'y a pas d'argument pour recommander un traitement d'entretien systématique par oxytocine après un accouchement par voie basse.

► **Prévention mécanique de l'HPP**

Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, aucun des gestes suivants n'a démontré son efficacité : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon (grade B), drainage systématique du cordon, traction contrôlée du cordon (grade A), mise au sein précoce (grade C), massage utérin systématique (grade A).

En l'absence de preuve suffisante, il n'y a pas de position particulière pendant le travail ou la délivrance à recommander pour prévenir l'HPP.

► **Réalisation d'une délivrance artificielle**

En cas de rétention placentaire, l'administration d'oxytocine par voie intra-funiculaire ou par voie intraveineuse ou intramusculaire n'est pas efficace et il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle (grade A). En l'absence de saignements, elle doit être réalisée à partir de 30 minutes suivant la naissance, sans dépasser 60 minutes.

8. Accueil du nouveau-né

8.1 Définition et évaluation initiale

Ces recommandations concernent le nouveau-né, né à terme, dans un contexte de liquide amniotique clair.

Il est recommandé d'évaluer à la naissance la respiration ou le cri, et le tonus du nouveau-né afin de déterminer rapidement si des manœuvres de réanimation sont nécessaires.

Si les paramètres observés ne sont pas satisfaisants (absence de respiration, faible cri et tonicité anormale), les manœuvres de réanimation sont entreprises sans délai.

Tout professionnel susceptible d'accompagner une femme pendant le travail devrait suivre régulièrement une formation aux premiers gestes de réanimation en accord avec les recommandations en vigueur.

8.2 Surveillance de la mère et de son nouveau-né

Il est recommandé de différer au moins après la première heure suivant la naissance, les soins postnataux de routine tels que la pesée, les mesures, la prise de température (grade C).

La mère et son nouveau-né sont observés et suivis attentivement pendant les deux premières heures qui suivent la naissance ; cette surveillance, au minimum toutes les 15 minutes la première heure, est consignée par écrit par le soignant qui l'a effectuée.

8.3 Interventions non médicamenteuses : contact précoce entre la mère et le nouveau-né, l'allaitement maternel

Si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration présente, cri franc et tonicité normale), il est recommandé de proposer à la mère de placer aussitôt le nouveau-né en peau à peau avec sa mère si elle souhaite, avec un protocole de surveillance (grade B), de le sécher de lui mettre un bonnet et de le couvrir avec un linge sec et chaud, et d'évaluer le score d'Apgar à une et à cinq minutes.

Il est recommandé de :

- éviter la séparation de la femme et de son enfant car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant un attachement de bonne qualité entre la mère et son enfant ;
- veiller à dégager la face du nouveau-né et en particulier les narines lorsqu'il est placé contre sa mère après la naissance et expliquer cette « bonne position » aux parents ; veiller à la présence d'une tierce personne auprès de la mère et de l'enfant ;
- encourager et accompagner l'allaitement maternel et la première mise au sein dans le respect du choix de la femme, dès que possible après l'accouchement.

8.4 Interventions médicamenteuses et techniques

Il est recommandé de veiller à ce que tout examen ou traitement du nouveau-né soit entrepris avec le consentement des parents et en leur présence ou, si cela n'est pas possible, après les en avoir informés.

► Clampage retardé du cordon

Le clampage retardé du cordon ombilical est préconisé au-delà des trente premières secondes chez les nouveau-nés ne nécessitant pas de réanimation (grade C). Cette recommandation reprend celle de la Société française de néonatalogie (SFN)³¹.

► Liberté des voies aériennes

Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration de l'oropharynx ni des narines.

► Dépistage de l'atrésie des choanes

Il n'est pas recommandé de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes.

► Dépistage de l'atrésie de l'œsophage

En l'absence de signes cliniques évocateurs, la vérification systématique de la perméabilité de l'œsophage par la pratique du test à la seringue n'est pas recommandée. Si ce dépistage n'est pas réalisé, un protocole formalisé de surveillance du nouveau-né est nécessaire et la première tétée doit être réalisée sous la surveillance d'un soignant. Ces recommandations reprennent celles de la SFN³¹ et du centre de référence des affections congénitales et malformatives de l'œsophage³².

► Désinfection oculaire

L'antibioprophylaxie conjonctivale néonatale n'est pas recommandée en systématique. Elle est recommandée³³ en cas d'antécédents ou de facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) chez les parents.

► Supplémentation en vitamine K1

La prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né repose sur l'administration de vitamine K1. Il est recommandé d'administrer systématiquement dans les deux heures qui suivent la naissance, la première dose orale (2 mg) de vitamine K1.

³¹ Société française de néonatalogie. Réanimation du Nouveau-né en salle de naissance 2^e éd. Paris: Sauramps Médical; 2016.

³² Haute Autorité de Santé. Atrésie de l'œsophage. Protocole National de Diagnostic et de Soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008

³³ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né. Saint-Denis: AFSSPS; 2010.

8.5 Examen clinique du nouveau-né dans les premières heures de vie

Tout nouveau-né doit bénéficier après la naissance d'un premier examen³⁴ réalisé par la sage-femme ayant pour but la vérification de sa bonne adaptation, le dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques, etc.) avec une traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance ou la maison de naissance.

Les mesures et soins de routine ne seront réalisés qu'à la fin des deux heures de peau à peau, avant de transférer la mère et l'enfant en suites de naissance. Ce premier examen global du nouveau-né se fait sur un plan dur, et dans de bonnes conditions thermiques et d'éclairage, devant la mère si possible ou en présence de l'accompagnant.

Les observations et les mesures sont notées sur les feuilles de surveillance pour nouveau-né. Les éléments non mis en évidence à la naissance seront recherchés ultérieurement.

8.6 Recours au pédiatre

Dès l'instant où les premiers gestes de réanimation sont amorcés, il est recommandé de faire appel au pédiatre.

Toute anomalie détectée lors du premier examen clinique nécessite le recours au pédiatre.

³⁴ Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. NOR : SPSS9403285A. Publié au JORF le 28 octobre 1994.

9. Notion du travail d'équipe

Les recommandations rappelées ci-après sont tirées du guide méthodologique « Qualité et sécurité des soins dans le secteur naissance » en établissement de santé publié par la HAS en 2014³⁵.

Les protocoles cliniques actualisés et validés sont facilement accessibles aux professionnels, dans un lieu identifié et signalé. Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) sont opérationnelles.

Il existe des temps d'échanges réguliers au sein de l'équipe tels que :

- les staffs quotidiens (au mieux) ou hebdomadaires (au moins), pour l'analyse des accouchements des vingt-quatre dernières heures et des dossiers complexes de femmes enceintes en vue de définir la stratégie de prise en charge ;
- les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) (pour analyser notamment des événements indésirables associés aux soins, les causes de transfert), selon une périodicité définie de façon concertée. Les outils et les exercices de communication et d'amélioration du travail en équipe sont promus.

Dans le cadre des maisons de naissance, le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance, publié en 2014³⁶ par la HAS, a défini les modalités de fonctionnement, d'organisation et de prise en charge spécifique à ces structures moins médicalisées. Ainsi, en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins, figurent parmi les critères d'évaluation recueillis, l'existence de RMM, de staff de dossiers avec maternité partenaire, une analyse des événements indésirables associés aux soins, et des plans d'actions d'amélioration de la qualité mis en place.

³⁵ Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

³⁶ Haute Autorité de Santé. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

Annexe 1. Types de suivi recommandé pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (Liste indicative non limitative)

Extrait de la recommandation de la HAS « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (mai 2007) permettant de définir les critères d'éligibilité des femmes enceintes présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance.

Types de suivi recommandés :

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- **Avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2
TOXIQUES	
Sevrage alcoolique	A1
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES	
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux	
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B

Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques	
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1
Hypertension artérielle	B
Diabètes	B
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1
- Maladie de Basedow	B
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :	
- mère homozygote	B
- mère hétérozygote	A2
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodémie, polyarthrite rhumatoïde)	B
- Néphropathie	B
- Uropathie	A2
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce
Chimiothérapie et radiothérapie	A2
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce

Maladies infectieuses	
Portage antigène HBs	A1
Hépatite C ou B active	A2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES	
Pathologies utéro-vaginales	
Malformation utéro-vaginale	B
Mutilations sexuelles	A1
Chirurgie cervico-utérine	
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2
Distylbène syndrome	B
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE	
Antécédents médicaux	
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1
Diabète gestationnel	A
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B
Hypertension gravidique	A2
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B
Fausses couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :	
- sans étiologie	A2
- avec étiologie SAPL	B
Fausses couches tardives au cours du 2^e trimestre	B
Accouchement prématuré	A2 précoce B
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2
Hématome rétroplacentaire	B
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B
Asphyxie périnatale avec séquelles	B
Mort périnatale inexpliquée	B
Anomalie congénitale ou génétique	A2
Antécédents liés à l'accouchement précédent	
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1
Déchirure du sphincter anal	A2
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A
Psychose puerpérale	A2
Dystocie des épaules	A1

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	
Accouchement secret sous x	A1
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX	
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B
Thrombose veineuse profonde	B
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B
Anémie gravidique	A
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)	
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B
Cholestases gravidiques	B
Rubéole	B
Infection à cytomégalovirus	B
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B
Infection à parvovirus B19	B
Varicelle/ zona	B
Hépatite B aiguë	B
Hépatite virale A, C, D ou E	B
Tuberculose	B
Infection VIH	B
Syphilis	B
Grippe	A1

Listériose	B
Paludisme	B
Chikungunya	B
Maladie périodontale	A
Laparotomie en cours de grossesse	
	A2
FACTEURS DE RISQUE GYNÉCOLOGIQUES	
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	
	A2
Kyste ovarien	A2
Cancer du sein	B
Infections vaginales	A1
Vaginoses bactériennes	A2
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	
	A2
Oligoamnios (< 37 SA)	B
Hydramnios	B
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2
Réduction embryonnaire	B
Pertes de sang persistantes	
- avant 16 SA	A2
- après 16 SA	A2
Hémorragies fœto-maternelles	B
Hématome rétroplacentaire	B
Béance cervicale	B
Menace d'accouchement prématuré	B
Grossesse gémellaire	
- bichoriale	A2
- monochoriale	B
Grossesse triple	B
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2
Retard de croissance fœtale	B
Mort fœtale <i>in utero</i>	B
Anomalies de localisation du placenta	B
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B
Grande multipare (supérieur à 5)	A1

Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX	
Grossesse non suivie	B
Dépassement de terme	B
Macrosomie	A2
Présentation non céphalique à terme	B
Suspicion de dystocie	B

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail

Collège national des sages-femmes de France (CNSF) (*)	Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) (*)
Collège national des gynécologues et obstétriciens francophones (CNGOF) (*)	Conseil national de l'ordre des sages-femmes (*)
Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) (*)	Société française de maïeutique (SFMa) (*)
Société française de pédiatrie (SFP)	Société française de néonatalogie (SFN) (*)
Association nationale des sages-femmes cadres (ANSFC)	Société française de médecine périnatale (SFMP) (*)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Mme Sophie Guillaume, sage-femme, Paris – Co-présidente du groupe de travail

Pr Bernard Hédon, gynécologue-obstétricien, Montpellier – Co-président du groupe de travail

Dr Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, anesthésiste-réanimateur, Lille – Chargée de projet

Dr Véronique Lejeune, gynécologue-obstétricien, Auch – Chargée de projet

Dr Marjan Nadjafizadeh, sage-femme, docteure en sciences de l'éducation, Nancy – Chargée de projet

M. Franck Pizzagalli, sage-femme, Rouen – Chargé de projet

Dr Clémence Schantz, sage-femme, docteure en sociodémographie, Paris – Chargée de projet

Mme Karine Petitprez, Saint-Denis – Chef de projet HAS, service des bonnes pratiques professionnelles

Mme Sandrine Morin, Saint-Denis – Chef de projet HAS, service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins

Mme Maud Arnal, sage-femme, Villejuif

Mme France Artzner, représentante d'usagers, Montreuil, (##)

Mme Catherine Bernard, représentante d'usagers, Paris (##)

Dr François-Marie Caron, pédiatre, Amiens

Mme Isabelle Chevalier, sage-femme, Pontoise

Mme Claude Daussy-Urvoy, sage-femme, Nantes

Dr Jean-Michel Garnier, gynécologue-obstétricien, Saint-Herblain

Mme Jacqueline Lavillonnière, sage-femme, Saint-Lambert-Du-Lattay (#)

Dr Camille Le Ray, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Anne Morandeau, sage-femme, Paris

Pr Thomas Schmitz, obstétricien, Paris

Pr Loïc Senthiles, gynécologue-obstétricien, Bordeaux

Dr Raha Shojai, gynécologue-obstétricien, Puyricard

(#) Expert en désaccord avec la recommandation concernant l'administration préventive systématique d'antibiotiques en cas de portage de streptocoque du groupe B, et en l'absence de signes cliniques (notamment fièvre maternelle et/ou accélération significative et durable du rythme de base du rythme cardiaque fœtal).

(##) Experts en désaccord avec la définition de la bientraitance de ce document, qui selon eux devrait être : « La bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées par la femme, au même titre que les données de la science et l'expérience clinique des soignants ».

► **Groupe de lecture**

Dr Élodie Agut, anesthésiste-réanimateur, Auch

Mme Madeleine Akrich, représentant d'usagers, Paris (##)

Mme Lena Alembik, sage-femme, Paris

Mme Catherine Augustoni, sage-femme, Montbéliard

Dr Madeleine Azarian, gynécologue-obstétricien, Paris

Dr Bernard Bailleux, gynécologue-obstétricien, Armentières

Mme Chloé Barasinski, sage-femme, Clermont-Ferrand

Mme Amélie Battaglia, sage-femme, Baccarat

Dr Étienne Beaumont, gynécologue-obstétricien, Papeete (#)

Dr Odile Becquet, pédiatre, Paris

Mme Myriam Ben Balla, sage-femme, Valenciennes

Mme Nathalie Benet, sage-femme, Sarcelles

M. Remi Beranger, sage-femme, docteur en épidémiologie / santé publique, Rennes

Mme Isabelle Bertola, sage-femme, Vaulx En Velin

Mme Françoise Bertschy, sage-femme, Brest

Dr Gaël Beucher, gynécologue-obstétricien, Caen

Mme Pauline Blanc-Petitjean, sage-femme, Colombes

Dr Georges-Fabrice Blum, gynécologue-obstétricien, Mulhouse

Dr Claire Boithias, pédiatre, Clamart

Mme Estelle Bonnet, sage-femme

Dr Marie-Pierre Bonnet, anesthésiste-réanimateur, Paris

Dr Martine Bonnin, anesthésiste-réanimateur, Clermont-Ferrand

Mme Paule Boufferet, représentant d'usagers, Paris (##)

Pr Pierre Boulot, gynécologue-obstétricien, Montpellier

Mme Sandrine Brame, sage-femme, Lomme

Dr Bernard Branger, pédiatre, Nantes

Dr Françoise Broisin, anesthésiste-réanimateur, Lyon

Mme Axelle Cabigliera, sage-femme, Colmar

Mme Helène Carrère (##), représentant d'usagers, Toulouse

Mme Claire Cassan, sage-femme, Les Mees

Dr Dominique Chassard, anesthésiste-réanimateur, Bron

Dr Sandrine Colliat-Espagne gynécologue-obstétricien, Eaubonne

Mme Delphine Corrette, sage-femme, Conflans Sainte Honorine

Mme Anne-Marie Curat, sage-femme, Varilhes

Pr Claude D'Ercole, gynécologue-obstétricien, Marseille

Mme Antonia Danet, sage-femme

Dr Gilles Dauptain, gynécologue-obstétricien, Gonesse

Mme Aurélie De La Calle, sage-femme, Paris

Mme Sylvie De Riz, sage-femme, Azé (###)

Mme Catherine De Weck, sage-femme, Toussieu

Mme Julie Dehy, sage-femme, Puyricard

Mme Claire Delattre, sage-femme, La-Roche-Sur-Yon

Mme Isabelle Derrenderinger, sage-femme, Saint-Philibert-De-Grand-Lieu

Pr Philippe Deruelle, gynécologue-obstétricien, Lille

Dr Guillaume Ducarme, gynécologue-obstétricien, La Roche-sur-Yon

Mme Elise Dufour, sage-femme, Chêne-En-Semine

M. Nicolas Dutriaux, sage-femme, Herblay

Mme Marie-Laure Egaud, représentant d'usagers (##)

Mme Giuliana Faure, sage-femme, Paris

Dr Serge Favrin, gynécologue-obstétricien, Saint-Jean

Mme Magali Fesquet, sage-femme, Le Vigan

Mme Catherine Foulhy, Sage-Femme, Clermont-Ferrand

Dr Fabrice Franchi, gynécologue-obstétricien, Bastia

Mme Caroline Cutuil, sage-femme, Grenoble

Pr Denis Gallot, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

Dr Charles Garabedian, gynécologue-obstétricien, Lille

Mme Charlotte Gay, sage-femme, Lille

Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Mme Isabelle Georgel, sage-femme, Pontoise
Dr Aude Girault, gynécologue-obstétricien, Paris
Pr François Goffinet, gynécologue-obstétricien, Paris
M. Elie Goudon, sage-femme, Sallanches
Mme Mylène Gouverneur, sage-femme, Saint-Dizier
Mme Sophie Goyet, sage-femme, docteure en sciences
Mme Séverine Guillard-Darque, représentant d'usagers, Pontoise (##)
Dr Claire Hubert, pédiatre, Nancy
Mme Odile Jonis Diouf, sage-femme, Sartrouville (#)
Mme Henny Jonkers, sage-femme, Castres (#)
Mme Mélanie Jouan, sage-femme, Bonifacio
Pr Hawa Keita-Meyer, anesthésiste-réanimateur, Colombes
Dr Christophe Laisné, pédiatre, Aix-en-Provence
Mme Nolwen Lambert, sage-femme, Nantes
Dr Claude Lardeux, pédiatre, Paris
Mme Vanessa Lasne, animatrice La Leche League, administratrice de la CoFAM, Yonne
Dr Marc Lecat, gynécologue-obstétricien, Gardanne
M. Benoit Le Goedec, sage-femme, Fresnes
Mme Céline Le Meur, sage-femme, Lille
Mme Anne-Sophie Leobon, sage-femme, Clamard
Mme Catherine Leroy, sage-femme, Vernon
Dr Emmanuelle Letamendia, pédiatre, Clamard
Dr Alexandra Letourneau, obstétricienne, Clamard
Dr Gérard Levy, obstétricien
Mme Anne Macquet, sage-femme, Auch
Mme Pauline Marchand, sage-femme, Rumilly
Dr Bernard Maria, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges
Mme Marie-Cécile Martin-Gabier, sage-femme, La Riche
Mme Alice Masson, sage-femme
Pr Frédéric Mercier, anesthésiste-réanimateur, Clamart
Dr Youcef Miliiani, anesthésiste-réanimateur, Marseille
Mme Isabelle Monier, sage-femme, Clamart
Dr Estelle Morau, anesthésiste-réanimateur, Montpellier
Mme Christine Morin, sage-femme, Bordeaux (#)
Mme Héliène Morin, sage-femme, Chanteloup-les-Bois
Mme Marie-Cécile Moulinier, sage-femme, Paris
Dr Jean-Michel Muray, gynécologue-obstétricien, Pontoise
Dr Muriel Nicloux, pédiatre, Paris
Mme Aurélia Nicole, représentant d'usagers (##)
Mme Marie-Hélène Nicquevert, sage-femme Villeneuve-Saint-Denis
Mme Sabine Paysant, sage-femme, Maubeuge
Mme Christel Pelon-Créac'h, sage-femme, Plouzané (#)
Mme Emmanuelle Phan, représentant d'usagers (##)
Mme Marine Piejus, sage-femme, Brest (#)
Mme Gisèle Piroit, sage-femme, Lubim (#)
Mme Elise Ranvier, lade
M. Benoit Renaudin, sage-femme, Paris
Mme Mathilde Revolon, sage-femme, Saint-Simeon-De-Bressieux
Mme Charlotte Roquillon, sage-femme, Paris
M. Georges-Emmanuel Roth, sage-femme, Strasbourg
Mme Virginie Rouet, sage-femme, Octeville Sur Mer
Mme Claire Saunier, sage-femme, Le Havre
Mme Marion Sicard, sage-femme, Tuffalun
Dr Nadia Slim, gynécologue-obstétricien, Marseille
Mme Cécile Sylla, sage-femme, Ville-d'Avray
Mme Muriel Terrières, sage-femme, Montmorency
Dr Jean Tourrès, anesthésiste-réanimateur, Saint Herblain
Mme Blanche Touvet, sage-femme
Mme Céline Tuttino, sage-femme
Mme Julia Vallet, sage-femme, Toulouse (#)
Dr Françoise Vendittelli, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand
Pr Éric Verspyck, gynécologue-obstétricien, Rouen
Dr Florence Vial, anesthésiste-réanimateur, Nancy
Mme Élisabeth Vix, sage-femme, Vendenheim
Mme Élisabeth Wagner, sage-femme, Gonesse

(#) Experts en désaccord

(##) Experts en désaccord avec la définition de la bien-traitance de ce document, qui selon eux devrait être : « La bien-traitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées par la femme, au même titre que les données de la science et l'expérience clinique des soignants ».

(###) Expert en désaccord avec l'antibioprophylaxie pour les parturientes porteuses asymptomatiques de streptocoque B, avec l'administration préventive d'oxytocine systématique au 3e stade et avec le fait que le choix des femmes puissent dépendre de la disponibilité des équipes.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus et tout particulièrement le docteur Claire Hubert pour sa participation à la rédaction de la partie concernant la surveillance du nouveau-né, le professeur Hawa Keita, le docteur Lionel Bouvet pour la partie sur l'hydratation et l'alimentation pendant le travail, le docteur Estelle Morau et le docteur Martine Bonnin pour la partie sur l'analgésie médicamenteuse, ainsi que le professeur Loïc Sentilhes pour son investissement.

Fiche descriptive

Titre	Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectifs	Définir les modalités d'un accouchement chez des femmes à bas risque obstétrical au sein de tout service de maternité et notamment au sein des maisons de naissance en cours d'expérimentation pour l'accouchement physiologique.
Patientes concernées	Sont concernées les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas. Les critères d'éligibilité des femmes concernées sont détaillés dans la recommandation de bonne pratique publiée par la HAS en 2007 sur le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Sont exclues notamment les femmes présentant un utérus cicatriciel, les grossesses gémellaires, les suspicions de retards de croissance ou petits poids selon l'âge gestationnel, les présentations par le siège et défléchies ; les accouchements prématurés, les membranes rompues pendant plus de 12 heures sans mise en travail.
Professionnels concernés	Sages-femmes, gynécologues obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, infirmières anesthésistes diplômées d'État, puéricultrices.
Demandeur	Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence). Secrétariat : Mme Jessica Layouni.
Recherche documentaire	De janvier 2000 à juillet 2017. La stratégie de recherche documentaire est décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique. Réalisée par M. Aurélien Danscoine, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès).
Auteurs de l'argumentaire	Dr Anne-Sophie Bouthors, anesthésiste réanimateur, Lille ; Dr Véronique Lejeune, gynécologue obstétricien, Auch ; Mme Nadjafizadeh Marjan, sage-femme enseignante, Nancy ; Mr Franck Pizzagalli, sage-femme, Clamart ; Mme Clémence Schantz, sage-femme / chercheur, Paris ; Mme Karine Petitprez, chef de projet de la HAS.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (co-présidence de Mme Sophie Guillaume, sage-femme, Paris et du Pr Bernard Hédon, gynécologue-obstétricien, Montpellier), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique. Adoption par le Collège de la HAS en décembre 2017.
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Titre	Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

© Haute Autorité de Santé décembre 2017