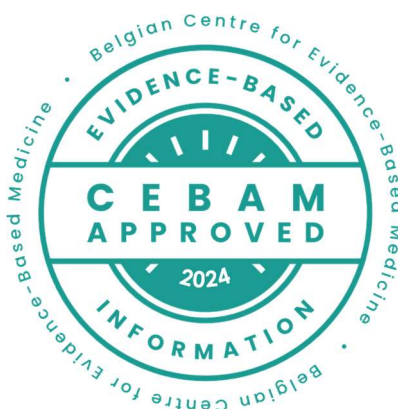


Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque

30.07.2024

Kuipers Y., Mestdagh E., Beentjes M., Bleijenbergh R., Brosens C., Bosmans V., Embo M., Stiers M., Torfs K. & Zemouri C.

Date de validation: 30.07.2024



Deze richtlijn werd ontwikkeld binnen het Evikey netwerk met de financiële steun van de FOD Volksgezondheid. www.evikey.be

Contribution des bénéficiaires de soins et prise en compte par le dispensateur de soins

Les recommandations de bonne pratique permettent d'orienter et d'offrir un point d'appui dans le cadre de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques dans les soins de santé. Elles résument, pour le dispensateur de soins, ce qui est considéré comme la meilleure gestion pour la bénéficiaire de soins moyenne. Il faut en outre tenir compte du contexte de la bénéficiaire des soins, une partenaire égale dans la prise de décisions. Le dispensateur de soins clarifie donc la demande de la bénéficiaire grâce à une communication adéquate et donne des informations concernant tous les aspects des différentes options stratégiques envisageables. Il peut donc arriver que le dispensateur et la bénéficiaire des soins fassent un choix différent, qu'ils estiment meilleur, de manière justifiée et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas réabordé à chaque fois dans les recommandations, mais est mentionné explicitement ici.

Clauses de non-responsabilité

La présente recommandation reconnaît que les bénéficiaires de soins ont différentes identités de genre. La recommandation utilise principalement les mots « femme » et « parturiente » (ainsi que les pronoms « elles » et « la ») afin de décrire des personnes dont le sexe à la naissance était féminin, peu importe qu'elles s'identifient en tant que femme, homme ou personne non binaire. Cette recommandation utilise en outre le terme « femme » pour aborder la personne enceinte, en travail ou en train d'accoucher avec son (sa) partenaire de naissance.

Les membres du groupe de travail ont été régulièrement impliqués au cours du processus de révision. Les experts externes (groupe de réflexion composé des parties prenantes) ont été consultés lors de l'analyse des obstacles et au sujet d'une version (préliminaire) de la révision de la recommandation. Leurs remarques ont fait l'objet de discussions lors des réunions. Les membres du groupe de travail et les experts externes ne sont pas coauteurs de la révision de la recommandation et n'étaient pas forcément d'accord avec son contenu.

Deze template is gebaseerd op de template van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL).

Inhoud

INTRODUCTION	11
PRÉFACE	11
GROUPE CIBLE	12
CONTEXTE	12
ETIOLOGIE	13
RESUME ET NIVEAU DE GRADE	16
<u>QUESTION CLINIQUE 1: QUELS ASPECTS DE L'ACCOMPAGNEMENT ONT UN IMPACT SUR LE DEROULEMENT D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE OBSTETRICAL ?</u>	25
RECOMMANDATION 1	25
EXPLICATION	25
RECOMMANDATION 1.1	26
FONDEMENT	26
CONSIDERATIONS	29
RECOMMANDATION 1.2	30
FONDEMENT	30
CONSIDERATIONS	31
RECOMMANDATION 1.3	32
FONDEMENT	32
CONSIDERATIONS	33
<u>QUESTION CLINIQUE 2: QUELS CONSEILS DONNEZ-VOUS A LA FEMME ET QUELS SONT LES POINTS AUXQUELS ETRE ATTENTIF LORS D'UN PREMIER CONTACT AU DEBUT DU TRAVAIL?</u>	35
RECOMMANDATION 2	35
EXPLICATION	35
RECOMMANDATION 2.1	37
FONDEMENT	37
CONSIDERATIONS	37
RECOMMANDATION 2.2	38
FONDEMENT	38
CONSIDERATIONS	39
RECOMMANDATION 2.3	39
FONDEMENT	40
CONSIDERATIONS	40
RECOMMANDATION 2.4	41
FONDEMENT	41
RECOMMANDATION 2.5	43
FONDEMENT	43
CONSIDERATIONS	44

<u>QUESTION CLINIQUE 3: EN QUOI DOIT CONSISTER UN EXAMEN CLINIQUE LORS D'UN PREMIER CONTACT PHYSIQUE PENDANT LE TRAVAIL ?</u>	45
RECOMMANDATION 3	45
EXPLICATION	46
RECOMMANDATION 3.1	50
FONDEMENT	50
CONSIDERATIONS	50
RECOMMANDATION 3.2	51
FONDEMENT	51
CONSIDERATIONS	53
RECOMMANDATION 3.3	55
FONDEMENT	55
CONSIDERATIONS	55
RECOMMANDATION 3.4	56
FONDEMENT	56
CONSIDERATIONS	57
RECOMMANDATION 3.5	58
FONDEMENT	58
CONSIDERATIONS	58
RECOMMANDATION 3.6	59
FONDEMENT	59
CONSIDERATIONS	60
<u>QUESTION CLINIQUE 4: QUELS SONT LES AUTRES POINTS D'ATTENTION DANS LE CADRE DE LA COMMUNICATION AVEC LA PARTURIENTE PENDANT LE TRAVAIL ?</u>	61
RECOMMANDATION 4	61
EXPLICATION	61
FONDEMENT	61
CONSIDERATIONS	62
<u>QUESTION CLINIQUE 5: QUE CONSEILLEZ-VOUS A LA PARTURIENTE AU COURS DE LA PHASE DE DILATATION EN TERMES DE MOBILITE ?</u>	63
RECOMMANDATION 5	63
EXPLICATION	63
FONDEMENT	63
CONSIDERATIONS	64
<u>QUESTION CLINIQUE 6: GESTION NON PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL</u>	65
RECOMMANDATION 6	65
EXPLICATION	65
FONDEMENT	67
CONSIDERATIONS	71
<u>QUESTION CLINIQUE 7: GESTION PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL</u>	73
RECOMMANDATION 7	73
EXPLICATION	73

FONDEMENT	73
CONSIDERATIONS	77
<u>QUESTION CLINIQUE 8: QUAND REALISER UN EXAMEN VAGINAL AU COURS DE LA PHASE DE DILATATION?</u>	78
RECOMMANDATION 8	78
EXPLICATION	78
FONDEMENT	78
CONSIDERATIONS	79
<u>QUESTION CLINIQUE 9: EST-IL RECOMMANDE DE PERCER EN ROUTINE LES MEMBRANES LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	81
RECOMMANDATION 9	81
EXPLICATION	81
FONDEMENT	81
CONSIDERATIONS	82
<u>QUESTION CLINIQUE 10: COMMENT GERER LA MICTION LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	83
RECOMMANDATION 10	83
EXPLICATION	83
RECOMMANDATION 10.1	83
FONDEMENT	83
CONSIDERATIONS	84
RECOMMANDATION 10.2	84
FONDEMENT	85
CONSIDERATIONS	85
RECOMMANDATION 10.3	86
FONDEMENT	86
CONSIDERATIONS	86
RECOMMANDATION 11	87
EXPLICATION	87
FONDEMENT	88
CONSIDERATIONS	90
<u>QUESTION CLINIQUE 12: COMMENT GERER LES APPORTS ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	92
RECOMMANDATION 12	92
EXPLICATION	92
FONDEMENT	92
CONSIDERATIONS	94
<u>QUESTION CLINIQUE 13: QUE CONSEILLEZ-VOUS A LA PARTURIENTE AU COURS DE LA PHASE D'EXPULSION EN TERMES DE MOBILITE ?</u>	96
RECOMMANDATION 13	96
EXPLICATION	96
FONDEMENT	96

CONSIDERATIONS	100
<u>QUESTION CLINIQUE 14: COMMENT GERER LA PUSSEE EN CAS DE DILATATION COMPLETE LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	<u>102</u>
RECOMMANDATION 14	102
EXPLICATION	102
RECOMMANDATION 14.1	102
FONDEMENT	102
CONSIDERATIONS	104
RECOMMANDATION 14.2	104
FONDEMENT	105
CONSIDERATIONS	105
<u>QUESTION CLINIQUE 15: COMMENT GERER LA PUSSEE APRES DILATATION COMPLETE LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	<u>106</u>
RECOMMANDATION 15	106
EXPLICATION	106
RECOMMANDATION 15.1	106
FONDEMENT	106
CONSIDERATIONS	108
RECOMMANDATION 15.2	108
FONDEMENT	109
CONSIDERATIONS	109
<u>QUESTION CLINIQUE 16: COMMENT GERER L'EXPRESSION ABDOMINALE AU COURS DE LA PHASE D'EXPULSION LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	<u>111</u>
RECOMMANDATION 16	111
EXPLICATION	111
FONDEMENT	111
CONSIDERATIONS	113
<u>QUESTION CLINIQUE 17: COMMENT GERER LE PERINEE LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	<u>114</u>
RECOMMANDATION 17	114
EXPLICATION	114
RECOMMANDATION 17.1	115
FONDEMENT	115
CONSIDERATIONS	116
RECOMMANDATION 17.2	116
FONDEMENT	117
CONSIDERATIONS	118
RECOMMANDATION 17.3	119
FONDEMENT	119
CONSIDERATIONS	120
RECOMMANDATION 17.4	121
FONDEMENT	121
CONSIDERATIONS	123
RECOMMANDATION 17.5	123

FONDEMENT	123
CONSIDERATIONS	124
<u>QUESTION CLINIQUE 18: COMMENT GERER LE CONTACT PEAU A PEAU APRES UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	
	126
RECOMMANDATION 18	126
EXPLICATION	126
RECOMMANDATION 18.1	126
FONDEMENT	126
CONSIDERATIONS	129
RECOMMANDATION 18.2	130
FONDEMENT	130
CONSIDERATIONS	131
<u>QUESTION CLINIQUE 19: COMMENT GERER LE CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	
	132
RECOMMANDATION 19	132
EXPLICATION	132
FONDEMENT	132
CONSIDERATIONS	136
<u>QUESTION CLINIQUE 20: QUELLE EST LA MARCHE A SUIVRE AU COURS DE LA PERIODE DE DELIVRANCE EN PREVENTION D'UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	
	137
RECOMMANDATION 20	137
EXPLICATION	138
RECOMMANDATION 20.1	138
FONDEMENT	138
CONSIDERATIONS	139
RECOMMANDATION 20.2	140
FONDEMENT	140
CONSIDERATIONS	143
RECOMMANDATION 20.3	145
FONDEMENT	145
CONSIDERATIONS	146
RECOMMANDATION 20.4	147
FONDEMENT	147
CONSIDERATIONS	149
RECOMMANDATION 20.5	150
FONDEMENT	150
CONSIDERATIONS	151
<u>QUESTION CLINIQUE 21: COMMENT GERER L'EXAMEN DU PERINEE LORS D'UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	
	152
RECOMMANDATION 21	152
EXPLICATION	152
RECOMMANDATION 21.1	153

FONDEMENT	153
CONSIDERATIONS	153
RECOMMANDATION 21.2	154
FONDEMENT	154
CONSIDERATIONS	155

QUESTION CLINIQUE 22: COMMENT GERER LES SOINS DU PERINEE APRES UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ? **156**

RECOMMANDATION 22	156
EXPLICATION	156
RECOMMANDATION 22.1	156
FONDEMENT	157
CONSIDERATIONS	157
RECOMMANDATION 22.2	158
FONDEMENT	158
CONSIDERATIONS	158
RECOMMANDATION 22.3	159
FONDEMENT	159
CONSIDERATIONS	159
RECOMMANDATION 22.4	160
FONDEMENT	160
CONSIDERATIONS	161
RECOMMANDATION 22.5	161
FONDEMENT	161
CONSIDERATIONS	162
RECOMMANDATION 22.6	162
FONDEMENT	162
CONSIDERATIONS	163

QUESTION CLINIQUE 23: EN QUOI DOIT CONSISTER LE PREMIER EXAMEN DE LA PARTURIENTE APRES UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ? **165**

RECOMMANDATION 23	165
EXPLICATION	165
RECOMMANDATION 23.1	166
FONDEMENT	166
CONSIDERATIONS	167
RECOMMANDATION 23.2	167
FONDEMENT	168
CONSIDERATIONS	168
RECOMMANDATION 23.3	169
FONDEMENT	169
CONSIDERATIONS	169
RECOMMANDATION 23.4	170
FONDEMENT	170
CONSIDERATIONS	171
RECOMMANDATION 23.5	171
FONDEMENT	172

CONSIDERATIONS	172
RECOMMANDATION 23.6	173
FONDEMENT	173
CONSIDERATIONS	173
<u>QUESTION CLINIQUE 24: EN QUOI CONSISTE LE PREMIER EXAMEN DU NOUVEAU-NE APRES UN ACCOUCHEMENT A BAS RISQUE ?</u>	<u>174</u>
RECOMMANDATION 24	174
EXPLICATION	175
RECOMMANDATION 24.1	176
FONDEMENT	176
CONSIDERATIONS	176
RECOMMANDATION 24.2	177
FONDEMENT	177
CONSIDERATIONS	178
RECOMMANDATION 24.3	178
FONDEMENT	178
CONSIDERATIONS	179
RECOMMANDATION 24.4	179
FONDEMENT	180
CONSIDERATIONS	180
RECOMMANDATION 24.5	181
FONDEMENT	181
CONSIDERATIONS	182
<u>GLOSSAIRE</u>	<u>185</u>
<u>ÉLEMENTS D'ÉVALUATION ET INDICATEURS DE QUALITE</u>	<u>190</u>
<u>PROGRAMME DE RECHERCHE</u>	<u>197</u>
<u>MÉTHODOLOGIE</u>	<u>202</u>
<u>VALIDATION</u>	<u>210</u>
<u>PLAN DE MISE EN ŒUVRE</u>	<u>210</u>
<u>REVISION ET FINANCEMENT</u>	<u>210</u>

Introduction

PRÉFACE

Vous avez devant vous les fondements scientifiques de la deuxième recommandation belge ayant pour thème la « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque », une révision de la version précédente datant de 2010. La majorité des soins sont prodigués pendant le travail et la naissance. Dans le contexte actuel des soins, la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'expérience individuelle de la parturiente font l'objet d'une attention croissante. Pour y parvenir, la collaboration entre les disciplines impliquées dans les soins liés à la naissance est essentielle. Outre les besoins et souhaits de chaque femme et de son entourage, les fondements scientifiques des options stratégiques doivent également être pris en compte pour aboutir à un bon choix en termes de gestion. Les fondements scientifiques indiquent l'éventail des soins justifiés, au sein duquel les souhaits de la femme et les connaissances et l'expérience professionnelles du dispensateur de soins prévalent.

Un groupe de projet a été créé en 2021. Pour ce groupe de projet, assisté par des groupes de travail et un groupe de réflexion composé d'experts, le défi consistait à identifier le contenu des soins et de l'accompagnement lors d'un accouchement à bas risque, puis à formuler des recommandations scientifiquement étayées. Les fondements scientifiques reflètent les connaissances actuellement disponibles concernant l'accouchement à bas risque. L'objectif est d'offrir la plus grande transparence possible sur les méthodes employées lors de l'élaboration de la recommandation. La méthode utilisée pour les fondements scientifiques est justifiée dans un chapitre distinct.

L'essence même de la directive est de formuler les recommandations en matière de gestion obstétricale, de prévention et d'accompagnement. Les recommandations s'appuient d'une part sur les conclusions de la littérature utilisée, qui sont liées aux niveaux de niveau de preuve scientifique et d'autre part, sur les réflexions ayant été débattues examinées et avancées par les experts impliqués à la fois dans les groupes de travail, le groupe de réflexion et tout au long de la phase de commentaires. Il s'agit de facteurs liés à la faisabilité, à l'applicabilité et à la praticabilité des recommandations. La plupart des recommandations concernent la prise en charge directe de la parturiente.

Le groupe de projet est heureux de pouvoir vous présenter cette recommandation révisée. Les recommandations font partie intégrantes de la gestion de la qualité de chaque groupe professionnel, y compris les dispensateurs de soins liés à la naissance. Une recommandation fournit les fondements scientifiques et un point d'appui pour les décisions prises par les dispensateurs de soins liés à la naissance concernant les soins prodigués aux femmes. Ces dispensateurs de soins partent de la situation individuelle, des souhaits et responsabilités des femmes et les intègrent dans leurs décisions. La prise en compte d'une situation, de souhaits et de responsabilités spécifiques peut justifier un écart raisonné par rapport à la gestion décrite ci-après. Il n'empêche que cette recommandation reflète la situation actuelle parmi les professionnels, basée sur les meilleures preuves.

Les auteurs et le groupe de projet ont réussi à présenter ce sujet avec clarté et minutie. Nous remercions les membres des groupes de travail et du groupe de réflexion qui ont consacré du temps et de l'énergie à l'élaboration de cette recommandation. Nous leur sommes reconnaissants pour leur contribution et leurs commentaires.

Objectif

Le présent rapport est une recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque concernant la naissance normale chez des femmes enceintes en bonne santé à bas risque obstétrical. Cette recommandation vise à optimiser la qualité des soins liés à la naissance en Belgique en dressant l'inventaire des dernières preuves relatives à la naissance normale à bas risque obstétrical. La recommandation doit aider le dispensateur de soins à traiter, évaluer et mettre en pratique les preuves de plus en plus nombreuses.

La recommandation sert d'outil de communication pour viser une gestion uniforme des soins liés à la naissance en Belgique, qui accorde la priorité à la santé physique et mentale de la femme et de l'enfant. Cela signifie une recommandation avec une vision actualisée des soins, tenant compte du point de vue de la bénéficiaire des soins et du dispensateur de soins. Cette recommandation met l'accent sur la création d'un environnement donnant aux femmes un sentiment de maîtrise et de satisfaction personnelle, notamment en l'impliquant dans la prise de décisions, même lorsqu'une intervention médicale est souhaitée ou nécessaire.

Cette recommandation s'applique à tout contexte dans lequel a lieu un accouchement à bas risque, que ce soit à domicile, en maison de naissance ou en milieu clinique. Elle peut être utilisée comme base pour rédiger des itinéraires cliniques, améliorer les soins et soutenir la prise de décisions cliniques, développer une cohérence et une standardisation dans les soins, ainsi que pour donner des informations à la femme et à son entourage.

Groupe cible

La recommandation a été élaborée pour toutes les parties prenantes impliquées dans les soins liés à la naissance en Belgique. Le groupe cible est composé de tous les (étudiants) dispensateurs de soins impliqués dans les soins maternels et pédiatriques (sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes, infirmiers, pédiatres, néonatalogues, kinésithérapeutes, psychologues, etc.), les associations professionnelles impliquées dans la politique relative aux soins périnataux, les décideurs politiques nationaux et locaux en matière de santé publique, les dirigeants d'établissements de santé, les responsables de programmes de soins périnataux et d'établissements d'enseignement.

Contexte

Accoucher en Belgique

En 2021, 117 914 naissances ont été enregistrées en Belgique. Parmi toutes ces naissances, 91% ont eu lieu entre la 37^e et la 41^e semaine de grossesse et 91% des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2.500 grammes et 3.999 grammes. La majorité des naissances concernaient des naissances uniques, 97%. La plupart des enfants sont nés en position céphalique vaginale, 67% (Statistics Belgium, 2023).

L'âge moyen de la mère à la naissance en 2022 était de 31,2 ans. L'âge moyen était plus élevé à Bruxelles (32,3 ans) qu'en Flandre (31,1 ans) et en Wallonie (31,0 ans) (Statistics Belgium, 2023). Le nombre de femmes ayant opté pour une analgésie locorégionale était de 76,5% à Bruxelles

(Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2022a), 79,9% en Wallonie (Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2022b) et 74,7% en Flandre (Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie vzw, 2022).

Champ d'application

Cette directive traite de l'accouchement normal chez des femmes enceintes en bonne santé et à bas risque obstétrical. À ce jour, il n'existe aucun consensus international sur ce qui constitue un bas risque obstétrical. L'interprétation du bas risque obstétrical varie notamment entre les différents pays européens, tels que nos pays voisins la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni (Schott et al., 2014). Dans le cadre de la présente recommandation, nous continuons à utiliser la définition figurant dans le rapport « Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap » (Gyselaers et al., 2015). Cette définition est la suivante: Les femmes enceintes à bas risque obstétrical sont des femmes qui ne présentent pas de facteurs de risque identifiés, de pathologies préexistantes connues ou de complications pouvant nécessiter des tests supplémentaires ou des soins adaptés (Gyselaers et al., 2015).

Un accouchement ou une naissance est défini(e) comme « normal(e) » lorsque tous les stades de l'accouchement suivent un déroulement physiologique. Dans le cadre de celui-ci, l'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de gestation et une primipare est âgée de 18 à 40 ans, une multipare de 18 à 42 ans. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. Les soins dispensés aux femmes enceintes présentant des complications, survenant avant et pendant la grossesse (Costa et al., 2023) ainsi que pendant l'accouchement ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation. Certains sujets, tels que décrits ci-dessous, ne figurent pas dans la recommandation.

- Accouchement par voie basse après césarienne.
- Rupture prolongée des membranes.
- SGB+.
- Induction du travail.
- Augmentation du travail.
- Extraction instrumentale.
- Césarienne.
- Réanimation.
- Hémorragie du post-partum.

Le groupe de développement des recommandations a décidé d'intégrer l'anesthésie péridurale ou l'analgésie locorégionale dans la recommandation en raison du pourcentage élevé de femmes en Belgique bénéficiant d'une analgésie locorégionale lors d'un accouchement à bas risque. Le groupe de développement des recommandations est conscient que cela requiert un suivi plus strict en termes de soins de deuxième ligne.

La recommandation suit l'ensemble du parcours d'un accouchement: depuis l'annonce du travail jusqu'à deux heures après la naissance du nouveau-né, quel que soit le milieu socio-économique et dans tout établissement de soins de santé.

Etiologie

La recommandation part d'une vision actuelle et scientifiquement étayée des soins liés à la naissance. La nouveauté de cette recommandation est l'intégration de modèles de soins fondés sur les preuves qui ont été développés au cours des dernières décennies afin d'améliorer les

résultats des soins de santé pour la mère et l'enfant dans le monde entier. Le groupe de projet a traduit la vision des soins en cinq points prioritaires.

Woman-centred care

Les soins centrés sur la femme sont une méthode de pratique obstétricale associée à une plus grande satisfaction des femmes en ce qui concerne les soins liés à la naissance. Dans le cadre des soins centrés sur la femme, la relation de collaboration entre la femme en tant qu'individu dans son propre contexte (bénéficiaire des soins) et le professionnel (dispensateur de soins) est centrale. Les soins centrés sur la femme sont reconnus comme un critère de qualité dans le cadre des soins liés à la naissance (internationaux), où les besoins individuels de la femme, définis avec le professionnel, sont prioritaires dans le plan de soins. L'accent est mis doublement et équitablement sur l'expérience individuelle de la femme et sur la santé de la mère et de l'enfant. Il y a une reconnaissance et un respect mutuels de l'expertise de chacun, la patiente ayant l'expertise et la connaissance de son propre corps et des circonstances de sa vie, et le professionnel agissant en tant qu'expert de la naissance (Fontein-Kuipers et al., 2016, 2018). Comme l'indique le terme centrés: le point de départ est à tout moment le choix de la femme (et de son partenaire), celui-ci étant fait sur la base des étapes de la prise de décision partagée et du consentement éclairé.

Prise de décision partagée ou shared decision-making

La prise de décision partagée est le processus de choix de la femme et de son partenaire/sa famille, qui est guidé par les meilleures preuves scientifiques disponibles, les valeurs, les normes, les souhaits et les préférences de la femme, ainsi que les connaissances et l'expertise du dispensateur de soins. Le point central est la liberté de choix comme droit fondamental de la femme ; elle décide elle-même de sa grossesse, de son travail et de son accouchement. L'objectif de ce processus est d'aboutir à des soins répondant aux besoins individuels de la femme et à sa situation. La tâche du dispensateur de soins consiste à fournir des informations, données selon les meilleures preuves scientifiques disponibles, dans le cadre desquelles les avantages et les inconvénients des différents actes et options font l'objet d'une discussion (KNOV, 2018). Les étapes de la prise de décision partagée sont décrites comme suit: 1. Introduisez le processus de décision partagée et communiquez que la femme a le choix en matière de soins ; 2. Présentez les différentes options à la femme, avec les avantages, les inconvénients et les conséquences éventuelles de chaque option ; 3. Interrogez la femme au sujet de ce qu'elle estime important dans sa situation et son contexte ; 4. Fournissez-lui des informations supplémentaires le cas échéant ; 5. Interrogez-la sur ses préférences, ses souhaits, ses connaissances, ses besoins ; 7. Examinez et discutez ensemble des préférences de la femme et aboutissez à une décision partagée (Elwyn et al., 2012).

Interdisciplinaire, transdisciplinaire et multidisciplinaire

Contrairement au travail monodisciplinaire, le travail multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire a pour caractéristique commune que plusieurs disciplines sont représentées dans les soins. Le suivi des besoins physiques (médicaux), psycho-émotionnels et sociaux de la femme et de sa famille nécessite une collaboration transdisciplinaire entre les professionnels impliqués, toujours en concertation avec la (future) mère/les (futurs) parents. Le respect mutuel

des compétences et de l'expertise de chacun ainsi que la confiance réciproque sont primordiaux dans ce cadre, toutes les parties concernées étant responsables de la qualité, de la sécurité, de la disponibilité et de la transparence des soins. Collaborer signifie qu'il est possible de se concerter et de faire appel à tout moment à l'expertise de chacun. Cela est toujours important, mais c'est encore plus le cas si l'accouchement à bas risque se transforme en accouchement à haut risque et que la collaboration des dispensateurs de soins des différentes disciplines est alors d'autant plus nécessaire. Si le dispensateur de soins souhaite adopter une approche holistique et proposer des soins intégraux et sur mesure, la nécessité d'une approche interdisciplinaire (et éventuellement transdisciplinaire) augmentera à mesure que la demande de soins deviendra plus complexe (Coussens et al., 2010).

Intégration de la salutogenèse et du modèle biopsychosocial dans le modèle médical

L'accompagnement d'un accouchement à bas risque requiert une approche individuelle dans une perspective où les facteurs physiologiques, psycho-émotionnels et sociaux s'influencent mutuellement en permanence et constituent la base de la santé et du bien-être (Engel, 1977). Dans le cadre de l'accouchement à bas risque, il est essentiel de s'appuyer sur la salutogenèse ou sur l'équilibre entre la santé, le stress et la capacité d'adaptation de la femme en tant qu'individu comprenant ce qui se passe, capable de lui donner du sens et sachant comment y faire face. L'accompagnement de l'accouchement à bas risque associe le modèle médical au modèle psychosocial. L'objectif en soi n'est pas de viser une démedicalisation complète ou une « hypernormalisation », mais bien une approche axée sur des recommandations qui favorisent la santé et le bien-être (Maurice et al., 2017).

Risque et prévention

Toute femme, les membres de sa famille inclus, doit pouvoir être certaine que tous les dispensateurs de soins impliqués, de première, deuxième et troisième lignes, collaborent de manière optimale et transmettent le même message transparent. Les signaux d'alerte doivent être clairement définis et connus, permettant ainsi de la rediriger correctement et rapidement vers le(s) dispensateur(s) de soins approprié(s) et de collaborer avec ce(s) dernier(s). Les risques ne se limitent pas uniquement au signalement des risques médicaux et/ou obstétricaux et/ou aux menaces. Il convient également d'être attentif aux risques non médicaux.

Résumé et niveau de grade

RECOMMANDATIONS SUR LA BASE DES POINTS PRIORITAIRES		GRADE
Woman-Centred care		
Intégralité de l' accouchement	Visez des soins centrés sur la femme pendant l'accouchement, prodigués par un dispensateur de soins qu'elle connaît et appliquez au minimum les recommandations suivantes:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Envisagez de donner à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement (2B) par un professionnel des soins liés à la naissance (PBP). 	2B – PBP
	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragez chaque femme à se faire assister par une personne de son choix. 	1C
	<ul style="list-style-type: none"> • Donnez-lui des informations objectives et complètes au sujet de l'ensemble du déroulement de l'accouchement et discutez avec elle de ses souhaits en la matière. 	1C
RECOMMANDATIONS PAR STADE DU TRAVAIL		
Premier contact au début du travail		
Premier contact périnatal	Encouragez la femme à contacter un dispensateur de soins dès qu'elle a l'impression que le travail a commencé et en présence (éventuelle) de signes, afin qu'un premier examen clinique puisse être réalisé. Ces signes incluent:	PBP
	<ul style="list-style-type: none"> • L'apparition de contractions utérines douloureuses et régulières qui augmentent en intensité et en durée. • La perte de liquide amniotique. • L'apparition de saignements vaginaux. 	
	Lorsqu'une femme se trouve dans la phase de latence du travail (premier stade du travail latent):	
	a) Informez-la sur l'identification de la phase active du travail (premier stade du travail établi).	a) PBP

<p>b) Discutez avec elle de la nécessité de bénéficier d'un accompagnement physique et émotionnel supplémentaire et proposez-le-lui si elle le souhaite.</p>	<p>B) PBP</p>
<p>c) Encouragez la femme à se présenter à nouveau dès qu'elle a l'impression que la phase active du travail a débuté.</p>	<p>c) IC</p>
<p>Visez un accompagnement et un suivi continu de la femme au cours de la phase active du travail.</p>	<p>PBP</p>
<p>Premier contact physique au début du travail</p>	
<p>Lors du premier contact avec la parturiente pendant le travail, consultez son dossier et réalisez un complément d'anamnèse. Interrogez-la sur les mouvements du fœtus, la douleur et les pertes vaginales.</p>	<p>PBP</p>
<p>Recourez à l'auscultation intermittente afin de contrôler le bien-être fœtal chez les femmes à bas risque obstétrical.</p> <p>Recourez au monitoring fœtal électronique continu en cas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doutes concernant le bien-être fœtal. • Préférence de la parturiente. 	<p>1B</p> <p>PBP</p>
<p>Le premier examen clinique pendant le travail comprend au minimum les éléments suivants: tension artérielle, température, fréquence cardiaque, palpation abdominale, contractions utérines et évaluation des pertes vaginales.</p>	<p>PBP</p>
<p>Un examen vaginal interne (si les membranes ne sont pas rompues) est effectué en concertation avec la parturiente afin d'évaluer le stade du travail de cette dernière.</p> <p>Postposez l'examen vaginal interne si les membranes sont rompues pour limiter au maximum tout risque d'infection. N'effectuez l'examen vaginal interne que si l'état clinique de la parturiente laisse supposer que cette dernière se trouve dans la phase active du travail et avec le consentement exprès de la parturiente.</p>	<p>PBP</p> <p>PBP</p>
<p>Lors du premier contact avec la parturiente, parcourez et discutez systématiquement et activement de ses souhaits en matière d'accouchement, de ses attentes, de</p>	<p>PBP</p>

	ses préoccupations, de ses besoins physiques et émotionnels.	
	Le rasage systématique de la vulve et l'administration en routine d'un lavement ne sont pas recommandés pendant le travail.	PBP
	Communication	
	Parcourez et discutez avec la parturiente de l'anxiété et du stress qu'elle ressent.	PBP
Phase de dilatation (premier stade du travail)	Mobilité	
	Encouragez la parturiente à bouger et à changer de position au cours de la phase de dilatation.	ID
	Gestion non pharmacologique de la douleur	
	Envisagez de proposer à la parturiente les techniques de relaxation suivantes comme moyen non pharmacologique de gestion de la douleur au cours des phases de dilatation et d'expulsion (premier et deuxième stades du travail):	
	a) Ballon de grossesse.	a) 2C
	b) Immersion dans l'eau.	b) 2D
	c) Musicothérapie.	c) 2C
	d) Réalité virtuelle.	d) 2C
e) Douche.	e) 2B	
Envisagez de proposer à la parturiente les techniques manuelles suivantes comme moyen non pharmacologique de gestion de la douleur au cours des phases de dilatation et d'expulsion (premier et deuxième stades du travail):		
a) Thérapie par le froid.	a) 2D	
b) Massage.	b) 2B	
Gestion pharmacologique de la douleur		
Si la parturiente le souhaite, un moyen pharmacologique de gestion de la douleur, à l'aide d'une analgésie locorégionale, peut être utilisé à chaque stade du travail. Elle doit être suffisamment informée à ce sujet.	ID	
Examen vaginal		
Effectuez toujours un examen vaginal interne en concertation avec la parturiente.	PBP	

	Réalisez un examen vaginal interne uniquement en cas d'indication spécifique au cours de la phase de latence du travail.	PBP
	Limitez l'examen vaginal interne à une fois toutes les quatre heures au cours de la phase active du travail, sauf indications spécifiques ou demande de la parturiente.	PBP
	Membranes	
	La rupture artificielle des membranes pratiquée en routine ou de manière systématique n'est pas recommandée en cas d'accouchement à bas risque.	1B
	Gestion de la miction	
	À tous les stades de l'accouchement, encouragez la parturiente à uriner régulièrement, même en présence d'une analgésie locorégionale.	PBP
	Si la parturiente ne parvient pas à uriner spontanément, proposez un sondage vésical unique toutes les quatre heures ou en cas de suspicion de globe vésical. Cela s'applique tant aux femmes avec que sans analgésie locorégionale.	PBP
	Il est déconseillé d'effectuer un sondage systématique unique juste avant l'expulsion chez une parturiente capable d'uriner spontanément.	PBP
	Monitoring	
	Recourez à l'auscultation intermittente afin de contrôler le bien-être fœtal chez les femmes à bas risque obstétrical.	1C
	Recourez au monitoring fœtal électronique continu en cas de: <ul style="list-style-type: none"> • Doutes concernant le bien-être fœtal. • Indication. • Préférence de la parturiente. 	PBP
	Alimentation	
	Permettez à la parturiente de consommer une boisson et des aliments par voie orale au cours des phases de dilatation et d'expulsion.	1C
Phase	Mobilité après dilatation complète	
	Encouragez la parturiente à adopter la position qu'elle estime la plus confortable au cours de la phase d'expulsion.	1D

	Encouragez la parturiente sous analgésie locorégionale à adopter la position qu'elle estime la plus confortable au cours de la phase d'expulsion.	ID
	Gestion en cas de dilatation complète	
	Au cours de la phase de transition avec poussée active, attendez le besoin involontaire de pousser et la poursuite de la descente de la tête (1D), à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent et examinez le motif de l'absence de besoin involontaire de pousser (PBP).	PBP
	Poussée après dilatation complète	
	Au cours de la phase d'expulsion, encouragez la parturiente à se laisser guider par son besoin de pousser.	ID
	Il est recommandé d'intervenir au moment où la phase d'expulsion active dépasse deux heures chez une primipare et une heure chez une multipare.	1C
	Expression abdominale	
	Le recours à l'expression abdominale est déconseillé au cours de la phase d'expulsion.	ID
	Gestion du périnée	
	Ne réalisez pas d'épisiotomie en routine, même chez une primipare et en cas d'antécédents de traumatisme périnéal sévère chez une multipare.	ID
	Envisagez une gestion « hands-on » (mains sur le périnée) plutôt qu'une gestion « hands-off » (mains dans le dos) et envisagez d'utiliser l'une des techniques suivantes pour prévenir tout traumatisme périnéal, compte tenu des préférences de la parturiente et des possibilités disponibles: <ul style="list-style-type: none"> a) Massage périnéal . b) Application de chaleur. c) Lubrifiant. 	2D a) 2C b) 2D c) 2D
	Contact peau à peau	
Période de délivrance	Placez le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure (1B) si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent et recouvrez le nouveau-né avec un linge chaud (PBP).	1B – PBP
	Placez le nouveau-né dans une position sûre et confortable contre sa mère.	PBP

Moment du clampage du cordon ombilical	
Attendez au moins une minute avant de clamber le cordon ombilical du nouveau-né.	1C
Gestion de la période de délivrance en prévention d'une hémorragie du post-partum.	
Envisagez une gestion active plutôt qu'une gestion passive au cours du troisième stade du travail pour éviter une hémorragie du post-partum. La gestion active comprend les interventions suivantes:	2C
a) Envisagez l'administration prophylactique d'ocytocine (2C) après la naissance du nouveau-né (PBP).	a) 2C - PBP
b) Une administration intraveineuse d'ocytocine prophylactique est préférable à une administration intramusculaire.	b) 1A
c) Envisagez une traction contrôlée du cordon ombilical uniquement dans les situations où il est souhaitable de réduire la durée du troisième stade du travail.	c) 2C
d) Afin d'améliorer les résultats de l'accouchement, aucune des mesures suivantes ne s'est avérée efficace: le massage utérin et le drainage du cordon ombilical dans le cadre de la gestion active (1D), ainsi que la vidange systématique de la vessie (sauf indication spécifique ; globe vésical, hémorragie du post-partum) (PBP).	d) 1D - PBP
Informez la parturiente de l'objectif, des avantages et inconvénients et des alternatives de l'intervention afin que l'administration prophylactique d'ocytocine soit une décision partagée, avec le consentement exprès de la parturiente.	PBP
Respectez le choix de la parturiente si elle préfère une gestion passive à une gestion active.	PBP
Examen du périnée.	
Après l'accouchement, vérifiez l'absence de traumatisme périnéal, vaginal ou génital. Pour ce faire, placez la parturiente dans une position confortable n'interférant pas avec le premier contact mère-enfant mais offrant au	PBP

Post-partum

dispensateur de soins une vision suffisante sur le périnée et les structures génitales.	
Demandez son consentement éclairé et réalisez l'examen avec précaution. Pendant l'examen du périnée et des organes génitaux, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente et consignez minutieusement les résultats dans le dossier médical.	PBP
Soins du périnée	
Veillez toujours à ce que la suture de la lésion périnéale soit effectuée sous analgésie locale ou locorégionale suffisante. Demandez le consentement exprès de la parturiente avant de procéder à la suture.	PBP
En cas de déchirure de grade 2, suturez toujours la couche musculaire.	PBP
Pendant la suture du périnée et du vagin, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente. Consignez la technique de suture appliquée et le matériel utilisé dans le dossier médical.	PBP
La thérapie topique par le froid, par exemple l'application de glace ou de coussinets de gel, est une méthode recommandée afin de soulager la douleur périnéale.	1C
Si une analgésie par voie orale est nécessaire, optez de préférence pour du paracétamol, sauf contre-indication.	1A
Sauf contre-indication, envisagez la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale ou rectale lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol semblent inefficaces.	2A
Premier examen de la parturiente	
Examinez le placenta, les membranes et le cordon ombilical pour vérifier leur intégralité et leur état.	PBP
Effectuez une observation clinique et un contrôle de la parturiente au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Cela consiste au minimum à observer et contrôler: <ul style="list-style-type: none"> a) Le tableau clinique général. b) Les pertes de sang. c) La douleur. <p>Les contrôles et observations susmentionnés requièrent une concentration et une vigilance particulières au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du</p>	PBP

nouveau-né et sont consignés par le dispensateur de soins qui a effectué le contrôle.	
En l'absence de pertes vaginales anormales, l'évaluation de l'utérus par palpation ou mesure abdominale en tant qu'observation systématique n'est pas nécessaire.	IC
Vérifiez les paramètres suivants de la mère dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né: respiration, pouls, tension artérielle et température.	PBP
Observez et discutez avec la mère de son état psycho-émotionnel dans les deux heures qui suivent l'accouchement.	PBP
Consignez le moment où la mère a uriné après l'accouchement.	PBP
Premier examen du nouveau-né	
Déterminez le score d'Apgar du nouveau-né à une et cinq minutes et notez-le dans le dossier médical.	PBP
Effectuez une observation clinique du nouveau-né au cours des deux premières heures qui suivent la naissance. Celle-ci consiste au minimum à vérifier: <ul style="list-style-type: none"> • La respiration. • La couleur. • Le tonus. <p>Les observations susmentionnées requièrent une concentration et une vigilance particulières au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et sont consignées par le dispensateur de soins qui a effectué les observations.</p>	PBP
Accompagnez la mère dans le cadre de ses possibilités afin de placer elle-même le nouveau-né au sein au plus vite après la naissance, si cela est conforme à son choix et si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent.	PBP
Postposez les soins et le contrôle de routine du nouveau-né au moins jusqu'à la première heure qui suit la naissance. <p>a) Ces soins et ce contrôle systématiques consistent au minimum en un premier examen clinique du nouveau-né, la mesure de sa taille, du périmètre crânien et du poids, ainsi qu'un contrôle de sa température corporelle.</p>	PBP

	<p>b) Ces soins sont toujours réalisés en présence du (des) parent(s) et au minimum avec son (leur) consentement.</p>	
	<p>Proposez au(x) parent(s) une prophylaxie à la vitamine K pour le nouveau-né afin de prévenir toute hémorragie due à une carence en vitamine K (1A). Administrez la vitamine K en une dose intramusculaire unique de 1 mg (GPP).</p> <p>Si le(s) parent(s) refuse(nt) l'administration intramusculaire de vitamine K à leur nouveau-né:</p> <p>a) Proposez alors une administration de vitamine K par voie orale comme deuxième option.</p> <p>b) Conseillez au(x) parent(s) d'administrer de la vitamine K par voie orale conformément aux instructions du fabricant et informez-les que plusieurs doses sont nécessaires.</p>	<p>1A – PBP</p> <p>a) PBP</p> <p>b) PBP</p>

Question clinique 1: Quels aspects de l'accompagnement ont un impact sur le déroulement d'un accouchement à bas risque obstétrical ?

Recommandation 1

Visez des soins centrés sur la femme pendant l'accouchement, prodigués par un dispensateur de soins connu de la femme et appliquez au minimum les recommandations suivantes:

- a. Envisagez de donner à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement (2B) par un professionnel des soins liés à la naissance (PBP).**
- b. Encouragez chaque femme à se faire assister par une personne de son choix (1C).**
- c. Donnez-lui des informations objectives et complètes au sujet de l'ensemble du déroulement de l'accouchement et discutez avec elle de ses souhaits en la matière (1C).**

Explication

Depuis l'augmentation exponentielle des interventions médicales pendant l'accouchement, le paysage interdisciplinaire des soins liés à la naissance accorde une attention croissante aux soins individuels parce que ceux-ci peuvent contribuer à réduire les interventions médicales au cours d'un accouchement à bas risque et ainsi favoriser le processus physiologique de la naissance (Sandall et al., 2016).

Dans ce contexte, les soins individuels peuvent être prodigués par un dispensateur de soins ou par toute personne choisie par la femme. Il peut s'agir de son partenaire, d'un membre de sa famille, d'une personne de son réseau social, d'une doula ou d'une autre personne de confiance. Cette personne (ou ces personnes) peut assurer la continuité et le soutien au cours du déroulement de l'accouchement. Il est important de toujours respecter le choix de la femme quant à la personne dont elle souhaite la présence lors de son accouchement.

Pendant l'accouchement, le déroulement de la naissance sera suivi par au moins un professionnel des soins liés à la naissance. Le choix du professionnel pendant l'accouchement se base sur un processus de décision partagée (tel que décrit au point 2.1.2. Processus de décision partagée). Le choix a lieu avant le début du travail ou très tôt au cours de celui-ci. Ce dispensateur de soins, quel que soit le groupe professionnel auquel il appartient, vise à apporter, lors des soins, un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement, ces soins étant adaptés aux besoins de la parturiente. Discuter des souhaits de cette dernière dans le cadre de la naissance est

essentiel, tout comme lui donner des informations et lui proposer une approche sur mesure. Et ses souhaits et besoins.

Les soins actuels liés à la naissance en Belgique se caractérisent principalement par un scénario où l'hôpital occupe la place centrale. Le suivi pendant l'accouchement à bas risque obstétrical sera, dans la plupart des cas, une collaboration interdisciplinaire impliquant plus d'un groupe professionnel dans les soins liés à la naissance. Il existe également des scénarios dans lesquels les accouchements à bas risque obstétrical ont lieu dans un service indépendant ou à domicile, l'accouchement étant principalement encadré par un seul groupe professionnel. Il est également possible de combiner plusieurs scénarios. Selon le contexte ou le scénario choisi, il est toujours important de viser une situation optimale accordant la priorité au choix de la femme, à un accompagnement continu et à des soins individuels.

Recommandation 1.1

Visez des soins centrés sur la femme pendant l'accouchement, prodigués par un dispensateur de soins connu de la femme et appliquez au minimum les recommandations suivantes:

a. Envisagez de donner à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement (2B) par un professionnel des soins liés à la naissance (PBP).

Fondement

Recommandation 1a Partie I: Envisagez de donner à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement (2B) par un professionnel des soins liés à la naissance (PBP).

Cette recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) et des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

La recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) s'appuyait sur une revue Cochrane avec méta-analyse (Bohren et al., 2017). Cette revue Cochrane traitait du soutien continu des parturientes pendant le déroulement de l'accouchement. La revue et la méta-analyse incluaient 26 ECR regroupant 15 858 participantes. Les résultats montraient qu'un soutien continu était significativement associé à davantage d'accouchements spontanés, RR 1,08 (IC à 95% 1,04 à 1,12), moins d'extractions instrumentales, RR 0,90 (IC à 95% 0,85 à 0,96), moins de césariennes, RR 0,75 (IC à 95% 0,64 à 0,88), moins de sentiments maternels négatifs à l'égard de l'accouchement, RR 0,69 (IC à 95% 0,59 à 0,79) et moins de nécessité de soulager la douleur, RR 0,90 (IC à 95% 0,84 à 0,96), avec un niveau de preuve faible. De plus, la durée du travail est nettement plus faible, DM -0,69 heure (IC à 95% -1,04 à -0,34), avec un niveau de preuve faible, et significativement associée à des scores d'Apgar moins faibles après cinq minutes, RR 0,62 (IC à 95% 0,46 à 0,96), avec un niveau de preuve raisonnable (Bohren et al., 2017).

L'étude de Bohren et al. (2017) sur laquelle se basait la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017), intégrait dans l'intervention un soutien

continu pendant l'accouchement par des personnes ayant suivi une formation relative au soutien pendant l'accouchement, ainsi que par les partenaires et les membres de la famille de la parturiente.

Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) se basaient sur une revue Cochrane avec méta-analyse (Sandall et al., 2016) axée sur la sage-femme et l'impact de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes par rapport à d'autres modèles de soins (soins par un gynécologue assisté d'une infirmière ; médecin généraliste avec renvoi vers la 2e ligne si besoin ; soins partagés par plusieurs professionnels différents).

- La continuité des soins est une recommandation spécifique au contexte dans les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018): « Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes (MLCC), dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien ».

La revue incluait 15 études regroupant 17 674 participantes. Les critères d'évaluation primaires étaient les suivants: analgésie régionale, césarienne, extraction instrumentale, accouchement spontané par voie basse, périnée intact, naissance prématurée, mortalité foetale et néonatale, avec un niveau de preuve élevé.

- Les MLCC étaient significativement associés à moins d'analgésie régionale, RR 0,85 (IC à 95% 0,78 à 0,92), moins d'extractions instrumentales, RR 0,90 (IC à 95% 0,83 à 0,97), moins de naissances prématurées (<37 sem.), RR 0,76 (IC à 95% 0,64 à 0,91) et moins de mortalité foetale et néonatale globale, RR 0,84 (IC à 95% 0,71 à 0,99). Les MLCC étaient significativement associés à un plus grand nombre d'accouchements spontanés par voie basse, RR 1,05 (IC à 95% 1,03 à 1,07). Aucune différence n'a été observée entre les groupes en ce qui concerne la césarienne ou le périnée intact (Sandall et al., 2016). En raison du manque de cohérence dans la mesure de satisfaction des femmes et l'évaluation des coûts des différents modèles de soins, ces résultats ont été rapportés de manière narrative. La majorité des études incluses rapportaient une plus grande satisfaction maternelle en cas de MLCC. Une tendance à la réduction des coûts a également été observée concernant les MLCC par rapport à d'autres modèles de soins (Sandall et al., 2016).
- Les chercheurs suggéraient que les femmes qui bénéficiaient de MLCC étaient moins susceptibles de subir des interventions et plus susceptibles d'être satisfaites de leurs soins (Sandall et al., 2016).

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Cet examen incluait un ECR (Jiang et al., 2018), une étude comparative prospective (Floris et al., 2018) et quatre études de cohorte rétrospectives (Miller et al., 2022; Voon et al., 2017; Welffens et al., 2020 ; Wernham et al., 2016). La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, puis formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par intervention (modèle de soins) et par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Intervention: soins individuels pendant l'intrapartum

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué et un ECR a été inclus (Jiang et al., 2018).

Jiang et al. (2018) ont étudié l'impact des soins individuels dispensés par la sage-femme pendant le travail (groupe d'intervention) par rapport aux soins standard et inclus 648 primipares. Les femmes ayant reçu des soins standard ont bénéficié d'un accompagnement par la sage-femme, mais pas de soins individuels. Les résultats soutiennent les preuves que l'applicabilité des soins individuels par la sage-femme pendant le travail et l'accouchement peut effectivement accélérer la progression, favoriser un accouchement normal et réduire le nombre de césariennes et d'interventions obstétricales.

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement: accouchement spontané par voie basse:

- Les soins individuels étaient significativement associés à un plus grand nombre d'accouchements spontanés par voie basse, RR 1,12 (IC à 95% 1,05 à 1,16) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve élevé.

Nature de l'accouchement: césarienne:

- Les soins individuels étaient significativement associés à moins de césariennes, RR 0,52 (IC à 95% 0,35 à 0,78) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve raisonnable.

Durée de l'accouchement:

- Les soins individuels étaient significativement associés à une durée de travail plus courte, en moyenne -47,67 minutes (IC à 95% -4,18 à -91,16) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve élevé.

Douleur:

- Les soins individuels étaient significativement associés à un besoin moins élevé d'analgésiques opiacés, RR 0,25 (IC à 95% 0,10 à 0,60) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve élevé.

Stimulation à l'ocytocine:

- Les soins individuels n'étaient pas significativement associés à une stimulation à l'ocytocine, RR 1,04 (IC à 95% 0,78 à 1,36) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle: Hémorragie du post-partum:

- Les soins individuels étaient significativement associés à une diminution de la quantité de perte de sang post-partum, avec une moyenne de -45,98 ml (IC à 95% -26,09 à -65,86) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve élevé.

Critères d'évaluation fœtaux et néonataux

Morbidité néonatale: Admission en UNSI:

- Les soins individuels étaient significativement associés à une diminution du nombre d'admissions en Unité néonatale de soins intensifs (UNSI), RR 0,15 (IC à 95% 0,03 à 0,65) (Jiang et al., 2018), niveau de preuve élevé.

Recommandation la Partie 2: Envisagez de donner à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement (2B) par un professionnel des soins liés à la naissance (PBP).

Ce PBP n'est pas passé par le tour Delphi. Le PBP a été ajouté sur la base du feed-back fourni au sujet de la version provisoire. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- La première partie de la recommandation présente un niveau de preuve modéré. Celle-ci concerne la recommandation d'offrir la possibilité d'un soutien continu, individuel et personnalisé pendant l'accouchement.
- La deuxième partie de la recommandation repose sur un consensus d'experts et ne s'appuie sur aucune preuve directe. Celle-ci concerne le complément « par un professionnel des soins liés à la naissance ».

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- La prudence est de mise dans le cadre de l'interprétation des résultats de Sandall et al. (2016), étant donné que la revue systématique incluait également des études avec des participantes à haut risque obstétrical. Cette même prudence est de mise dans le cadre de l'interprétation des résultats de Jiang et al. (2018) qui n'incluaient que des primipares dans leur ECR.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il est primordial d'offrir la possibilité d'un soutien continu, individuel et personnalisé. C'est à la parturiente de décider si elle en a besoin.
- La continuité des soins a été définie dans les études comme une personne ayant suivi une certaine formation ou un professionnel des soins liés à la naissance. Le GDR tient à souligner que la continuité des soins pendant le travail implique l'intervention d'un professionnel des soins liés à la naissance. Ceci diffère de l'étude de Bohren et al. (2017) sur laquelle se basait la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) qui élargit cette définition à une personne ayant suivi une formation.

Applicabilité

- L'applicabilité de la recommandation varie dans les soins liés à la naissance en Belgique.

- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes, mais l'organisation actuelle des soins liés à la naissance ne permet pas toujours d'offrir des soins continus, individuels et personnalisés à la parturiente.
- Dans les études, la continuité des soins par un professionnel pendant le travail était principalement assurée par une sage-femme.
- Afin de réaliser cette continuité dans la pratique, il peut être acceptable que la parturiente se fasse assister par un professionnel supplémentaire de son choix, notamment lorsqu'il s'agit d'un souhait et/ou choix délibéré de celle-ci.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- La présence continue d'un professionnel nécessite des coûts de personnel ainsi qu'une politique soutenue sur le plan organisationnel.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un niveau de preuve modéré, qu'un professionnel des soins liés à la naissance apporte un soutien continu, individuel et personnalisé pendant le travail. Il semble que cette intervention ait un impact positif sur les résultats de l'accouchement, sans effets négatifs signalés. L'organisation actuelle des soins liés à la naissance ne permet pas toujours d'offrir des soins continus, individuels et personnalisés à la parturiente. L'intervention requiert la réorganisation nécessaire d'une politique soutenue sur le plan organisationnel.

Recommandation 1.2

Visez des soins centrés sur la femme pendant l'accouchement, prodigués par un dispensateur de soins connu de la femme et appliquez au minimum les recommandations suivantes:

b. Encouragez chaque femme à se faire assister par une personne de son choix (1C).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Ces recommandations incluaient une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Bohren et al., 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Bohren et al. (2017) ont étudié le soutien continu des parturientes pendant le déroulement de l'accouchement et inclus 26 ECR regroupant 15 858 participantes au total. L'étude comparait le soutien continu par un dispensateur de soins (par exemple sage-femme, infirmier), un coach de naissance (par exemple doula) et une personne issue du réseau social de la parturiente (par exemple partenaire, mère, amie) par rapport à des soins standard (absence de soutien continu).

Le soutien continu était significativement associé à davantage d'accouchements spontanés, RRa 1,08 (IC à 95 % 1,04 à 1,12), moins de sentiments négatifs de la mère à l'égard de l'accouchement, RRa 0,69 (IC à 95 % 0,59 à 0,79), moins de nécessité d'une quelconque forme d'analgésie, RRa 0,90

(IC à 95 % 0,84 à 0,96), une durée plus courte de l'accouchement, DM -0,69u (IC à 95 % -1,04 à -0,34), moins d'extractions instrumentales, RRA 0,75 (IC à 95 % 0,64 à 0,88), moins de césariennes, RR 0,90 (IC à 95 % 0,85 à 0,96), moins d'analgésie régionale, RRA 0,93 (IC à 95 % 0,88 à 0,99) et un score d'Apgar plus faible après cinq minutes, RR 0,62 (IC à 95 % 0,46 à 0,85). Les auteurs ont conclu qu'un soutien continu de la part d'une personne au choix peut avoir un effet bénéfique sur les résultats de l'accouchement. Aucun effet indésirable lié au soutien continu n'a été rapporté. Des sous-analyses (11 ECR avec un total de 3 849 participantes) suggèrent que le soutien pendant le travail est significativement associé à moins de césariennes, RRA 0,68 (IC à 95 % 0,52 à 0,88) (Bohren et al., 2017), niveau de preuve faible.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué au niveau de la recommandation en raison de la pertinence et des controverses qui existent dans la pratique quant au soutien continu. Aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.
- Équilibre entre avantages et inconvénients :

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Respectez la femme dans son choix de la (des) personne(s) par laquelle (lesquelles) elle souhaite être assistée pendant l'accouchement. Il peut s'agir d'une seule personne, mais aussi de plusieurs.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.
- Si le contexte de la naissance pose des limites en termes de nombre de partenaires de naissance ou d'âge du (des) partenaire(s) de naissance, cela doit être clairement communiqué à la femme avant le début du travail.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'encourager chaque femme à se faire accompagner par une personne de son choix pendant l'accouchement. Respectez la femme dans son choix de la (des) personne(s) par laquelle (lesquelles) elle souhaite être assistée pendant l'accouchement. Il peut s'agir du partenaire, d'un membre de la famille, d'une personne issue de son réseau social ou d'une doula.

Recommandation 1.3

Visez des soins centrés sur la femme pendant l'accouchement, prodigués par un dispensateur de soins connu de la femme et appliquez au minimum les recommandations suivantes:

c. Donnez-lui des informations objectives et complètes au sujet de l'ensemble du déroulement de l'accouchement et discutez avec elle de ses souhaits en la matière (1C).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Après un examen systématique de la littérature, aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Cette recommandation a été reprise de la recommandation du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010). La recommandation du KCE s'appuyait, pour cette recommandation, sur celles du NICE « Intrapartum Care » (National Institute for Health and Care Excellence, 2007). Cette recommandation se basait sur :

- Une revue systématique (Hodnett, 2002).
- Une étude de cohorte longitudinale (Waldenström et al., 2004).
- Une étude de cohorte prospective (Green & Baston, 2003).
- Un ECR (Lavender et al., 1999).
- Des études transversales (Brown & Lumley, 1994 ; 1998 ; Waldenström et al., 1996).
- Une étude prospective (Creedy et al., 2000).
- Une étude par enquête (Tarkka et al., 2000).
- Des études qualitatives (Berg et al., 1996 ; Cheung, 2002 ; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996a, 1996b ; VandeVusse, 1999).
- Une étude observationnelle (Adams, 1989 ; Manogin et al., 2000 ; McKay & Smith, 1993).
- Un document de discussion (McKay, 1991).

Les études susmentionnées différaient tant en termes de méthodologie utilisée que de méthodes d'analyse. Plusieurs thèmes communs importants se sont cependant dégagés :

- La manière dont les dispensateurs de soins s'occupaient de la parturiente avait un impact important sur son expérience de l'accouchement. Ces femmes voulaient être traitée avec respect et avec soin, en fonction de leurs besoins individuels.
- Elles avaient besoin d'informations et que ces informations leur soient expliquées pour se sentir accompagnées et soutenues pendant l'accouchement.

- Les termes utilisés par ces femmes pour décrire à la fois l'obstétricien et les sentiments associés à une expérience positive de la naissance étaient les suivants : bienveillant, attentif, compréhensif, compétent, fiable, empathique, délicat, gentil, calme, vigilant, serein, possédant une expertise professionnelle et agissant sans précipitation.
- Les femmes voulaient recevoir des informations et de l'aide, être impliquées, se sentir en sécurité, se sentir à l'aise et avoir la possibilité de se sentir à l'aise et d'être elles-mêmes.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.
- La charge de la preuve a été reprise de la recommandation du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010), qui reposait sur celles du NICE « Intrapartum Care » (National Institute for Health and Care Excellence, 2007).

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Les souhaits relatifs à la naissance sont idéalement fondés sur un processus de décision partagée : informer, jauger les préférences, discuter des avantages et des inconvénients, citer des alternatives, donner le temps de faire un choix, discuter de ce choix, le consigner et demander un consentement éclairé au moment de l'accouchement.
- Respectez les valeurs et les préférences de la femme. Donnez-lui suffisamment d'informations et expliquez-lui celles-ci pour qu'elle se sente accompagnée et soutenue pendant l'accouchement.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.
- Fournir des informations représente une tâche essentielle des dispensateurs de soins.
- Déterminer et discuter des souhaits relatifs à la naissance avant le début de l'accouchement nécessite du temps. Il est dès lors préférable de discuter et de noter au fur et à mesure ces souhaits au cours des différentes consultations pendant la grossesse. Il est recommandé d'impliquer également le(s) partenaire(s) de naissance dans ce cheminement. Le(s) partenaire(s) de naissance peu(ven)t ainsi être au courant des attentes et des choix de la femme concernant son rôle lors du déroulement de l'accouchement, ce qui peut contribuer au processus de décision partagée.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est fortement recommandé, avec un faible niveau de preuve, de donner des informations objectives et complètes concernant l'ensemble du déroulement de la naissance et de discuter avec la femme de ses souhaits en la matière. Il est indispensable de déterminer et de passer en revue les souhaits relatifs à la naissance conformément aux principes du processus de décision partagée.

Question clinique 2: Quels conseils donnez-vous à la femme et quels sont les points auxquels être attentif lors d'un premier contact au début du travail?

Recommandation 2

Encouragez la femme à contacter un dispensateur de soins dès qu'elle a l'impression que le travail a commencé et en présence (éventuelle) de signes, afin qu'un premier examen clinique puisse être réalisé (PBP).

Ces signes incluent :

- **L'apparition de contractions utérines douloureuses et régulières qui augmentent en intensité et en durée.**
- **La perte de liquide amniotique.**
- **L'apparition de saignements vaginaux (PBP).**

Lorsqu'une femme se trouve dans la phase de latence du travail (premier stade du travail latent) :

- **Informez-la sur l'identification de la phase active du travail (premier stade du travail établi) (PBP).**
- **Discutez avec elle de la nécessité de bénéficier d'un accompagnement physique et émotionnel supplémentaire et proposez-le-lui si elle le souhaite (PBP).**
- **Encouragez la femme à se présenter à nouveau dès qu'elle a l'impression que la phase active du travail a débuté (1C).**

Visez un accompagnement et un suivi continu de la femme au cours de la phase active du travail (PBP).

Explication

Définitions

La phase de latence du travail doit être distinguée de la phase active du travail.

Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) définissent :

- la phase de latence du travail comme : « une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus,

comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

- la phase active du travail comme : « une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Moment du premier examen clinique pendant le travail

Lorsqu'une femme pense que le travail a commencé ou en présence de signes annonçant le début de l'accouchement, il vaut mieux qu'elle prenne contact avec le(s) dispensateur(s) de soins avec le(s)quel(s) elle souhaite accoucher. Ces signes sont expliqués ci-dessous et il est préférable de donner des informations à leur sujet dès la période prénatale. Ces signes incluent :

- L'apparition de contractions utérines douloureuses et régulières qui augmentent en intensité et en durée.
- La perte de liquide amniotique.
- L'apparition de saignements vaginaux.

Contacté le(s) dispensateur(s) de soins n'est toutefois pas suffisant. Un premier examen clinique précoce est préférable à un triage et un soutien par téléphone. Un examen clinique précoce permet une meilleure expérience de la naissance et est en outre important pour évaluer le profil de risque de la femme ainsi que pour déterminer à quel stade du travail elle se trouve (Janssen & Desmarais, 2013 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Le premier examen clinique peut être réalisé par un dispensateur de soins (souvent la sage-femme) à domicile ou sur un autre lieu où la femme souhaite accoucher. Envisagez un renvoi vers des soins de deuxième ligne si des observations anormales sont constatées au cours du premier examen clinique. Ceci ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.

Lorsque la femme est en phase de latence du travail au cours du premier examen clinique, discutez alors de la possibilité d'attendre que le travail évolue et qu'elle se présente à nouveau lorsque le travail est plus avancé. Il est conseillé de lui fournir des informations complètes sur les signes de la phase active du travail et sur la manière de distinguer celle-ci de la phase de latence. Discutez avec la femme de l'accompagnement physique et émotionnel dont elle a besoin jusqu'à ce que la phase active du travail débute. Discutez des options lui permettant de gérer la douleur ressentie, de ce dont elle a besoin et de la manière dont elle peut contacter le dispensateur de soins. Respectez le choix de la femme si, après avoir été informée des avantages et des inconvénients d'une admission précoce, elle décide malgré tout de rester dans le même environnement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

En présence de signaux d'alerte, un suivi plus strict est toujours recommandé. Ceci ne relève toutefois pas du champ d'application de la présente recommandation.

Accompagnement pendant la phase active du travail

Visez un accompagnement et un suivi continus lorsque le premier examen clinique montre que la femme a atteint la phase active du travail. Assurez cet accompagnement et ce suivi continus en fonction des besoins de cette dernière.

Recommandation 2.1

Encouragez la femme à contacter un dispensateur de soins dès qu'elle a l'impression que le travail a commencé et en présence (éventuelle) de signes, afin qu'un premier examen clinique puisse être réalisé (PBP).

Ces signes incluent :

- **L'apparition de contractions utérines douloureuses et régulières qui augmentent en intensité et en durée.**
- **La perte de liquide amniotique.**
- **L'apparition de saignements vaginaux (PBP).**

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.
- Aucune littérature n'a été incluse concernant le moment où un premier examen clinique doit être réalisé pendant le travail (préssumé). En raison du manque d'études pertinentes, le contenu de la recommandation repose sur un consensus entre les membres des groupes de travail et les parties prenantes.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En faveur de l'intervention. Un premier examen clinique précoce est préférable à un triage et un soutien par téléphone. Un examen clinique précoce permet une meilleure expérience de la naissance et est en outre important pour définir le profil de risque de la femme ainsi que pour estimer à quel stade du travail elle se trouve (Janssen & Desmarais, 2013 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Des soins individuels liés à la naissance sont cruciaux et le moment où une femme se présente peut varier en fonction de la capacité de cette dernière à gérer les contractions et

l'anxiété. Lorsqu'au moment du contact, la femme semble se trouver dans la phase active du travail, il est préférable qu'elle se présente physiquement auprès du (des) dispensateur(s) de soins avec le(s)quel(s) elle souhaite accoucher.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.
- Il est probablement question d'une diminution des coûts lorsque la femme se présente auprès du dispensateur de soins choisi pendant la phase active du travail. Cette diminution est associée à un risque réduit d'interventions médicales et de morbidité néonatale lorsqu'une femme se présente pendant la phase active du travail plutôt qu'au cours de la phase de latence. De plus, l'engagement du personnel des blocs d'accouchement est plus efficace en raison d'une diminution du nombre d'heures de soins directs (Tilden et al., 2015).

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'encourager la femme à contacter un dispensateur de soins avec lequel elle souhaite accoucher dès qu'elle a l'impression que le travail a débuté ou en présence de signes annonçant le début du travail. Ces signes doivent être expliqués dès la période prénatale et incluent :

- L'apparition de contractions utérines douloureuses et régulières qui augmentent en intensité et en durée.
- La perte de liquide amniotique.
- L'apparition de saignements vaginaux.

Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 2.2

Lorsqu'une femme se trouve dans la phase de latence du travail (premier stade du travail latent) :

- **Informez-la sur l'identification de la phase active du travail (premier stade du travail établi) (PBP).**

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir

MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En faveur de l'intervention. La femme a besoin d'explications suffisantes concernant le déroulement de son accouchement et ce à quoi elle peut s'attendre concernant l'évolution du travail. Des informations correctes, concrètes et claires permettent de réduire le stress et l'anxiété.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de lui fournir des informations complètes sur les signes de la phase active du travail et sur la manière de distinguer celle-ci de la phase de latence. Cela peut l'aider à évaluer elle-même le début de la phase active du travail. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 2.3

Lorsqu'une femme se trouve dans la phase de latence du travail (premier stade du travail latent) :

- **Discutez avec elle de la nécessité de bénéficier d'un accompagnement physique et émotionnel supplémentaire et proposez-le-lui si elle le souhaite (PBP).**

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En faveur de l'intervention. Discutez avec la femme de ce dont elle a besoin pour se sentir en sécurité et sûre d'elle en attendant la suite du travail et de se présenter à nouveau lorsque les signes indiquent une phase active du travail.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires ne sont vraisemblablement pas limités. Proposer un accompagnement professionnel nécessite des coûts de personnel ainsi qu'une politique soutenue sur le plan organisationnel.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de discuter avec la femme de l'accompagnement physique et émotionnel dont elle a besoin jusqu'à ce que la phase active du travail débute. Soumettez-lui des options et conseils lui permettant de gérer la douleur et tout autre désagrément qu'elle ressent. Informez-la des différents moyens lui permettant de contacter le dispensateur de soins. Discutez avec elle de la possibilité d'attendre que le travail évolue et qu'elle se présente à nouveau lorsque le travail est plus avancé ou qu'elle en ressent le besoin.

Recommandation 2.4

Lorsqu'une femme se trouve dans la phase de latence du travail (premier stade du travail latent) :

- **Encouragez la femme à se présenter à nouveau dès qu'elle a l'impression que la phase active du travail a débuté (1C).**

Fondement

Cette recommandation a été rédigée sur la base de preuves indirectes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Suite à un examen complémentaire de la littérature, quatre études ont été incluses concernant une admission postposée au bloc d'accouchement, celles-ci ayant fourni des preuves indirectes pour cette recommandation (Gjærum et al., 2022 ; Iobst et al., 2019 ; Lundgren et al., 2013 ; Miller et al., 2020). La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- L'étude transversale de Iobst et al. (2019) portait sur 21 858 nullipares et étudiait l'impact d'une admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail par rapport à une admission au bloc d'accouchement pendant la phase active du travail. Dans cette étude, la phase active du travail a été définie à partir de quatre centimètres de dilatation.
- L'étude de cohorte rétrospective de Gjærum et al. (2022) portait sur 6 511 nullipares et étudiait l'impact d'une admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail par rapport à une admission au bloc d'accouchement pendant la phase active du travail. Dans cette étude, la phase active du travail a été définie à partir de cinq centimètres de dilatation.
- L'étude de cohorte rétrospective de Lundgren et al. (2013) portait sur 584 nullipares et multipares et étudiait l'impact d'une admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail par rapport à une admission au bloc d'accouchement pendant la phase active du travail. Dans cette étude, la phase active du travail a été définie à partir de quatre centimètres de dilatation.
- L'étude de cohorte rétrospective de Miller et al. (2020) portait sur 697 nullipares et multipares et étudiait l'impact d'une admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail par rapport à une admission au bloc d'accouchement pendant la phase active du travail. Dans cette étude, la phase active du travail a été définie à partir de quatre centimètres de dilatation.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, puis formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Intervention: admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail par rapport à une admission au bloc d'accouchement pendant la phase active du travail.

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : césarienne :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus quatre études (Gjærum et al., 2022 ; Iobst, et al., 2019 ; Lundgren et al., 2013 ; Miller et al., 2020). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence et un plus grand nombre de césariennes, OR 2,58 (IC à 95 % 2,01 à 3,31), niveau de preuve raisonnable.

Nature de l'accouchement : extraction instrumentale :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus trois études (Gjærum et al., 2022 ; Lundgren et al., 2013 ; Miller et al., 2020). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence et l'extraction instrumentale, OR 1,22 (IC à 95 % 0,81 à 1,83), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement : accouchement spontané par voie basse :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus trois études (Gjærum et al., 2022 ; Iobst et al., 2019 ; Lundgren et al., 2013). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'admission au bloc d'accouchement pendant la phase de latence du travail et l'accouchement spontané par voie basse, OR 0,57 (IC à 95 % 0,35 à 0,95), niveau de preuve faible.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale : Score d'Apgar <7 à 5 minutes :

- Une admission en salle d'accouchement pendant la phase de latence du travail n'était pas significativement associée au score d'Apgar, RR 4,14 (IC à 95 % 0,91 à 18,68) (Lundgren et al., 2013), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Admission en UNSI :

- Une admission en salle d'accouchement pendant la phase de latence du travail était significativement associée à davantage d'admissions en UNSI, OR 1,54 (IC à 95 % 1,01 à 2,35) (Miller et al., 2020), niveau de preuve faible. Deze Recommendation werd opgesteld op basis van indirect bewijs. Er werden geen Recommendation en geselecteerd uit de geïncludeerde richtlijnen. Na een bijkomende literatuurzoektocht werden er vier studies geïncludeerd over uitgestelde opname in een verloskwartier, ze gaven indirect bewijs voor deze Recommendation (Gjærum et al., 2022; Iobst et al., 2019; Lundgren et al., 2013; Miller et al., 2020). De zoekstrategie is weergegeven in [Appendix 4](#), de dataextractie in [Appendix 6](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques:

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques. Une admission postposée entraîne moins d'interventions et une réduction de la morbidité néonatale.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Si, après avoir été informée des avantages et des inconvénients d'une admission précoce, la femme décide malgré tout de rester dans le même environnement, respectez son choix.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est fortement recommandé, avec un faible niveau de preuve, de postposer l'admission jusqu'à ce que la phase active du travail ait débuté.

Il existe un niveau de preuve faible à raisonnable selon lequel une admission postposée est associée à un risque réduit de césarienne et à des chances plus élevées d'accouchement spontané par voie basse, et il existe un faible niveau de preuve selon lequel une admission au cours de la phase de latence du travail au bloc d'accouchement (avant 4 cm de dilatation) est associée à un risque accru d'admission en UNSI.

Il est donc fortement recommandé, sur la base d'un niveau de preuve faible à raisonnable, d'encourager une femme qui se trouve dans la phase de latence du travail lors du premier examen clinique, à attendre que le travail évolue et à se présenter à nouveau lorsque la phase active du travail a débuté.

Recommandation 2.5

Visez un accompagnement et un suivi continus de la femme au cours de la phase active du travail (PBP).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il est primordial d'offrir la possibilité d'un accompagnement et d'un suivi continu. C'est à la parturiente de décider si elle en a besoin.

Applicabilité

- L'applicabilité de la recommandation varie dans les soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes, mais l'organisation actuelle des soins liés à la naissance ne permet pas toujours d'offrir un accompagnement continu à la parturiente. Il est toutefois essentiel de viser cette continuité.
- Afin de réaliser cette continuité dans la pratique, il est acceptable que la parturiente se fasse assister par un professionnel supplémentaire ou une personne de son choix pendant l'accouchement.
- Proposez le type d'accompagnement dont la femme a besoin et visez la continuité dans le cadre de cette relation de soins.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires ne sont vraisemblablement pas limités. La présence continue d'un professionnel nécessite des coûts de personnel ainsi qu'une politique soutenue sur le plan organisationnel.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de viser un accompagnement et un suivi continu conformément aux souhaits de la parturiente lorsqu'elle se trouve dans la phase active du travail. Informez toujours la femme concernant les possibilités qui s'offrent à elle au sein de l'environnement où se déroule l'accouchement. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 3: En quoi doit consister un examen clinique lors d'un premier contact physique pendant le travail ?

Recommandation 3

1. Lors du premier contact avec la parturiente pendant le travail, consultez son dossier et réalisez un complément d'anamnèse. Interrogez-la sur les mouvements du fœtus, la douleur et les pertes vaginales (PBP).

2. Recourez à l'auscultation intermittente (AI) afin de contrôler le bien-être fœtal chez les femmes à bas risque obstétrical (1B).

Recourez au monitoring fœtal électronique continu en cas de (PBP) :

- **Doutes concernant le bien-être fœtal,**
- **Préférence de la parturiente**

3. Le premier examen clinique pendant le travail comprend au minimum les éléments suivants : tension artérielle, température, fréquence cardiaque, palpation abdominale, contractions utérines et évaluation des pertes vaginales (PBP).

4. Un examen vaginal interne (si les membranes ne sont pas rompues) doit être effectué en concertation avec la parturiente afin d'évaluer le stade du travail de cette dernière (PBP).

Postposez l'examen vaginal interne si les membranes sont rompues pour limiter au maximum tout risque d'infection. N'effectuez l'examen vaginal interne que si l'état clinique de la parturiente laisse supposer que cette dernière se trouve dans la phase active du travail et avec le consentement exprès de la parturiente (PBP).

5. Lors du premier contact avec la parturiente, parcourez et discutez systématiquement et activement de ses souhaits en matière d'accouchement, de ses attentes, de ses préoccupations, de ses besoins physiques et émotionnels (PBP).

6. Le rasage systématique de la vulve et l'administration en routine d'un lavement ne sont pas recommandés pendant le travail (PBP).

Explication

Un certain nombre d'observations et de contrôles sont pratiqués en routine lors d'un premier contact physique avec la femme lorsque le travail a (vraisemblablement) débuté. Ces observations visent à évaluer la santé de la femme et du fœtus afin de définir le profil de risque sur la base de celles-ci. Cet examen clinique est également destiné à déterminer le stade du travail et à évaluer les besoins de la parturiente (Mambourg et al., 2010).

Lors du premier contact physique avec la femme dont le travail a (vraisemblablement) débuté, il convient d'utiliser une méthodologie systématique afin de réaliser une estimation correcte du profil de risque. Dans ce cadre, il est important d'adapter les soins à la situation de la parturiente. Quel que soit le lieu de l'accouchement, il est essentiel d'évaluer le profil de risque de la parturiente très tôt pendant le travail. Le résultat du premier examen clinique sera déterminant pour le choix de l'environnement dans lequel l'accouchement pourra avoir lieu.

Lorsqu'une femme se présente, il est recommandé de lire le dossier afin de connaître les antécédents pertinents pour que celle-ci bénéficie d'un suivi adéquat et sur mesure. Une liste des critères d'antécédents minimaux figure dans le Tableau 1. Réalisez toujours un complément d'anamnèse. Interrogez-la sur la douleur et les mouvements du fœtus. Proposez-lui des soins individualisés et adaptez-les au stade du travail de la parturiente.

TABLEAU 1: CRITERES D'ANTECEDENTS MINIMAUX.

<i>Anamnèse des critères d'antécédents minimaux</i>	
Anamnèse obstétricale	Date d'accouchement présumée/âge gestationnel Gravidité – Parité – Avortement. Déroulement du travail à domicile. Pertes vaginales. Mouvements du fœtus au cours des derniers jours. Mouvements actuels du fœtus. Contractions utérines douloureuses. Contrôles prénatals réguliers. Date et déroulement des grossesses, accouchements et post-partum précédents.
Déroulement de la grossesse actuelle	Somatique Douleur. Mouvements du fœtus. État physique général (plaintes, œdèmes, prise de poids). Examens (prises de sang, échographies, diagnostic prénatal, etc.). Traitements (médicaments, régime, etc.).

	<p>Psychosomatique</p> <p>Préparation prénatale.</p> <p>Rendez-vous pris.</p> <p>Expérience de la grossesse.</p> <p>Anamnèse gynécologique</p> <p>Pathologies.</p> <p>Interventions.</p> <p>Anamnèse médicale générale</p> <p>Pathologies.</p> <p>Interventions.</p> <p>Accidents.</p> <p>Transfusions.</p> <p>Groupe sanguin et facteur Rhésus.</p> <p>Anamnèse familiale</p> <p>État de santé des parents et des membres de la famille directe.</p> <p>Anomalies congénitales.</p> <p>Pathologies héréditaires.</p> <p>Données relatives à la mère</p> <p>Médicaments.</p> <p>Tabagisme.</p> <p>Consommation d'alcool.</p> <p>Consommation de drogue.</p> <p>Allergies.</p> <p>Mode de vie.</p> <p>Type d'alimentation.</p> <p>Données relatives aux dispensateurs de soins.</p>
--	---

L'évaluation du rythme cardiaque fœtal (RCF) fait partie de l'évaluation du risque faible ou élevé. L'auscultation du RCF peut être réalisée de manière intermittente ou continue par des dispensateurs de soins compétents. L'AI peut être réalisée à l'aide d'un doptone et/ou de la sonde cardio d'un cardiotocographe (Mambourg et al., 2010). Il faut suffisamment de personnel compétent disponible pour pouvoir réaliser l'AI correctement (Haute Autorité de Santé, 2017).

La méthodologie de l'AI consiste à écouter le RCF immédiatement après une contraction pendant au moins une minute. En cas de doute concernant le bien-être fœtal, elle peut être réalisée plus

longtemps et plus fréquemment (Chandrabharan et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). En cas de doute persistant ou dans les situations figurant dans le Tableau 2 ci-dessous, il convient de recourir au monitoring fœtal électronique continu (MFEC). Ce dernier étant réalisé à l'aide d'un cardiocytographe (Chandrabharan et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Notez dans le dossier la fréquence cardiaque de base, la variabilité et les décélérations, si observées, après chaque contrôle (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Discutez avec la parturiente des avantages et des inconvénients des deux méthodes d'auscultation afin qu'elle puisse faire un choix éclairé (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

En cas de RCF anormal il n'est plus question d'un accouchement à bas risque et un suivi plus strict de deuxième ligne est nécessaire. Le monitoring et le suivi d'un RCF anormal ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.

TABLEAU 2: INDICATIONS D'UN MONITORING FŒTAL ELECTRONIQUE CONTINU AU LIEU D'UNE AUSCULTATION INTERMITTENTE.

Mère	Fœtus
Pouls supérieur à 120 battements/minute à deux reprises à 30 minutes d'intervalle.	Présentation du siège non diagnostiquée.
Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg ou tension artérielle systolique ≥ 160 mmHg.	Présentation céphalique mobile au-dessus du détroit supérieur du bassin chez une nullipare.
Tension artérielle diastolique de 90 à 109mmHg ou tension artérielle systolique de 140 à 159 mmHg lors de deux mesures consécutives à 30 minutes d'intervalle.	Accélérations récurrentes (immédiatement après une contraction, c.-à-d. dépassement).
Pyrexie maternelle (définie comme une fois $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ou deux fois $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ à 1 heure d'intervalle).	RCF < 110 ou > 160 battements par minute, ou si le rythme cardiaque n'est pas jugé adéquat pour l'âge gestationnel.
Saignements vaginaux (plus que des pertes sanguines physiologiques).	Preuve d'une valeur initiale en hausse dans le dossier.
Présence de méconium lorsque la naissance n'est pas imminente.	Décélération du RCF entendue à deux reprises lors de l'auscultation intermittente après deux contractions consécutives.
Douleur persistante entre les contractions.	
Analgesie péridurale.	

*Mesure entre les contractions

Repris de Chandrabharan E. et al., 2018, p. 16

Les valeurs normales des paramètres mesurés chez la parturiente figurent dans le Tableau 3. Des valeurs anormales doivent faire l'objet d'un suivi. Si les paramètres restent anormaux, il convient

d'envisager un renvoi vers des soins de deuxième ligne, si cela n'a pas encore été fait (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Le suivi d'une femme qui ne répond pas aux conditions d'un accouchement à bas risque ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.

TABLEAU 3: PARAMETRES VITAUX ET OBSTETRICAUX.

<i>Paramètres</i>	<i>Valeurs de référence/observations physiologiques</i>
<i>Tension artérielle</i>	Tension artérielle systolique entre 90 et 140 mmHg. Tension artérielle diastolique entre 60 et 90 mmHg. Les valeurs de référence des paramètres vitaux peuvent varier en fonction de l'âge gestationnel. Une définition de l'hypertension pendant la grossesse utilisée à l'échelle internationale est de $\geq 140/90$ mmHg. (Garovic et al., 2022 ; Green et al., 2020 ; Wiles et al., 2021).
<i>Température</i>	Température entre 35,4° et 37,4° Celsius (Green et al., 2020).
<i>Fréquence cardiaque</i>	Fréquence cardiaque de la mère entre 65 et 114 battements par minute entre les contractions (Green et al., 2020).
<i>Palpation abdominale</i>	Hauteur utérine conforme à l'âge gestationnel. Position céphalique. Présentation céphalique fixe dans le détroit supérieur du bassin chez une nullipare. Quantité de liquide amniotique conforme à l'âge gestationnel. Croissance du fœtus conforme à l'âge gestationnel.
<i>Contractions utérines</i>	Manifestation de contractions utérines douloureuses et régulières. Utérus relâché entre deux contractions.
<i>Pertes vaginales</i>	« Signes ». Liquide amniotique clair (<24h).

Un examen vaginal interne doit être effectué en concertation avec la parturiente afin d'évaluer le stade du travail. Un examen interne n'est pas toujours nécessaire. Discutez des avantages et des inconvénients de l'examen vaginal et de la (faible) prédictibilité du résultat, en particulier pendant la phase de latence du travail. L'état clinique de la femme prime sur un examen vaginal interne. Veillez toujours à ce que la réalisation d'un examen vaginal soit un choix conjoint et mûrement réfléchi du dispensateur de soins et de la parturiente, et à ce que cette dernière ait donné son consentement exprès. Consultez la parturiente en vue de postposer l'examen vaginal jusqu'à ce qu'il apparaisse, sur la base de l'observation clinique, que la phase active du travail a débuté (de Klerk et al., 2018). La gestion relative à une rupture des membranes >24 heures sans travail actif ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation et figure au programme de recherche.

Recommandation 3.1

Lors du premier contact avec la parturiente pendant le travail, consultez le dossier et réalisez un complément d'anamnèse. Interrogez-la sur les mouvements du fœtus, la douleur et les pertes vaginales (PBP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

La recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) s'appuyait sur les recommandations « Intrapartum Care for healthy women and babies » (National Institute for Health and Care Excellence, 2017), « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010), « Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth » (Spanish National Healthcare System en Espagne, 2010) et « Normal birth » (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012).

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (Voir MÉTHODOLOGIE)

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques. La lecture du dossier et la réalisation d'un complément d'anamnèse sont essentielles afin de pouvoir proposer des soins individualisés et sûrs à la parturiente.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Chaque dispensateur de soins utilise sa propre méthode (structurée) pour réaliser l'anamnèse. Tant que les antécédents pertinents et minimaux sont connus, la méthode d'interrogation peut varier.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de parcourir le dossier et de réaliser un complément d'anamnèse en tant qu'élément essentiel du premier examen clinique de la parturiente pendant le travail. Il est en outre recommandé de l'interroger sur les mouvements du fœtus, la douleur et les pertes vaginales. En tant que dispensateur de soins, il est important de connaître les antécédents pertinents afin d'adapter les soins de manière optimale à la parturiente en tant qu'individu. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 3.2

Recourez à l'auscultation intermittente (AI) afin de contrôler le bien-être fœtal chez les femmes à bas risque obstétrical (1B).

Recourez au monitoring fœtal électronique continu en cas de (PBP) :

- **Doutes concernant le bien-être fœtal.**
- **Préférence de la parturiente.**

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) sont basées sur une revue Cochrane avec méta-analyse (Devane et al., 2017) pour justifier l'utilisation de la cardiocotographie (CTG) par rapport à l'AI lors de l'admission d'une femme présentant une grossesse à bas risque dans le bloc d'accouchement.

Devane et al. (2017) ont rapporté un lien significatif entre la CTG lors de l'admission de la parturiente et la prévalence du monitoring fœtal électronique continu pendant le travail, RR 1,30 (IC à 95 % 1,14 à 1,48), niveau de preuve faible. Pour ce faire, les auteurs se sont basés sur trois ECR regroupant 10 753 participantes et ont conclu qu'aucune preuve en faveur d'une CTG ne pouvait être démontrée. Les résultats de cette étude soutiennent la recommandation de ne pas utiliser la CTG au début du travail chez les femmes à bas risque obstétrical.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#) et l'extraction des données à [l'Annexe 6](#).

Parmi ceux-ci, un ECR (Smith et al., 2019) étudiant l'auscultation continue (AC) par rapport à l'AI a été inclus. Smith et al. (2019) n'ont rapporté aucun lien significatif entre les groupes pour le résultat concernant la césarienne, 130 (8,6 %) pour l'AI contre 105 (6,9 %) pour l'AC ni pour d'autres résultats, à l'exception de la CTG continue pendant le travail. L'utilisation de la CTG continue pendant le travail était significativement moins associée dans le groupe à l'AI lors de l'admission, RR 0,90 (IC à 95 % 0,86 à 0,93).

La méta-analyse de Devane et al. (2017) a été mise à jour avec l'ECR de Smith et al. (2019). Le nouveau critère d'effet cumulé a été utilisé pour le système GRADE. Certains résultats ne répondaient pas aux exigences d'une méta-analyse dont les résultats sont présentés de manière narrative. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : Accouchement spontané par voie basse :

- L'AC n'était pas significativement associée à moins d'accouchements spontanés, RR 0,97 (IC à 95 % 0,93 à 1,01) (Smith et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Nature de l'accouchement : Extraction instrumentale :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus cinq ECR (Cheyne et al., 2003 ; Impey et al., 2003 ; Mires et al., 2001 ; Mitchell, 2008 ; Smith et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'AC et l'extraction instrumentale, RR 1,06 (IC à 95 % 0,95 à 1,19), niveau de preuve raisonnable.

Nature de l'accouchement : Accouchement par césarienne :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus cinq ECR (Cheyne et al., 2003 ; Impey et al., 2003 ; Mires et al., 2001 ; Mitchell, 2008 ; Smith et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'AC et la césarienne, RR 1,21 (IC à 95 % 1,05 à 1,40), niveau de preuve élevé.

Critères d'évaluation néonataux

Mortalité foetale et néonatale :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus cinq ECR (Cheyne et al., 2003 ; Impey et al., 2003 ; Mires et al., 2001 ; Mitchell, 2008 ; Smith et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'AC et la mortalité foetale et néonatale, RR 1,01 (IC à 95 % 0,30 à 3,47), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Score d'Apgar <7 à 5 min. :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus cinq ECR (Cheyne et al., 2003 ; Impey et al., 2003 ; Mires et al., 2001 ; Mitchell, 2008 ; Smith et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'AC et le score d'Apgar, RR 0,97 (IC à 95 % 0,62 à 1,54), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Admission en UNSI :

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus cinq ECR (Cheyne et al., 2003 ; Impey et al., 2003 ; Mires et al., 2001 ; Mitchell, 2008 ; Smith et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'AC et l'admission en UNSI, RR 1,07 (IC à 95 % 0,91 à 1,27), niveau de preuve raisonnable.

Suite au feed-back concernant la version provisoire, les parties prenantes ont transmis une directive (National Institute for Health and Care Excellence, 2022) et un protocole (Chandrabharan et al., 2018) complémentaires.

- (1) La recommandation du NICE « Fetal monitoring in labour » (National Institute for Health and Care Excellence, 2022) explique que chez les femmes à bas risque obstétrical:
- Pendant la phase de dilatation, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 15 minutes pendant une minute au minimum après palpation d'une contraction.
 - En cas d'augmentation de la fréquence de base du fœtus de plus de 20 battements par minute ou en cas de décélérations, il convient de l'écouter plus fréquemment.
 - En cas de préoccupation persistante de la part du dispensateur de soins, un monitoring fœtal électronique continu est conseillé et un renvoi vers la deuxième ligne est nécessaire, si ce n'était pas encore le cas. En cas de CTG normale après 20 minutes, il est possible de repasser à l'AI.
- (2) La recommandation « Physiological CTG Interpretation. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline » (Chandrabharan et al. 2018) explique que chez les femmes à bas risque obstétrical :
- Pendant la phase de dilatation, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 15 minutes.
 - Le doptone est préférable à une CTG.
 - Les recommandations des deux publications fournies (Chandrabharan et al., 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2022) sont conformes à la recommandation modifiée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve raisonnable.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent sur les inconvénients ou les risques.
- L'AI peut entraîner une augmentation du nombre de convulsions chez le nouveau-né (Haute Autorité de Santé, 2017 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Il manque toutefois un suivi longitudinal des enfants, les effets à long termes des convulsions néonatales rapportées n'étant pas connus (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- En raison de la mobilité optimale de la femme, l'avantage revient à l'AI (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017 ; Chandrabharan et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- Lors du recours au MFEC, il existe un risque d'interventions plus nombreuses qu'avec l'AI. Cela ne l'emporte pas sur les avantages du MFEC (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.

- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances. Les femmes doivent être informées des avantages et inconvénients des différentes méthodes de monitoring foetal.
- Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » expliquent que les dispensateurs de soins s'inquiètent des conséquences juridiques du recours à l'AI au premier moment de contact physique lors de l'admission. Les recommandations indiquent qu'il n'existe pas de littérature justifiant l'utilisation du MFEC lors d'une admission pour un accouchement à bas risque. Elles recommandent de faire un bon rapport dans le dossier de la patiente concernant les résultats de l'AI afin de se protéger des conséquences juridiques, au lieu de se fier au MFEC (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- La préférence du dispensateur de soins peut potentiellement influencer les informations fournies à la parturiente (Van Leugenhaege et al., 2023).
- L'utilisation du stéthoscope de Pinard n'a pas été reprise étant donnée son utilisation limitée dans le contexte belge.

Applicabilité

- La recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- Le caractère acceptable de la recommandation varie selon les parties prenantes.
- Les protocoles qui soutiennent la recommandation de l'AI favorisent son application dans la pratique, tout comme les formations interdisciplinaires et l'intégration des choix relatifs au monitoring foetal dans les entretiens prénatals (Chuey et al., 2020).
- Le monitoring foetal sans fil favorise la mobilité de la parturiente.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Autres

- Une étude qualitative des points de vue des dispensateurs de soins à l'égard des facteurs faisant obstacle à l'utilisation de l'AI reflète le contexte complexe de la prise de décision concernant le recours à l'AI. Bien que les dispensateurs de soins soient conscients de la recommandation d'utiliser l'AI, ils l'appliquent rarement (Chuey et al., 2020). Pour garantir la recommandation concernant l'AI, des interventions multifformes doivent être conçues. Il s'agit d'intégrer l'AI dans la formation des (futurs) dispensateurs de soins liés à la naissance, dans les formations interdisciplinaires, dans les protocoles d'AI multidisciplinaires standardisés sur la surveillance cardiaque foetale, dans les informations prénatales destinées à la parturiente (Chuey et al., 2020). Les obstacles au recours à l'AI sont la hiérarchie entre dispensateurs de soins, le manque de clarté quant aux responsabilités entre les prestataires, le manque de connaissances sur l'AI, la peur de la responsabilité, la peur de passer à côté d'une pathologie, la méthode de travail qui met l'accent sur l'efficacité et le monitoring standard par CTG, le personnel insuffisant, une culture décourageante dans le département, le principe selon lequel la technologie offre automatiquement une plus-value, et l'hypothèse selon laquelle la parturiente préfère le monitoring par CTG (Chuey et al., 2020).
- Dans une revue systématique qualitative sur les souhaits des femmes en matière d'accouchement réalisée par Downe et al. (2018), il a été conclu qu'au moment de choisir entre l'AI et la CTG, certaines femmes trouvaient que le recours à l'AI semblait plus

rassurant, mais se sentaient limitées par l'équipement et préféraient un contact plus personnel et une approche des soins centrée sur la femme.

Conclusion

Sur la base d'un niveau de preuve raisonnable, il est fortement recommandé de recourir à l'auscultation intermittente au premier moment de contact physique pour contrôler le bien-être fœtal. L'auscultation intermittente consistant à écouter les battements de cœur du fœtus immédiatement après une contraction pendant au moins une minute, ou plus longtemps par monitoring fœtal électronique continu en cas de doute ou de préférence de la parturiente.

Recommandation 3.3

Le premier examen clinique pendant le travail comprend au minimum les éléments suivants : tension artérielle, température, fréquence cardiaque, palpation abdominale, contractions utérines et évaluation des pertes vaginales (PBP).

Fondement

Ce PBP a été adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

La recommandation de la HAS s'appuyait sur les recommandations « Intrapartum Care for healthy women and babies » (National Institute for Health and Care Excellence., 2017), « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010), « Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth » (Spanish National Healthcare System en Espagne, 2010) et « Normal birth » (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012).

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Une évaluation correcte du profil de risque de la parturiente en question est nécessaire pour que l'accouchement se déroule dans un environnement sûr.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Veillez toujours à donner suffisamment d'explications, du temps et à laisser une place à la concertation lorsque certains soins et contrôles sont effectués. Adaptez les soins aux besoins, souhaits et possibilités de la parturiente.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.
- Adaptez toujours l'examen clinique en fonction du stade du travail et en concertation avec la parturiente.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'effectuer les mesures et observations suivantes au cours du premier examen clinique afin d'évaluer le profil de risque de la femme : tension artérielle, température, fréquence cardiaque, palpation abdominale, contractions utérines et évaluation des pertes vaginales. En cas de paramètres anormaux, il convient de réaliser des interventions et/ou des examens complémentaires qui ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 3.4

Un examen vaginal interne (si les membranes ne sont pas rompues) est effectué en concertation avec la parturiente afin d'évaluer le stade du travail de cette dernière (PBP).

Postposez l'examen vaginal si les membranes sont rompues pour limiter au maximum tout risque d'infection. N'effectuez l'examen vaginal interne que si l'état clinique de la parturiente laisse supposer que cette dernière se trouve dans la phase active du travail et avec le consentement exprès de la parturiente (PBP).

Fondement

Ce PBP a été adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

La recommandation de la HAS s'appuyait pour ce faire sur les recommandations « Intrapartum Care for healthy women and babies » (National Institute for Health and Care Excellence, 2017), « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010), « Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth » (Spanish National Healthcare System en Espagne, 2010) et « Normal birth » (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012).

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'une recommandation issue de la recommandation de la HAS, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales. La réalisation d'un examen vaginal peut contribuer à déterminer le stade du travail de la parturiente.
- Un examen vaginal ne peut être effectué qu'après avoir obtenu des informations suffisantes, pesé les avantages et les inconvénients et en concertation avec la parturiente et avec son consentement exprès. Un examen vaginal peut être très désagréable et douloureux pour celle-ci. Soyez toujours conscient de la possibilité d'antécédents difficiles. Ne réalisez donc un examen vaginal qu'en faisant preuve d'une prudence particulière et uniquement si la femme le souhaite et y consent.
- En cas de doute concernant le caractère intact des membranes, avant d'effectuer un examen vaginal, un test de détection du liquide amniotique peut être réalisé. La possibilité de réaliser un test au niveau de l'amnios a été avancée par le groupe de travail mais n'a pas été soutenue par un consensus ou des preuves, ce qui a un impact sur la fourniture d'informations et la prise de décision partagée à cause d'un manque de données probantes concernant l'efficacité, le matériel de test et les coûts.

Applicabilité

- La recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de postposer un examen vaginal en cas de rupture des membranes jusqu'au début du travail actif afin de limiter au maximum tout risque d'infection. La gestion relative à une rupture des membranes >24 heures sans travail actif ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation et figure au programme de recherche. La réalisation d'un examen vaginal interne en cas de membranes intactes peut s'avérer utile pour évaluer le stade du travail de la parturiente. Veillez à ce que soit effectué avec prudence, avec le consentement exprès de la parturiente et précédé d'informations claires en la matière. Il n'est cependant pas indispensable de réaliser un examen vaginal. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 3.5

Lors du premier contact avec la parturiente, parcourez et discutez systématiquement et activement de ses souhaits en matière d'accouchement, de ses attentes, de ses préoccupations, de ses besoins physiques et émotionnels (PBP).

Fondement

Ce PBP a été adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

La recommandation de la HAS s'appuyait sur les recommandations « Intrapartum Care for healthy women and babies » (National Institute for Health and Care Excellence., 2017), « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010), « Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth » (Spanish National Healthcare System en Espagne, 2010) et « Normal birth » (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012).

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Parcourir et discuter avec la parturiente de ses souhaits en matière d'accouchement, de ses attentes, de ses préoccupations, de ses besoins physiques et émotionnels contribuent

à une prestation de soins individualisée et veillent à ce qu'elle se sente entendue et respectée.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Les souhaits relatifs à la naissance, les attentes, les préoccupations, les besoins physiques et émotionnels reflètent les valeurs et les préférences de la femme.
- Il est préférable que la femme et le (les) partenaire(s) de naissance ainsi que le(s) dispensateur(s) de soins qui l'accompagneront pendant l'accouchement formulent leurs souhaits au cours de la période prénatale. Ceci ne relève toutefois pas du champ d'application de la présente recommandation.
- Lors du deuxième tour Delphi, l'utilité et la valeur du fait de parcourir, de discuter, mais aussi et surtout de respecter ces souhaits ont été soulignées. Cela doit être systématiquement intégré dans les soins liés à la naissance en Belgique.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de parcourir et discuter avec la parturiente de ses souhaits en matière d'accouchement, de ses attentes, de ses préoccupations, de ses besoins physiques et émotionnels de manière systématique et active. Ceci est essentiel pour adapter de la manière la plus optimale possible l'accompagnement et le soutien continu aux besoins de la parturiente. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 3.6

Le rasage systématique de la vulve et l'administration en routine d'un lavement ne sont pas recommandés pendant le travail (PBP).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les inconvénients l'emportent clairement sur les avantages. Le rasage systématique de la vulve et l'administration en routine d'un lavement ne sont pas recommandés.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Parcourez et discutez avec la parturiente des avantages et inconvénients si celle-ci opte malgré tout pour un lavement ou un rasage. Après lui avoir donné des informations correctes, respectez la décision de la parturiente si elle souhaite néanmoins un lavement ou un rasage.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Le fait de déconseiller l'intervention permet vraisemblablement d'économiser des coûts.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est déconseillé de pratiquer un lavement en routine ou de raser la vulve en routine pendant le travail. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 4: Quels sont les autres points d'attention dans le cadre de la communication avec la parturiente pendant le travail ?

Recommandation 4

Parcourez et discutez avec la parturiente de l'anxiété et du stress qu'elle ressent (PBP).

Explication

En tant que dispensateur de soins, il est important de toujours être attentif au bien-être psycho-émotionnel de la femme. Une certaine anxiété et un certain stress pendant le travail font partie intégrante du déroulement de l'accouchement. Cependant, le dispensateur de soins doit tenter de comprendre lorsqu'il est question d'anxiété ou de stress extrêmes parce que cela peut avoir un impact défavorable sur le déroulement et l'expérience de l'accouchement. Une bonne communication pendant le travail permet de réduire l'anxiété et le stress (Sutcliffe et al., 2023). Le dispensateur de soins doit être formé à l'évaluation du stress et de l'anxiété ressentis par la parturiente et les personnes qui l'entourent. À mesure que la femme devient plus anxieuse pendant l'accouchement, les personnes qui l'entourent deviennent de plus en plus importantes (Sutcliffe et al., 2023). La présence d'un dispensateur de soins connu et d'un ou plusieurs partenaires de naissance au choix, qui accompagnent la femme tout au long de la grossesse et l'assistent lors de l'accouchement, ainsi que de bonnes informations permettent de réduire l'anxiété et le stress ressentis (Sutcliffe et al., 2023).

En tant que dispensateur de soins, il est essentiel d'écouter activement la femme, de reconnaître et de prendre au sérieux son anxiété et de l'informer de manière neutre et équilibrée sur les prochains stades du travail. Il est recommandé de fournir des informations sur les sujets qui préoccupent la femme. Impliquez également le(s) partenaire(s) de naissance, qui peu(ven)t considérablement influencer les stratégies d'adaptation de la femme. Pendant le travail, la femme doit avoir la possibilité de se sentir soutenue et d'avoir confiance en elle, en son entourage et dans le déroulement de l'accouchement. En tant que dispensateur de soins, il est recommandé d'assurer la continuité des soins, de proposer une assistance en termes de respiration et de relaxation, et de créer un environnement serein. Une pièce calme avec lumière tamisée, musique relaxante et peu de stimuli permettra de réduire le niveau de stress (Nielsen & Overgaard, 2020). Cependant, vérifiez toujours si cela correspond aux souhaits de la parturiente et de son (ses) partenaire(s) de naissance.

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4.

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Parcourir et discuter des aspects psycho-émotionnels est essentiel afin d'adapter le mieux possible les soins à la parturiente. Il faut également pouvoir discuter avec la parturiente et l'interroger précisément sur les craintes, le stress et les préoccupations qu'elle ressent (ou les facteurs de l'accouchement qui l'inquiètent) pour les identifier. C'est essentiel pour pouvoir lui fournir suffisamment d'informations et préparer et soutenir au mieux la parturiente au cours des différents stades de l'accouchement qui suivront afin de pouvoir favoriser une expérience positive de l'accouchement.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Veillez toujours à adopter une attitude d'écoute, de respect et d'empathie.
- La banalisation des émotions négatives s'avère avoir un impact négatif sur les émotions et l'expérience de la parturiente (Kuipers et al., 2023).

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités. Être attentif au bien-être psycho-émotionnel exige du temps de la part du personnel mais réduire l'anxiété et le stress permet vraisemblablement d'améliorer les résultats de l'accouchement.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'être attentif au bien-être psycho-émotionnel de la parturiente lors de l'accompagnement de l'accouchement. Interrogez-la sur son anxiété et son stress et offrez-lui un soutien sur mesure. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 5: Que conseillez-vous à la parturiente au cours de la phase de dilatation en termes de mobilité ?

Recommandation 5

Encouragez la parturiente à bouger et à changer de position au cours de la phase de dilatation (1D).

Explication

Il est important d'encourager la parturiente à continuer de bouger et à changer de position au cours de la phase de dilatation. Pour formuler la recommandation sur la mobilité maternelle, le groupe de projet s'appuie sur la formulation des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) : debout/assise, accroupie, semi-allongée, à genoux, à quatre pattes, allongée et en position de Trendelenburg. Au cours des dernières années, l'impact des mouvements et de la position au cours de la phase de dilatation sur les résultats maternels et fœtaux/néonataux a fait l'objet d'une attention croissante, notamment en raison de l'augmentation du nombre de femmes accouchant sous analgésie locorégionale. Compte tenu de l'effet bénéfique sur la mère et l'enfant, la mobilité est un point essentiel pour toute parturiente, également lorsqu'elle opte pour une analgésie locorégionale. Le fait de bouger et de changer de position pendant le travail modifie les dimensions du bassin, améliore la descente de la tête du fœtus et associe la gravité et la force d'expulsion (Haute Autorité de Santé, 2017 ; Hung et al., 2015).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (2018) se réfèrent aux « Recommandations relatives à l'accélération du travail » de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Les données probantes concernant l'impact de la mobilité et des positions verticales par rapport aux positions allongées/horizontales au cours de la phase de dilatation sont basées sur une revue Cochrane avec méta-analyse regroupant 25 études et 5 218 participantes (Lawrence et al., 2013).

Lawrence et al. (2013) ont rapporté une différence entre le groupe d'intervention (position assise droite, position debout, ou alternance fréquente de position chez des parturientes sans analgésie locorégionale) et le groupe de contrôle (position allongée chez des parturientes sans analgésie locorégionale) sur toute la durée de la phase de dilatation. La phase de dilatation durait en moyenne une heure et 36 minutes de moins dans le groupe intervention, DM -1,36 (IC à 95 % -2,22

à -0,51). La position debout ou assise droite était significativement associée à moins de césariennes, RR 0,71 (IC à 95 % 0,54 à 0,94) et à moins d'analgésie locorégionale, RR 0,81 (IC à 95 % 0,66 à 0,99). Aucune association significative n'a été observée concernant les autres résultats.

Pour les parturientes sous anesthésie locorégionale, aucune association significative n'a été rapportée concernant la durée de la phase d'expulsion, ou d'autres résultats relatifs au bien-être des mères et nouveau-nés.

Après un examen systématique de la littérature, aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4. La recommandation et les fondements correspondants ont, par conséquent, été repris sans modification.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Il est essentiel de bien informer les parturientes afin qu'elles puissent choisir la position qu'elles préfèrent. Encouragez la parturiente à adopter différentes positions au cours de la phase de dilatation et tenez toujours compte de ses souhaits.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'encourager la parturiente à bouger pendant la phase de dilatation et à adopter différentes positions en raison des effets potentiellement bénéfiques sur la durée de la phase de dilatation et sur le mode d'accouchement.

Question clinique 6: Gestion non pharmacologique de la douleur pendant le travail

Recommandation 6

1. Envisagez de proposer à la parturiente les techniques de relaxation suivantes comme moyen non pharmacologique de gestion de la douleur au cours des phases de dilatation et d'expulsion (premier et deuxième stades du travail) :

- **Ballon de grossesse (2C)**
- **Immersion dans l'eau (2D).**
- **Musicothérapie (2C).**
- **Réalité virtuelle (2C).**
- **Douche (2B).**

2. Envisagez de proposer à la parturiente les techniques manuelles suivantes comme moyen non pharmacologique de gestion de la douleur au cours des phases de dilatation et d'expulsion (premier et deuxième stades du travail):

- **Thérapie par le froid (2D).**
- **Massage (2B).**

Explication

Les stratégies non pharmacologiques visant à soulager la douleur pendant le travail sont multiples : les techniques de respiration et de relaxation, le massage, le ballon de grossesse, l'injection de papules d'eau stérile, les facteurs environnementaux, ainsi que la neurostimulation électrique transcutanée (NSTC). Il existe également des thérapies complémentaires et alternatives, comme l'aromathérapie et la réflexologie plantaire par exemple. Bien qu'il existe des études scientifiques démontrant l'efficacité de ces techniques, celles-ci n'ont pas été reprises dans la recherche en raison de la stratégie de recherche utilisée. Il s'agit notamment d'études portant sur des facteurs environnementaux sensoriels tels que la lumière, le bruit ou la température. Le groupe de projet a décidé de limiter les recommandations aux stratégies actuellement utilisées en Belgique, à savoir le ballon de grossesse, la relaxation, l'immersion dans l'eau (bain ou douche), la musicothérapie, la réalité virtuelle (RV), la thérapie par le froid et le massage/la thérapie manuelle.

Immersion dans l'eau, dans une baignoire ou sous une douche

- Pour les femmes à bas risque obstétrical, la chaleur représente un moyen efficace de gestion de la douleur pendant le travail sans prendre de médicaments, aucune indication

d'effets défavorables pour la femme et le nouveau-né n'ayant été rapportées (Haute Autorité de Santé, 2017).

- La baignoire peut être remplie jusqu'à la poitrine de la femme lorsqu'elle y est installée (NHS Lanarkshire, 2020).
- La température de l'eau et celle de la parturiente doivent être contrôlées toutes les 30 minutes, la température de l'eau ne pouvant pas dépasser 37,0°C (NHS Lanarkshire, 2020).
- La femme doit pouvoir bouger librement dans la baignoire/douche afin de bénéficier d'un confort maximal lors de l'intervention (NHS Lanarkshire, 2020).
- La parturiente doit boire suffisamment d'eau pour compenser la déshydratation due à la chaleur (NHS Lanarkshire, 2020).

Musicothérapie

- La musicothérapie consiste à écouter de la musique au cours des différents stades de l'accouchement.
- La parturiente choisit sa propre musique, mais la littérature révèle que des rythmes doux, relaxants et réguliers, sans changements extrêmes de dynamique, veillent à réduire la douleur et l'anxiété (Simavli et al., 2014).

Réalité virtuelle.

- Le recours à la technologie de réalité virtuelle (RV) augmente dans les soins de santé en raison de son impact prouvé sur la réduction de la douleur et de l'anxiété, ainsi que de la baisse du prix d'achat de la technologie et des outils correspondants tels que les lunettes de RV (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- La RV modifie le traitement des stimuli nociceptifs par la stimulation du cortex visuel, tout en activant également les autres sens. Les images fonctionnelles par résonance magnétique montrent que la RV a des effets similaires à ceux des opiacés sur le cortex insulaire et sensoriel (Baradwan et al., 2022).

Thérapie par le froid

- La thérapie par le froid peut être utilisée à la fois lors des phases de dilatation et d'expulsion. Pendant la phase de dilatation, une poche de glace peut être placée sur le bas du dos et l'abdomen de la parturiente pendant 10 minutes. Au cours de la phase d'expulsion, une poche de glace peut être placée au niveau du périnée pendant cinq minutes. Cette technique peut être répétée toutes les 15 minutes. La thérapie par le froid n'a pas d'impact sur le statut périnéal (Shirvani et al., 2014).
- Voor vrouwen met een laag verloskundig risico is warmte een effectieve vorm van niet-medicamenteuze pijnstilling tijdens de bevalling waarbij er geen aanwijzingen zijn voor nadelige gevolgen voor de vrouw en de neonat (Haute Autorité de Santé, 2017).
- Het bad mag gevuld worden tot aan de borst van de vrouw, wanneer zij in het bad zit (NHS Lanarkshire, 2020).
- De temperatuur van het water en de vrouw moet elke 30 minuten opgevolgd worden, waarbij de watertemperatuur niet hoger mag zijn dan 37,0°C (NHS Lanarkshire, 2020).
- De vrouw moet vrij in bad/ douche kunnen bewegen om maximaal comfort te hebben van de interventie (NHS Lanarkshire, 2020).
- De vrouw moet voldoende water drinken om het vochtverlies door warmte te compenseren (NHS Lanarkshire, 2020).

Muziektherapie

- Muziektherapie bestaat uit het beluisteren van muziek tijdens de verschillende fasen van de bevalling.
- De vrouw kiest haar eigen muziek, maar literatuur wijst uit dat zachte, ontspannende, regelmatige ritmische patronen zonder extreme veranderingen in dynamiek, voor een verlaging van pijn en angst zorgen (Simavli et al., 2014).

Virtuele realiteit

- Het gebruik van virtuele realiteit (VR) technologie neemt toe in de gezondheidszorg door het bewezen effect op het verlagen van pijn en angst en daling van de aankoop prijs van de technologie en bijbehorende tools zoals VR-brillen (World Health Organization, 2018).
- VR verandert de verwerking van de nociceptieve stimuli door stimulatie van de visuele cortex, terwijl ook de andere zintuigen worden geactiveerd. Functionele magnetische resonantie-scans tonen aan dat VR vergelijkbare effecten heeft op de insulaire en sensorische cortex als opioïden (Baradwan et al., 2022).

Koudetherapie

- Koudetherapie kan zowel in de ontsluitings- als de uitdrijvingsfase worden toegepast. In de ontsluitingsfase kan een ijspak gedurende 10 minuten op de onderrug en buik worden gelegd van de vrouw. Tijdens de uitdrijvingsfase kan een ijspak gedurende vijf minuten ter hoogte van het perineum gelegd worden, dit mag elke 15 minuten herhaald worden. Koudetherapie heeft geen invloed op de perineale status Shirvani & Ganji, 2014)

Fondement

Les recommandations ont été adaptées à partir des recommandations de l’OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l’étape 5.

Cette recommandation fait une distinction entre les techniques de relaxation et les techniques manuelles comme moyen non pharmacologique de gestion de la douleur. Une étude qualitative révèle que les techniques de relaxation et les techniques manuelles soulagent la douleur et améliorent l’expérience de l’accouchement de la parturiente (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Les recommandations de l’OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) incluaient une revue Cochrane avec méta-analyse sur l’impact des techniques de relaxation sur les résultats de l’accouchement (Smith et al., 2011) et une méta-analyse sur les techniques manuelles (Smith et al., 2018).

Smith et al. (2011) ont inclus 15 études regroupant 2 248 participantes et les techniques de relaxation consistaient en des techniques de relaxation générales, de la musique, du yoga et de la pleine conscience. La méta-analyse de Smith et al. (2018) incluait 12 études regroupant 1 024 femmes et les techniques manuelles consistaient en des massages et l’application de chaleur. Smith et al. (2018) ont conclu que tant les techniques de relaxation que les techniques manuelles étaient significativement associées à un impact positif sur les résultats de l’accouchement, comme la douleur, DMS -1,49 (IC à 95 % -2,85 à -0,13).

Un examen systématique de la littérature a été effectué. Quatre méta-analyses et sept ECR ont été inclus (Baradwan et al., 2022 ; Buglione et al., 2020 ; Chuang et al., 2019 ; Cluett et al., 2018 ;

Ebrahimian et al., 2022 ; Grenvik et al., 2022 ; Lee et al., 2019 ; Shirvani & Ganji, 2014 ; Silva Gallo et al., 2013 ; Simavli et al., 2014 ; Taavoni et al., 2011). La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, puis formuler un niveau de preuve GRADE. Les études sont expliquées ci-dessous par intervention et les résultats sont présentés par critère d'évaluation.

Compte tenu de l'ampleur des données, il a été décidé de décrire uniquement les résultats significatifs. L'aperçu complet des résultats est présenté dans les tableaux GRADE à l'Annexe 7, à partir du point 3.5.

Intervention 1 : Avec ou sans ballon de grossesse

Une méta-analyse (Grenvik et al., 2022) et un ECR (Taavoni et al., 2011) ont été inclus à partir de l'examen complémentaire de la littérature.

- Grenvik et al. (2022) ont inclus sept ECR regroupant 533 participantes.
- Taavoni et al. (2011) ont inclus 62 participantes.

Critères d'évaluation maternels

Douleur

- Taavoni et al. (2011) ont étudié la gestion de la douleur 30, 60 et 90 minutes après l'utilisation du ballon de grossesse (pendant un minimum de 30 minutes). L'utilisation du ballon de grossesse était significativement associée à des scores de douleur plus faibles (EVA 0-10), par rapport aux participantes n'ayant pas utilisé de ballon de grossesse, niveau de preuve raisonnable.
 - Douleur après 30 minutes : DM -2,11 (IC à 95 % -1,23 à -2,98)
 - Douleur après 60 minutes : DM -2,13 (IC à 95 % -1,39 à -2,86)
 - Douleur après 90 minutes : DM -1,72 (IC à 95 % -0,99 à -2,44)
- Le ballon de grossesse était significativement associé à moins de douleur dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle, DM -1,70 (IC à 95 % -2,81 à -0,59) (Grenvik et al., 2022), niveau de preuve raisonnable.

Intervention 2 : Avec ou sans thérapie par le froid

Une étude portant sur l'intervention de la thérapie par le froid a été incluse à partir de l'examen complémentaire de la littérature.

L'ECR de Shirvani et al. (2014) incluait 64 participantes. Le groupe d'intervention a bénéficié d'une thérapie par le froid sous la forme de poches de glace placées sur le bas du dos et l'abdomen pendant 10 minutes au cours de la phase de dilatation. Lors de la phase d'expulsion, le groupe d'intervention a bénéficié d'une poche de glace au niveau du périnée pendant 5 minutes, et ce toutes les 15 minutes. Le groupe de contrôle n'a pas bénéficié de thérapie par le froid.

Critères d'évaluation maternels

Douleur

- La thérapie par le froid montrait une différence significative avec une diminution du score de douleur (EVA 0-10) pendant la phase active et la phase d'expulsion du travail, avec une moyenne de 1,43 points (IC à 95 % -0,54 à -2,31) pendant la phase active et une moyenne de 2,85 points (IC à 95 % -2,15 à -3,54) pendant la phase d'expulsion par rapport au groupe de contrôle (Shirvani & Ganji, 2014), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement

- La thérapie par le froid montrait une différence significative avec une durée plus courte de la phase de dilatation, de la phase d'expulsion et de la période de délivrance par rapport au groupe de contrôle (Shirvani & Ganji, 2014), niveau de preuve faible.
 - Durée de la phase de dilatation (en minutes), DM -83,47 (IC à 95 % -127,32 à -39,61).
 - Durée de la phase d'expulsion (en minutes), DM -9,03 (IC à 95 % -14,68 à -3,38).
 - Durée de la période de délivrance (en minutes), DM -5,53 (IC à 95 % -7,43 à -3,62).

Intervention 3 : Avec ou sans immersion dans l'eau

Une étude portant sur l'intervention de l'immersion dans l'eau a été incluse à partir de l'examen complémentaire de la littérature.

- Cluett et al. (2018) ont inclus 15 ECR regroupant 3 663 participantes. Cette méta-analyse faisait une distinction entre l'immersion dans l'eau pendant la phase de dilatation et pendant la phase d'expulsion.

Résultats maternels pendant la phase de dilatation de l'accouchement

Douleur

- L'immersion dans l'eau montrait une différence significative sur la diminution du score de douleur (EVA 1-10) par rapport au groupe de contrôle, différence moyenne de 0,81 points (IC à 95 % -1,34 à -0,28) (Cluett et al., 2018), niveau de preuve raisonnable.
- L'immersion dans l'eau montrait une différence significative avec une utilisation inférieure de l'analgésie locorégionale par rapport au groupe de contrôle, RR 0,91 (IC à 95 % 0,83 à 0,99) (Cluett et al., 2018), niveau de preuve très faible.

Intervention 4 : Avec ou sans massage

Une étude portant sur l'intervention du massage (Silva Gallo et al., 2013) a été incluse à partir de l'examen complémentaire de la littérature. Celle-ci incluait 46 participantes. Le groupe d'intervention a bénéficié d'un massage lombaire pendant 30 minutes par un kinésithérapeute. Le groupe de contrôle n'a pas eu de massage.

Critères d'évaluation maternels

Douleur

- Le massage a entraîné une diminution significative du score de douleur (EVA 0-100), score moyen 20 (IC à 95 % -30,5 à -9,49) (Silva Gallo et al., 2013), niveau de preuve raisonnable.

Durée de l'accouchement

- Le massage a entraîné une durée du travail significativement plus longue, moyenne de 1,10 h (IC à 95 % 0,18 à 2,02) (Silva Gallo et al., 2013), niveau de preuve raisonnable.

Intervention 5 : Avec ou sans musicothérapie

Deux ECR (Buglione et al. 2020 ; Simavli et al., 2014) et une méta-analyse (Chuang et al., 2019) portant sur l'intervention de la musicothérapie ont été inclus à partir de l'examen complémentaire de la littérature. La musicothérapie consistait à écouter de la musique au cours des différents stades de l'accouchement.

- L'ECR de Simavli et al. (2014) incluait 156 participantes.
- L'ECR de Buglione et al. (2020) incluait 30 participantes.
- La méta-analyse de Chuang et al. (2019) incluait cinq études regroupant 392 primipares.

Résultats maternels

Douleur au cours de la phase de latence du travail

- Simavli et al. (2014) ont rapporté une différence significative en termes de douleur pendant la phase de latence du travail en cas de musicothérapie, DM -0,75 (IC à 95 % -0,047 à -1,05) (Simavli et al., 2014), niveau de preuve raisonnable.

Durée de l'accouchement

- Simavli et al. (2014) ont rapporté une durée significativement plus courte de la phase active du travail et de la phase d'expulsion en cas de musicothérapie, différence moyenne de 9,14 et 5,7 minutes, respectivement (Simavli et al., 2014), niveau de preuve faible.
- Concernant la durée totale de l'accouchement, la phase dilatation, la phase d'expulsion et la période de délivrance, aucune différence moyenne de la durée de l'accouchement n'a été mesurée entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle (Buglione et al., 2020 ; Simlavi et al., 2014), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement

- Un lien significatif a été établi entre la musicothérapie et l'accouchement spontané par voie basse, RR 1,08 (IC à 95 % 1,09 à 1,16), mais aucun lien significatif entre la musicothérapie et l'extraction instrumentale ou la césarienne (Simavli et al., 2014), niveau de preuve raisonnable.

Intervention 6 : Avec ou sans réalité virtuelle

Deux études portant sur l'intervention de la réalité virtuelle (RV) ont été incluses à partir de l'examen complémentaire de la littérature.

- Baradwan et al. (2022) ont inclus huit ECR regroupant 466 participantes. Six ECR montraient des photos de paysages naturels, tels que des chutes d'eau, des rivières, des lacs et des rivages. Les deux autres ECR montraient des photos de nouveau-nés.

- Ebrahimian et al. (2022) ont inclus 62 participantes. Les photos de paysages naturels ont été montrées à deux reprises, la première fois au début de la phase active et la deuxième fois à une dilatation d'environ sept à huit centimètres, pendant 20 minutes.

Critères d'évaluation maternels

Douleur

- La méta-analyse de Baradwan et al. (2022) a été mise à jour avec l'ECR d'Ebrahimian et al. (2020). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait une différence moyenne significative en termes de score EVA (0-10) entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, DM -1,25 (IC à 95 % -1,74 à -0,76), niveau de preuve raisonnable.

Intervention 7 : Avec ou sans douche

Une étude portant sur l'intervention de la douche a été incluse à partir de l'examen complémentaire de la littérature.

Lee et al. (2013) ont inclus 80 participantes. L'intervention consistait à prendre une douche de 20 minutes, dont cinq minutes d'eau sur tout le corps ou le bas du dos et 15 minutes pendant lesquelles les participantes dirigeaient le jet sur la zone du corps qui leur semblait la plus confortable. Les participantes pouvaient se tenir debout ou s'asseoir à leur guise. L'eau était contrôlée en permanence et maintenue à une température de 37°C.

Critères d'évaluation maternels

Douleur

- L'impact d'une douche chaude sur le score de douleur (EVA 1-10) était significativement plus élevé par rapport au groupe de contrôle qui n'avait pas pris de douche chaude. La différence moyenne en termes de scores EVA à différents moments et stades de dilatation était :
 - 10 minutes après l'intervention, à 4 cm, DM -1,08 (IC à 95 % -0,29 à -1,86).
 - 20 minutes après l'intervention, à 4 cm, DM -0,72 (IC à 95 % -0,06 à -1,50).
 - 10 minutes après l'intervention, à 7 cm, DM -2,04 (IC à 95 % -1,13 à -2,77).
 - 20 minutes après l'intervention, à 7 cm, DM -1,75 (IC à 95 % -1,03 à -2,46).
 (Lee et al., 2013), niveau de preuve raisonnable.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve faible à élevé.
- Il existe des indications selon lesquelles un bain, un ballon de grossesse, la musicothérapie, la RV, la thérapie par le froid, une poche de chaud/froid, une douche et un massage permettent de soulager la douleur pendant le travail. Leur efficacité doit cependant être interprétée avec précaution car il existe actuellement peu de littérature scientifique avec un niveau de preuve élevé.
- Équilibre entre avantages et inconvénients :

Équilibre entre avantages et inconvénients

- La plupart des moyens non pharmacologiques de gestion de la douleur sont non invasifs et ne semblent pas être défavorables pour la parturiente et le nouveau-né.
- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- Les recommandations peuvent varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Il est recommandé aux dispensateurs de soins de manifester de l'empathie face à la douleur de la parturiente et de s'enquérir de ses choix éventuels quant à la prise en charge de cette douleur.
- Il est recommandé de respecter les choix posés par la parturiente concernant la gestion de la douleur ainsi que les éventuels changements d'option pendant la phase de dilatation, pour autant que les interventions soient possibles dans le cadre de l'organisation.

Applicabilité

- Les recommandations sont applicables aux soins liés à la naissance en Belgique.
- Les recommandations sont vraisemblablement acceptables pour les parties prenantes.
- Les interventions telles que la RV, le ballon de grossesse la poche de glace, le bain ou la douche doivent cependant être présentes et/ou disponibles dans l'environnement où l'accouchement a lieu.
- L'hygiène et l'entretien des interventions doivent faire l'objet d'un suivi.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, de proposer à la fois des techniques manuelles et de relaxation à la parturiente afin de soulager la douleur pendant l'accouchement. Manifestez toujours de l'empathie face à la douleur de la parturiente et interrogez-la sur ses choix éventuels quant à la prise en charge de cette douleur. Respectez les choix de la parturiente quant au soulagement de la douleur ainsi que les éventuels changements d'option.

Question clinique 7: Gestion pharmacologique de la douleur pendant le travail

Recommandation 7

Si la parturiente le souhaite, un moyen pharmacologique de gestion de la douleur, à l'aide d'une analgésie locorégionale, peut être utilisé à chaque stade du travail. Elle doit être suffisamment informée à ce sujet (1D).

Explication

chaque femme, mais elle fait partie intégrante de l'accouchement. Certaines femmes ressentent des douleurs très intenses, tandis que d'autres estiment que la douleur est gérable et supportable.

Diverses interventions médicamenteuses sont disponibles. Une revue Cochrane (Jones et al., 2012) donne un aperçu des différentes interventions, dont l'analgésie locorégionale.

En accord avec le GDR, la recherche en matière d'analgésie pharmacologique a été strictement limitée à l'analgésie locorégionale. Lors de l'analyse des obstacles, aucune question concernant d'autres formes d'analgésie pharmacologique n'a été soulevée et la principale préoccupation concernait la mobilité en association avec l'analgésie locorégionale.

Pour ces recommandations, l'impact de la gestion pharmacologique de la douleur sous forme d'analgésie locorégionale (anesthésie péridurale) lors d'accouchements à bas risque obstétrical a été examiné dans le cadre des résultats de l'accouchement.

Informations concernant l'analgésie locorégionale pour la parturiente

Lorsque vous interrogez la parturiente au sujet de l'analgésie locorégionale pendant le travail, donnez-lui suffisamment d'informations, discutez des avantages et des inconvénients, ainsi que des alternatives. Demandez-lui son avis, laissez-lui le temps de réfléchir et d'exprimer à nouveau sa préférence. Idéalement, la femme doit être informée pendant la grossesse de l'existence de l'analgésie locorégionale, des avantages et inconvénients de celle-ci, et de la nécessité d'un suivi plus strict.

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

La recommandation incluait une revue Cochrane avec méta-analyse examinant l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie locorégionale pendant le travail (Anim-Somuah et al., 2011).

La méta-analyse incluait 38 études regroupant un total de 9 658 participantes (Anim-Somuah et al., 2011). Une mise à jour de cette revue Cochrane avec méta-analyse a été réalisée en 2018 (Anim-Somuah et al., 2018). Sept ECR ont été inclus dans celle-ci, avec un total de 897 participantes. Les auteurs ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence

d'analgésie ou de placebo au cours des phases de dilatation et d'expulsion. L'analgésie locorégionale était significativement associée à un nombre moins élevé de césariennes, RR 0,46 (IC à 95 % 0,23 à 0,9). Aucun lien significatif n'a été établi avec le risque d'extraction instrumentale, RR 3,41 (IC à 95 % 0,62 à 18,8), de nécessité d'analgésie supplémentaire, RR 0,14 (IC à 95 % 0,02 à 1,14), de fièvre maternelle, RR 11 (IC à 95 % 0,36 à 191,69), de nausées chez la mère, RR 11 (IC à 95 % 0,63 à 193,80). L'analgésie locorégionale ne montrait aucune différence significative sur la durée des premier et deuxième stades du travail, DM -55,09 (IC à 95 % -186,26 à 76,09) et DM 7,66 (IC à 95 % -6,12 à 21,45) par rapport à l'absence d'analgésie. La prudence est de mise dans le cadre de l'interprétation de ces données, étant donné que la méta-analyse incluait des femmes à la fois avec un travail spontané ou induit, sans sous-analyses des deux groupes. On ne sait donc pas exactement combien de participantes ont accouché spontanément ou après induction. L'induction ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation. Une mise à jour de cette revue Cochrane avec méta-analyse a été réalisée en 2018. Sept ECR ont été inclus dans celle-ci, avec un total de 897 participantes (Anim-Somuah et al., 2018). Les auteurs ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie ou de placebo au cours des phases de dilatation et d'expulsion. L'analgésie locorégionale était significativement associée à un risque plus faible de césariennes, RR 0,46 IC à 95 % 0,23 à 0,9). Aucun lien significatif n'a été établi avec le risque d'extraction instrumentale, RR 3,41 (IC à 95 % 0,62 à 18,8), de nécessité d'analgésie supplémentaire, RR 0,14 (IC à 95 % 0,02 à 1,14), de fièvre maternelle, RR 11 (IC à 95 % 0,36 à 191,69), de nausées chez la mère, RR 11 (IC à 95 % 0,63 à 193,80), ou avec la durée des premier et deuxième stades du travail, DM -55,09 (IC à 95 % -186,26 à 76,09) et DM 7,66 (IC à 95 % -6,12 à 21,45) (Anim-Somuah et al., 2018). La prudence est de mise dans le cadre de l'interprétation de ces données, étant donné que la méta-analyse incluait des femmes à la fois avec un travail spontané ou induit, sans sous-analyses des deux groupes. On ne sait donc pas exactement combien de participantes ont accouché spontanément ou après induction. L'induction ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Une étude de cohorte longitudinale comparative (Adams et al., 2015), et quatre études de cohorte rétrospectives (Baczek et al., 2022 ; Cheng et al., 2014 ; Srebnik et al., 2020 ; Yin & Hu, 2019) ont été incluses. Toutes les études portaient sur des accouchements à bas risque et l'analgésie péridurale. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Adams et al. (2015) ont inclus 1 835 participantes et ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
- Baczek et al. (2022) ont inclus 27 340 participantes et ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
- Cheng et al. (2014) ont inclus 42 268 participantes et ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
- Srebnik et al. (2019) ont inclus 25 643 participantes et ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
- Yin & Hu (2019) ont inclus 506 participantes et ont étudié l'impact de l'analgésie locorégionale par rapport à l'absence d'analgésie au cours des phases de dilatation et d'expulsion.

La méta-analyse d'Anim-Somuah et al. (2018) a été mise à jour, dans la mesure du possible, à l'aide des études précitées. Le nouveau critère d'effet cumulé a été utilisé pour le système GRADE. Certains résultats ne répondaient pas aux exigences d'une méta-analyse dont les résultats sont présentés de manière narrative. Le tableau GRADE figure à [l'Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle: Fièvre maternelle

- L'analgésie locorégionale était significativement associée à une fièvre maternelle plus élevée (37,5°C), OR 3,14 (IC à 95 % 1,48 à 6,67) (Yin & Hu., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle: Quantité de perte de sang maternel en ml

- Baczek et al. (2022) ont rapporté une perte de sang significativement moins élevée en cas d'analgésie locorégionale, la différence moyenne en termes de saignements était de 40,4 ml moins élevée (IC à 95 % -36,9 à -43,8) dans le groupe d'intervention (Baczek et al., 2022), niveau de preuve très faible.
- L'analgésie locorégionale était significativement associée à davantage d'hémorragies du post-partum >500 ml, OR 1,52 (IC à 95 % 1,4 à 1,67) (Srebnik et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Nature de l'accouchement : Accouchement spontané par voie basse

- Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'analgésie régionale et l'accouchement spontané par voie basse, OR 0,46 (IC à 95 % 0,20 à 1,03) (Srebnik et al., 2020 ; Yin & Hu, 2019), niveau de preuve très faible.

Nature de l'accouchement : Extraction instrumentale

- La méta-analyse (Anim-Somuah et al., 2018) réalisée à partir de la recommandation adaptée a été mise à jour à l'aide de données de quatre études (Adams et al., 2015 ; Baczek et al., 2022 ; Srebnik et al., 2020 ; Yin & Hu, 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'analgésie régionale et l'extraction instrumentale, OR 3,13 (IC à 95 % 2,46 à 3,97), niveau de preuve raisonnable.

Nature de l'accouchement : Césarienne

- La méta-analyse (Anim-Somuah et al., 2018) réalisée à partir de la recommandation adaptée a été mise à jour à l'aide de données de trois études (Baczek et al., 2022 ; Srebnik et al., 2020 ; Yin & Hu, 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'analgésie régionale et la césarienne, OR 0,43 (IC à 95 % 0,06 à 2,95), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Phase de dilatation en minutes

- La méta-analyse (Anim-Somuah et al., 2018) réalisée à partir de la recommandation adaptée a été mise à jour à l'aide de données de deux études (Baczek et al., 2022 ; Yin & Hu, 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucune différence significative entre les groupes, DM 37,28 minutes (IC à 95 % -220,60 à 295,17), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Phase d'expulsion en minutes

- La méta-analyse (Anim-Somuah et al., 2018) réalisée à partir de la recommandation adaptée a été mise à jour à l'aide de données de trois études (Baczek et al., 2022; Liu et al., 2010; Yin & Hu, 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucune différence significative entre les groupes sur la durée du deuxième stade du travail, DM 6,75 minutes (IC à 95 % -0,45 à 13,95), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Phase d'expulsion prolongée

- Un lien significatif a été établi entre l'analgésie régionale et une phase d'expulsion prolongée, OR 2,26 (IC à 95 % 2,00 à 2,50) (Srebnik et al., 2020), niveau de preuve élevé.

Durée de l'accouchement : Période de délivrance en minutes

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'analgésie régionale et la durée de la période de délivrance, DM 1 h (IC à 95 % -0,18 à 2,18) (Baczek et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Durée totale de l'accouchement

- Les données probantes concernant l'impact de l'analgésie locorégionale sur la durée totale de l'accouchement sont incohérentes. L'étude de Yin & Hu (2019) montre un lien significatif entre l'analgésie locorégionale et une durée plus longue de l'accouchement, différence moyenne 328,9 minutes (IC à 95 % 259,6 à 407,3). L'étude de Baczek et al. (2022) ne révélait aucun lien significatif, DM 49 minutes (IC à 95 % -588 à 490), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure du périnée

- Un lien significatif a été établi entre l'analgésie régionale et la déchirure du périnée, OR 2,19 (IC à 95 % 2,04 à 2,36) (Adams et al., 2015), niveau de preuve élevé.

Statut périnéal : Épisiotomie

- Un lien significatif a été établi entre l'analgésie régionale et l'épisiotomie, OR 5,54 (IC à 95 % 5,17 à 5,93) (Baczek et al., 2022), niveau de preuve élevé.

Morbidité néonatale : Admission en UNSI

- Les données probantes concernant l'impact de l'analgésie locorégionale sur le nombre d'admissions en UNSI sont incohérentes. Deux études n'ont rapporté aucun lien significatif entre l'analgésie locorégionale et une admission en UNSI, ORa 1,21 (IC à 95 % 0,9 à 1,63) et OR 1,31 (IC à 95 % 0,82 à 2,1) (Srebnik et al., 2020 ; Yin & Hu, 2019), une seule étude (Adams et al., 2015) a rapporté un lien significatif, OR 3,38 (IC à 95 % 1,95 à 5,78), niveau de preuve très faible.

Les nouveaux critères d'effet cumulé montraient une différence significative entre les groupes avec et sans analgésie locorégionale, avec un risque plus élevé d'extractions instrumentales dans le groupe sous analgésie locorégionale. Une différence significative a en outre été observée entre les groupes, avec, dans le groupe sous analgésie locorégionale, un risque plus élevé de température corporelle maternelle >37,5°C pendant le travail, un risque plus élevé de HPP (bien qu'il n'y ait pas de différence significative en termes de nombre de millilitres de perte de sang entre les groupes), un risque plus élevé de déchirure du périnée et d'épisiotomie. Les données probantes concernant l'impact de l'analgésie locorégionale sur la durée totale de l'accouchement et l'admission du nouveau-né en UNSI sont incohérentes.

Les résultats doivent être replacés dans le contexte dans lequel la parturiente demande une analgésie locorégionale.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques.
- Dans le cadre du choix d'une analgésie pharmacologique, l'analgésie locorégionale semble être l'option la plus efficace (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- La demande d'une analgésie locorégionale doit venir de la parturiente.

Applicabilité

- La recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires ne sont vraisemblablement pas limités.
- Davantage de moyens sont nécessaires pour sa mise en œuvre et la surveillance des éventuels effets secondaires plus fréquents en cas d'analgésie régionale qu'en cas d'interventions non pharmacologiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement recommandé de soutenir la parturiente dans son choix d'une analgésie locorégionale pendant le travail. L'analgésie locorégionale semble être une intervention sûre pour soulager la douleur pendant le travail, tout en accordant une attention particulière aux risques accrus sur les résultats de l'accouchement. Il est nécessaire d'informer suffisamment la parturiente au sujet des avantages et inconvénients de l'analgésie locorégionale ainsi que sur les alternatives, de lui accorder le temps de la réflexion et de la laisser exprimer sa préférence pour aboutir à une décision.

Question clinique 8: Quand réaliser un examen vaginal au cours de la phase de dilatation?

Recommandation 8

- 1. Effectuez toujours un examen vaginal interne en concertation avec la parturiente (PBP).**
- 2. Réalisez un examen vaginal interne uniquement en cas d'indication spécifique au cours de la phase de latence du travail (PBP).**
- 3. Limitez l'examen vaginal interne à une fois toutes les quatre heures au cours de la phase active du travail, sauf indications spécifiques ou demande de la parturiente (PBP).**

Explication

Aucune preuve directe n'a été incluse concernant l'efficacité et la fréquence optimale de l'examen vaginal. Les auteurs de la revue Cochrane avec méta-analyse (Downe et al., 2013) qui a été incluse dans la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017), ont constaté que la réalisation d'un examen vaginal est extrêmement répandue et largement utilisée dans le monde entier alors qu'il n'existe aucune preuve scientifique de son efficacité. Il est primordial de réduire la fréquence au minimum lorsque des facteurs de risque d'infection sont présents, tels qu'une rupture prolongée des membranes et une longue durée du travail.

Il est essentiel de veiller au bien-être de la parturiente lors d'un examen vaginal. Il est également important que les examens vaginaux soient pratiqués uniquement sur indication. Dans une étude transversale exploratoire regroupant 159 participantes, 35,2 % d'entre elles ont rapporté une expérience négative de l'examen vaginal. Ces femmes déclaraient avoir ressenti de la douleur et de la honte, avoir été incapables de se détendre et ne pas s'être senties respectées et ne pas avoir eu la possibilité d'interrompre l'examen vaginal (de Klerk et al., 2018). Les mêmes conclusions ont été tirées d'une étude phénoménologique qualitative, dans laquelle les participantes ont rapporté des sensations et sentiments négatifs tels que la douleur, la honte et l'anxiété au cours d'un examen vaginal (Teskereci et al., 2020).

Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif de l'examen vaginal, de ses avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Elle doit, dans ce cadre, disposer de suffisamment de temps pour prendre une décision et donner son consentement exprès.

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4.

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.
- Aucune preuve directe n'a été incluse concernant l'efficacité des examens vaginaux sur les résultats de l'accouchement et concernant la fréquence des examens vaginaux, malgré qu'il s'agisse d'une intervention bien intégrée dans les soins liés à la naissance en Belgique.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En défaveur de l'examen vaginal. La réalisation d'un examen vaginal peut être utile dans certaines circonstances telles que décrites dans l'explication, mais celui-ci doit toujours être effectué en concertation avec la femme, et les sentiments et le consentement éclairé de la femme doivent toujours être pris en considération.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Le GDR est conscient que la fréquence de l'examen vaginal dépend du contexte et de l'évolution du travail. Des examens vaginaux plus fréquents sont justifiés en présence de certaines indications non physiologiques qui ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation (de Klerk et al., 2018).
- Des examens vaginaux par différents dispensateurs de soins plus ou moins au même moment doivent toujours être évités. Le GDR constate que cette pratique est courante dans des établissements où plusieurs membres du personnel ou étudiants réalisent des examens vaginaux à des fins d'apprentissage.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de toujours effectuer un examen vaginal en concertation avec la parturiente et de toujours tenir compte du bien-être de cette dernière avant et pendant l'examen vaginal.

Sur la base d'un consensus d'experts, il est déconseillé de pratiquer un examen vaginal au cours de la phase de latence du travail, sauf indication spécifique.

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de limiter l'examen vaginal à une fois toutes les quatre heures au cours de la phase active du travail, sauf indications spécifiques telles que certains signes, le besoin involontaire de pousser, des signes de détresse fœtale et d'autres indications non physiologiques qui ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation, ou à la demande de la parturiente. Ces recommandations ont été rédigées conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 9: Est-il recommandé de percer en routine les membranes lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 9

La rupture artificielle des membranes pratiquée en routine ou de manière systématique n'est pas recommandée en cas d'accouchement à bas risque (1B).

Explication

Le but premier d'une amniotomie, c'est-à-dire la rupture artificielle des membranes, est d'accélérer les contractions et, par conséquent, de réduire potentiellement la durée du travail. Ces dernières années, l'amniotomie était une pratique courante dans de nombreux pays. Il n'existe cependant aucune preuve soutenant qu'une amniotomie (soit seule, soit à l'ocytocine, soit comme élément de la gestion active) doit être pratiquée en routine chez les parturientes ne présentant pas de retard dans la progression du travail (Mambourg et al., 2010).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) et des recommandations de l'OMS : « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Ces recommandations ont inclus la même revue Cochrane avec méta-analyse étudiant l'impact de l'amniotomie sur la réduction de la durée du travail spontané (Smyth et al., 2013). Les auteurs ont inclus 15 ECR regroupant 5 883 participantes et n'ont montré aucun lien significatif entre la rupture artificielle des membranes et la durée de l'accouchement, DM -20,43 min. (IC à 95 % -95,93 à -55,06), les césariennes, RR 1,27 (IC à 95 % 0,99 à 1,63) et un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes, RR 0,57 (IC à 95 % 0,31 à 1,06).

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué au niveau de la recommandation en raison de la pertinence et des controverses qui existent dans la pratique. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6. Une étude observationnelle rétrospective (Iobst et al., 2019) a été incluse.

- Iobst et al. (2019) ont inclus 26 259 femmes au total et ont étudié l'impact d'une rupture artificielle des membranes sans aucune autre intervention en vue d'accélérer le travail chez des femmes à bas risque obstétrical sur le nombre de césariennes

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les études sont expliquées ci-dessous par intervention et les résultats sont présentés par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critère d'évaluation maternel

Nature de l'accouchement : césarienne

- Un lien significatif a été établi entre l'amniotomie et la césarienne, ORa 1,57 (IC à 95 % 1,28 à 1,98) (Adams et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve raisonnable.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En défaveur de l'intervention.
- Une rupture artificielle des membranes ne semble pas améliorer les résultats de l'accouchement (Smyth et al., 2013). L'examen complémentaire de la littérature montre un lien positif entre la rupture artificielle des membranes et une augmentation du nombre de césariennes (Iobst, et al., 2019).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Il est fortement déconseillé, avec un niveau de preuve raisonnable, de pratiquer une rupture artificielle des membranes en routine ou systématique en cas de déroulement normal du travail.

Question clinique 10: Comment gérer la miction lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 10

- 1. À tous les stades de l'accouchement, encouragez la parturiente à uriner régulièrement, même en présence d'une analgésie locorégionale (PBP).**
- 2. Si la parturiente ne parvient pas à uriner spontanément, proposez un sondage vésical unique toutes les quatre heures ou en cas de suspicion de globe vésical. Cela s'applique tant aux femmes avec que sans analgésie locorégionale (PBP).**
- 3. Il est déconseillé d'effectuer un sondage systématique unique juste avant l'expulsion chez une parturiente capable d'uriner spontanément (PBP).**

Explication

Il est important d'informer suffisamment la femme au sujet de la miction. Une vessie pleine entrave la descente du fœtus dans le bassin au cours des phases de dilatation et d'expulsion, et peut accroître le risque de durée prolongée des phases de dilatation et d'expulsion (Dempsey et al., 2020 ; Rivard et al., 2012 ; Suleiman et al., 2018 ; Wilson et al., 2015). Il est important d'inciter la parturiente à uriner régulièrement pendant le travail, car cela favorise le processus naturel de l'accouchement. Cela s'applique tant aux femmes avec que sans analgésie locorégionale. Le sondage en routine de la vessie avant l'expulsion chez une parturiente capable d'uriner spontanément est inutile et peut nuire à son autonomie et à son sentiment de maîtrise (Dempsey et al., 2020 ; Rivard et al., 2012 ; Suleiman et al., 2018 ; Wilson et al., 2015). Chez une parturiente qui ne parvient pas à uriner spontanément, il est indiqué de sonder la vessie une fois toutes les quatre heures pendant le travail ou en cas de suspicion de globe vésical. Cela doit se faire en concertation avec la parturiente et avec son consentement.

Recommandation 10.1

À tous les stades de l'accouchement, encouragez la parturiente à uriner régulièrement, même en présence d'une analgésie locorégionale (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Une vessie pleine entrave la descente du fœtus dans le bassin au cours des phases de dilatation et d'expulsion et peut accroître le risque d'augmenter la durée des phases de dilatation et expulsion (Dempsey et al., 2020 ; Rivard et al., 2012 ; Suleiman et al., 2018 ; Wilson et al., 2015). Il est important d'inciter la parturiente à uriner régulièrement pendant le travail, car cela favorise le processus naturel de l'accouchement.

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'informer la parturiente au sujet de l'importance d'une vessie aussi vide que possible et de l'encourager à uriner régulièrement à tous les stades de l'accouchement. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 10.2

Si la parturiente ne parvient pas à uriner spontanément, proposez un sondage vésical unique toutes les quatre heures ou en cas de suspicion de globe vésical. Cela s'applique tant aux femmes avec que sans analgésie locorégionale (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- Le sondage de la vessie est effectué après avoir informé la parturiente et obtenu son consentement exprès.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de proposer un sondage unique de la vessie toutes les quatre heures à une parturiente qui ne parvient pas à uriner spontanément. En cas de suspicion d'un globe vésical, le sondage de la vessie doit être proposé plus tôt. Cela s'applique tant aux femmes avec que sans analgésie locorégionale. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 10.3

Il est déconseillé d'effectuer un sondage systématique unique juste avant l'expulsion chez une parturiente capable d'uriner spontanément (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En défaveur de l'intervention. Les groupes de travail considèrent le sondage unique de la vessie comme une intervention invasive, inutile, entraînant potentiellement des complications chez la parturiente, qui nuit à son autonomie.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est déconseillé d'effectuer un sondage unique chez une parturiente capable d'uriner de manière autonome. Les groupes de travail considèrent le sondage unique de la vessie comme une intervention invasive, inutile, entraînant potentiellement des complications chez la parturiente. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP. Question clinique 11: Comment gérer le monitoring fœtal lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 11

Recourez à l'auscultation intermittente afin de contrôler le bien-être fœtal chez les femmes à bas risque obstétrical (1C).

Recourez au monitoring fœtal électronique continu en cas de :

- **Doutes concernant le bien-être fœtal.**
- **Indication.**
- **Préférence de la parturiente (PBP).**

Explication

Afin de surveiller le bien-être du fœtus et d'identifier une hypoxie avant qu'elle n'entraîne des conséquences défavorables pour le nouveau-né, le RCF est contrôlé par auscultation au cours des phases de dilatation et d'expulsion (Mambourg et al., 2010 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2007). L'auscultation doit toujours être associée au tableau clinique général de la parturiente (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

L'auscultation du RCF peut être réalisée de manière intermittente (AI) ou continue par des dispensateurs de soins compétents. L'AI peut être réalisée à l'aide d'un doptone et/ou de la sonde cardio d'un cardiocographe (Mambourg et al., 2010). Il faut suffisamment de personnel compétent disponible pour pouvoir réaliser l'AI correctement (Haute Autorité de Santé, 2017).

La méthodologie de l'AI pendant **la phase de dilatation** consiste à écouter le RCF toutes les 15 minutes immédiatement après une contraction pendant au moins une minute. En cas de doute sur le bien-être du fœtus, elle peut être réalisée plus longtemps et plus fréquemment. (Chandrahara et al., 2018 ; Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Le pouls de la mère doit être contrôlé au moins une fois par heure afin de déterminer la différence entre le rythme cardiaque de la parturiente et celui du fœtus (Chandrahara et al., 2018 ; Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). En cas de doute persistant ou dans les situations figurant dans le Tableau 2, il convient de recourir au MFEC (Chandrahara et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

La méthodologie de l'AI pendant **la phase d'expulsion** consiste à écouter le RCF toutes les cinq minutes immédiatement après une contraction pendant au moins une minute. En cas de doute concernant le bien-être fœtal, elle peut être réalisée plus fréquemment (Chandrahara et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). En cas de doute persistant ou dans les situations figurant dans le Tableau 2, il convient de recourir au MFEC (Chandrahara et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Notez dans le dossier la fréquence cardiaque de base, la variabilité et les décélérations, si observées, après chaque contrôle (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Discutez avec la parturiente des avantages et des inconvénients des deux méthodes d'auscultation afin qu'elle puisse faire un choix éclairé (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

En cas de RCF anormal il n'est plus question d'un accouchement à bas risque et un suivi plus strict de deuxième ligne est nécessaire. Le monitoring et le suivi d'un RCF anormal ne relève pas

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) qui décrit la méthode d'AI (dont la fréquence). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Ils se sont basés à cette fin sur les recommandations des guidelines suivants :

- La recommandation dans la publication du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010) ne faisait pas de distinction entre les stades du travail. La recommandation préconisait de contrôler le RCF toutes les 15 minutes pendant au moins 60 secondes (avec un doptone), et ce immédiatement après une contraction (recommandation forte, niveau de preuve élevé).
- L'American College of Obstetricians and Gynecologists (2010) faisait une distinction en termes de fréquence entre les phases et préconisait une fréquence de toutes les 30 minutes pendant la phase de latence du travail et de toutes les 15 minutes pendant la phase active du travail.
- Le Royal College of Midwives (RCM, 2012) confirmait que l'AI était préférable pour les accouchements à bas risque.
- L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANEAS, 2012) s'est basée sur les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) concernant les avantages et les inconvénients du MFEC et a constaté que celui-ci n'avait pas d'impact sur la mortalité périnatale. Ils n'ont donné aucune recommandation concernant la méthode et laissent le choix aux dispensateurs de soins, mais une surveillance doit bel et bien être effectuée (Agence nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé., 2002).
- L'Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI, 2013) recommandait d'effectuer l'AI toutes les 30 minutes au cours de la phase de latence du travail et toutes les 15 minutes au cours de la phase active du travail (Creedon et al., 2013).
- Le Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2014) recommandait l'AI (1B) mais laissait le choix au dispensateur de soins en fonction de la décision de la parturiente. Le monitoring CTG était recommandé pour les accouchements à haut risque (1B), avec la possibilité d'interrompre le MFEC pendant 15 minutes si la CTG était normale, sauf après une intervention telle qu'une analgésie locorégionale ou une amniotomie (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014).
- Les recommandations du NICE « Intrapartum Care for healthy women and babies » (2014), partiellement adaptées en 2017 (National Institute for Health and Care Excellence., 2017), donnaient la recommandation suivante pour la phase de dilatation : utiliser un doptone et mesurer le RCF immédiatement après une contraction pendant une minute et au moins toutes les 15 minutes ; enregistrer la fréquence et les éventuelles accélérations et

décélérations audibles ; et palper le pouls de la mère toutes les heures ou lorsqu'un RCF anormal est entendu pour s'assurer qu'il y a une différence entre les rythmes cardiaques maternels et fœtaux.

- Les Queensland Clinical Guidelines (2015) recommandaient une fréquence de monitoring toutes les 15 à 30 minutes pendant la phase active du travail. La méthode d'AI avec doptone devait être remplacée par une CTG intermittente si les RCF étaient difficiles à entendre. En cas de complications ou de détection d'une anomalie du RCF, un enregistrement continu par CTG était indiqué jusqu'à ce que le RCF soit normal pendant 20 minutes sur le formulaire d'enregistrement. La recommandation contenait également des indications précises lorsque le MEFC était nécessaire (par exemple, liquide amniotique méconial, stimulation à l'ocytocine, fièvre maternelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$...) (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2015).
- L'American College of Nurse-Midwives privilégiait l'AI si le travail se déroulait normalement (sans risque d'acidose fœtale). Ils mentionnaient l'importance d'une utilisation correcte de la méthode (fréquence et rapport). Une mesure fréquente et correcte du RCF était également plus fiable qu'une mesure unique. La détection des variations était également meilleure si celles-ci se produisaient pendant la contraction plutôt qu'entre deux contractions.
- L'American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) a rédigé un article d'opinion sur l'importance de limiter les interventions pendant le travail et l'accouchement. Ils ont conclu que l'AI permettait une mobilité optimale et recommandaient que les dispensateurs de soins appliquent des protocoles et apprennent à utiliser un doptone chez les parturientes à bas risque obstétrical qui souhaitent bouger pendant le travail.

Aucune littérature complémentaire pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature au sujet de l'AI. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Suite au feed-back concernant la version provisoire, les parties prenantes ont transmis une seule recommandation (National Institute for Health and Care Excellence, 2022) qui n'a pas été incluse dans la procédure Adapte mais qui est ajoutée ici pour fournir des explications supplémentaires sur le sujet, et le protocole « Physiological CTG Interpretation. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline » (Chandrarahan et al., 2018).

- (1) La recommandation du NICE « Fetal monitoring in labour » (2022) expliquait que chez les femmes à bas risque obstétrical :
 - Pendant **la phase de dilatation**, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 15 minutes pendant une minute au minimum après palpation d'une contraction.
 - Pendant **la phase d'expulsion**, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 5 minutes pendant une minute au minimum.
 - En cas d'augmentation de la fréquence de base du RCF de plus de 20 battements par minute ou en cas de décélérations, une auscultation plus fréquente est nécessaire.
 - En cas de préoccupation persistante de la part du dispensateur de soins, un MFEC est conseillé et un renvoi vers la deuxième ligne est nécessaire, si ce n'était pas encore le cas.

(2) En cas de CTG normale après 20 minutes, il est possible de repasser à l'AI. Chandrachar et al. (2018) expliquaient que chez les femmes à bas risque obstétrical :

- Pendant **la phase de dilatation**, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 15 minutes.
- Pendant **la phase d'expulsion**, le RCF doit être ausculté de manière intermittente toutes les 5 minutes.

Pour ce faire, préférez un doptone à une CTG. Lorsque des changements cliniques augmentent le risque pour la mère et le fœtus, il convient de recourir au MFEC (voir tableau 2, Premier contact physique au début du travail).

En cas de CTG normale après 30 minutes, il est possible de repasser à l'AI. Si des inquiétudes réapparaissent, il est conseillé d'utiliser le MFEC jusqu'à la naissance du nouveau-né

Les recommandations des deux publications citées ont été adaptées conformément à la recommandation de la directive de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) et soutiennent donc la recommandation de cette directive.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve. Charge de la preuve reprise de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017).

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent sur les inconvénients ou les risques.
- L'AI peut entraîner une augmentation du nombre de convulsions chez le nouveau-né (Haute Autorité de Santé, 2017 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Il manque toutefois un suivi longitudinal des enfants, les effets à long termes des convulsions néonatales rapportées n'étant pas connus (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- En raison de la mobilité optimale de la femme, l'avantage revient à l'AI (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017 ; Chandrachar et al., 2018 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2022 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).
- Lors du recours au MFEC, il existe un risque d'interventions plus nombreuses qu'avec l'AI (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des attentes et des choix de la parturiente ainsi que des habitudes des dispensateurs de soins.
- Les femmes doivent être informées des avantages et inconvénients des différentes méthodes de monitoring fœtal.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Il existe une différence de préférence parmi les dispensateurs de soins concernant le MFEC par rapport à l'AI. Sur la base du contexte clinique et juridique. Aucune littérature n'a été trouvée justifiant la préférence pour la CTG. Les professionnels peuvent se protéger contre les recours juridiques en mentionnant correctement les valeurs individuelles du RCF ou en documentant 20 minutes d'enregistrement continu par CTG après des complications ou un

écart du RCF dans le dossier (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2015 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

- L'utilisation du stéthoscope de Pinard n'a pas été reprise étant donnée son utilisation limitée dans le contexte belge.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour la plupart des parties prenantes.
- La méthode de monitoring en cas de bas risque obstétrical doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle la parturiente est informée, sur la base de données probantes, de l'objectif du monitoring fœtal, des avantages et des inconvénients de l'AI et du MFEC. Il convient d'en discuter au préalable avec la femme, de préférence au cours de la période prénatale, et d'obtenir son consentement explicite.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé de recourir à l'auscultation intermittente en cas de bas risque obstétrical.

La méthode d'AI varie en fonction de la phase de dilatation ou de la phase d'expulsion.

- Pendant **la phase de dilatation**, toutes les 15 minutes immédiatement après une contraction, pendant au moins une minute. En cas de doute sur le bien-être du fœtus, elle peut être réalisée plus longtemps et plus fréquemment. De plus, il convient de contrôler le pouls de la mère au moins une fois par heure, ou plus fréquemment en cas de doute, au cours de la phase de dilatation.
- Pendant **la phase d'expulsion**, toutes les 5 minutes immédiatement après une contraction, pendant au moins une minute. En cas de doute sur le bien-être du fœtus, elle peut être réalisée plus longtemps et plus fréquemment.
- En cas de préoccupation persistante ou d'indications spécifiques (voir Tableau 2), recourez au MFEC et procédez à un renvoi vers la deuxième ligne si ce n'était pas encore le cas.
- En cas de CTG normale après 20 minutes, repassez à l'AI.

L'AI peut-être effectuée à l'aide d'un doptone et éventuellement de la sonde cardio du cardiotocographe, le MFEC peut être réalisé à l'aide d'un cardiotocographe.

Notez dans le dossier la fréquence cardiaque de base, la variabilité et les décélérations, si observées, après chaque contrôle.

Question clinique 12: Comment gérer les apports alimentaire et hydrique lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 12

Permettez à la parturiente de consommer une boisson et des aliments par voie orale au cours des phases de dilatation et d'expulsion (1C).

Explication

Lors d'un accouchement à bas risque, la femme est libre de manger ou de boire quand elle en ressent le besoin (Nadal et al., 2022; Sperling et al., 2016). Plusieurs études ont en outre démontré que restreindre de la consommation d'aliments et de boissons pendant le travail n'améliore pas les résultats de l'accouchement, que ce soit pour la mère ou pour le nouveau-né (Nadal et al., 2022 ; Rahmani et al., 2012 ; Singata et al., 2013).

Actuellement, de nombreux hôpitaux belges appliquent encore des restrictions alimentaires strictes et n'autorisent que la consommation de boissons claires. Ces protocoles s'appuient souvent sur des considérations historiques liées aux risques de régurgitation du contenu de l'estomac (American College of Nurse-Midwives, 2016) et d'aspiration dans les poumons pendant une analgésie générale (Singata et al., 2013 ; Sperling et al., 2016). Leur incidence est cependant très rare dans le cadre des techniques modernes d'analgésie (Sperling et al., 2016). Par ailleurs, le recours à l'analgésie locorégionale occupe une place bien plus importante dans les soins liés à la naissance en Belgique que l'analgésie générale (Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl, 2021). Le message implicite de la restriction de nourriture et de boisson pendant un travail à bas risque est que l'accouchement se terminera par césarienne.

Les données sur lesquelles est basée la recommandation n'incluent pas de participantes présentant un risque accru d'analgésie générale.

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.](#)

- Cette recommandation incluait une revue Cochrane avec méta-analyse qui étudiait l'impact de la consommation d'aliments et de boisson pendant le travail sur les résultats de l'accouchement (Singata et al., 2013). Elle portait sur 3 130 parturientes. Singata et al. (2013) ne montraient aucun lien significatif entre la restriction de nourriture et de boisson et la durée du travail et de l'accouchement, le nombre de césariennes ou d'autres interventions pendant le travail. Chez le nouveau-né également, aucun lien significatif n'a été rapporté entre la restriction de nourriture et de boisson et les scores d'Apgar ou les

admissions en UNSI. Les auteurs ont conclu que, puisque les preuves ne montrent aucun avantage ou préjudice, rien ne justifie la restriction de nourriture et de boisson pendant le travail pour des femmes à bas risque de complications.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Deux ECR ont été inclus à partir de celui-ci (Nadal et al., 2021 ; Rahmani et al., 2012). La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Nadal et al. (2021) ont inclus 40 participantes et comparé une restriction stricte de liquide (jusqu'à 100 ml par heure jusqu'à l'accouchement) avec un apport hydrique libre (500 ml dans la première heure puis 200 ml par heure jusqu'à l'accouchement).
- Rahmani et al. (2012) ont inclus 190 participantes. L'étude a étudié l'impact du jeûne (eau uniquement) par rapport à la consommation d'aliments (3 dattes + 110 ml d'eau OU 3 dattes + 110 ml de thé non sucré OU 110 ml de jus d'orange) pendant les phases de dilatation et d'expulsion.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : Nausées et vomissements

- Un apport alimentaire n'était pas significativement associé au nombre de vomissements, RR 0,90 (IC à 95 % 0,80 à 1,03) ou au volume des vomissements (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement : Accouchement spontané par voie basse

- Un apport hydrique libre n'était pas significativement associé à un accouchement spontané par voie basse, RR 0,82 (IC à 95 % 0,58 à 1,15) (Nadal et al., 2022), niveau de preuve faible.
- Un apport alimentaire n'était pas significativement associé à un accouchement spontané par voie basse, RR 1,01 (IC à 95 % 0,96 à 1,06) (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve raisonnable.

Nature de l'accouchement : Extraction instrumentale

- Un apport hydrique strict n'était pas significativement associé à une extraction instrumentale, RR 2,0 (IC à 95 % 0,57 à 6,91) (Nadal et al., 2022), niveau de preuve faible.
- Un apport alimentaire n'était pas significativement associé à une extraction instrumentale, RR 1,03 (IC à 95 % 0,15 à 7,18) (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement : Césarienne

- Un apport alimentaire n'était pas significativement associé à une césarienne, RR 0,35 (IC à 95 % 0,01 à 8,34) (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve raisonnable.

Durée de l'accouchement

- Un apport hydrique libre avait un impact significatif sur la durée de la phase active du travail, DM 8 (IC à 95 % 1,7 à 14,3) (Nadal et al., 2022), niveau de preuve raisonnable.

- Un apport hydrique libre n'avait pas d'impact significatif sur la durée de l'ensemble du premier stade du travail, DM 52,0 (IC à 95 % -21,3 à 125,3) (Nadal et al., 2022), niveau de preuve faible.
- Un apport alimentaire libre n'avait pas d'impact significatif sur la durée de la phase active du travail, DM -0,1 (IC à 95 % -0,47 à 0,27), et la durée de la période de délivrance, DM -0,7 (IC à 95 % -1,83 à 0,44), (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve faible.
- Un apport alimentaire libre avait un impact significatif sur la durée de la phase d'expulsion, DM -7,1 (IC à 95 % -9,05 à -5,15), (Rahmani et al., 2012), niveau de preuve raisonnable.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale : Rythme cardiaque néonatal au cours des phases de dilatation et d'expulsion

- Un apport alimentaire n'avait pas d'impact significatif sur le rythme cardiaque néonatal au cours des phases de dilatation et d'expulsion, DM 0,8 (IC à 95 % -0,33 à 1,93) (Rahmani et al., 2012), et DM 1,6 (IC à 95 % -0,74 à 3,94) (Nadal et al., 2022) respectivement, niveau de preuve faible.

Morbidité néonatale : Score d'Apgar

- Un apport alimentaire n'avait pas d'impact significatif sur le score d'Apgar après 1 minute (Rahmani et al., 2012), DM 0 (IC à 95 % -0,09 à 0,09), niveau de preuve raisonnable.
- Un apport alimentaire avait un impact significatif sur le score d'Apgar après 5 minutes (Rahmani et al., 2012), DM 0,47 (IC à 95 % 0,27 à 0,66), niveau de preuve élevé.

Morbidité néonatale : Admission du nouveau-né en UNSI

- Un apport alimentaire n'était pas significativement associé à une admission du nouveau-né en UNSI, RR 5 (IC à 95 % 0,25 à 98) (Nadal et al., 2022), niveau de preuve faible.

Aucun lien significatif n'a pu être observé à partir des résultats, à l'exception du score d'Apgar après 5 minutes. Les deux études sont de grande qualité mais de faible puissance. Les résultats sont conformes à la méta-analyse de Singata et al. (2013) sur laquelle s'appuie la recommandation de la directive de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- L'ingestion d'aliments et de boisson par voie orale pendant le travail ne semble pas avoir d'impact négatif sur les résultats de l'accouchement.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- En cas d'accouchement à bas risque, il est essentiel que la parturiente puisse indiquer elle-même quand elle a besoin de boire ou de manger et qu'elle puisse ressentir ses besoins en la matière.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé de laisser la parturiente ingérer des aliments ou une boisson par voie orale pendant les phases de dilatation et d'expulsion. La littérature n'a pas démontré d'effets défavorables liés à l'ingestion d'aliments et de boisson pendant le travail sur les résultats de l'accouchement. Nous devons viser des soins axés sur les préférences et les besoins de la parturiente. En cas d'accouchement à bas risque, cela signifie que la parturiente peut indiquer elle-même quand elle a besoin d'énergie, sous la forme d'une boisson ou d'aliments, et qu'elle puisse ressentir ses besoins en la matière.

Question clinique 13: Que conseillez-vous à la parturiente au cours de la phase d'expulsion en termes de mobilité ?

Recommandation 13

- 1. Encouragez la parturiente à adopter la position qu'elle estime la plus confortable au cours de la phase d'expulsion (1D).**
- 2. Encouragez la parturiente sous analgésie locorégionale à adopter la position qu'elle estime la plus confortable au cours de la phase d'expulsion (1D).**

Explication

Il est important d'encourager la parturiente à continuer de bouger et à changer de position au cours de la phase d'expulsion. Concernant la mobilité maternelle, le groupe de développement des recommandations s'appuie sur la formulation des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) : debout/assise, accroupie, semi-allongée, à genoux, à quatre pattes, allongée et en position de Trendelenburg. Au cours des dernières années, l'impact des mouvements et positions de la mère au cours de la phase d'expulsion de l'accouchement sur les résultats maternels et fœtaux/néonataux a fait l'objet d'une attention croissante, notamment en raison du recours à l'analgésie locorégionale. Compte tenu de l'effet bénéfique sur la mère et l'enfant, la mobilité et la position représentent des points essentiels pour toute parturiente, également lorsqu'elle opte pour une analgésie locorégionale. Un changement de position modifie les dimensions du bassin, améliore la descente de la tête du fœtus et associe la gravité et la force d'expulsion (Haute Autorité de Santé, 2017 ; Hung et al., 2015).

Fondement

La recommandation relative aux positions pendant la phase d'expulsion, chez des parturientes sans analgésie locorégionale, a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS : « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Les recommandations de l'OMS s'appuyaient sur une revue Cochrane avec méta-analyse de 32 études regroupant 9 015 nullipares et multipares au total (Gupta et al., 2017). Un changement de position était associé à une réduction de la durée de la phase d'expulsion, DM -6,16 minutes (IC à 95 % -9,74 à -2,59 minutes), niveau de preuve très faible. Ce résultat doit cependant être interprété avec précaution en raison de grandes différences en termes d'ampleur et de direction de l'effet dans les différentes études. Aucun lien n'a en outre été établi entre un changement de position pendant la phase d'expulsion et la césarienne, RR 1,22 (IC à 95 % 0,81 à 1,81), l'extraction instrumentale, RR 0,75 (IC à 95 % 0,66 à 0,86), l'épisiotomie, RR 0,75 (IC à 95 % 0,61 à 0,92), les déchirures de grade 2, RR 1,20 (IC à 95 % 1,00

à 1,44) et entre un changement de position et les déchirures de grades 3 et 4, RR 0,72 (IC à 95 % 0,32 à 1,65). Un changement de position était associé à une augmentation de la perte de sang estimée >500 ml, RR 1,48 (IC à 95 % 1,10 à 1,98) et à une baisse des cas de rythme cardiaque anormal observés, RR 0,46 (IC à 95 % 0,22 à 0,93). Aucun lien n'a été établi entre un changement de position et l'admission du nouveau-né en UNSI, RR 0,79 (IC à 95 % 0,51 à 1,21). Lorsque les études présentant un risque élevé de biais ont été retirées des analyses, les résultats sont restés inchangés, sauf que plus aucun lien n'a été démontré entre un changement de position et la durée de la phase d'expulsion, DM -4,34 (IC à 95 % -9,00 à 0,32).

La recommandation relative au changement de position au cours de la phase d'expulsion chez des parturientes sous analgésie locorégionale a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (2018). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) s'appuyaient sur une revue Cochrane avec méta-analyse de cinq ECR regroupant 879 nullipares et multipares au total qui accouchaient d'un seul enfant (Kibuka & Thornton, 2017). Ces ECR incluaient des participantes sous analgésie locorégionale mobile (péridurale ambulatoire) et un ECR avec des participantes sous analgésie locorégionale traditionnelle. Pour un ECR, la parité de l'échantillon n'était pas mentionnée. En règle générale, aucun lien significatif n'a été établi, dans la revue Cochrane et la méta-analyse, entre l'intervention et les résultats mentionnés : nature de l'accouchement, durée de l'expulsion et d'autres résultats maternels/néonataux importants (Kibuka & Thornton, 2017).
- Puisque l'adoption d'une position que la parturiente estime la plus confortable peut avoir un impact positif sur l'expérience de l'accouchement, il est recommandé qu'elle choisisse elle-même une position, tant qu'un bon monitoring démontre le bien-être de la mère et celui du fœtus. Le dispensateur de soins doit veiller à ce que le bien-être du nouveau-né puisse être contrôlé de manière adéquate. Si cela n'est pas possible dans la position préférée de la parturiente, il faut lui en faire part et rechercher d'autres positions confortables en concertation avec elle.

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué. Cet examen a permis d'inclure six revues systématiques avec méta-analyse qui étudiaient les positions à genoux, debout, accroupies ou assises ainsi qu'à quatre pattes par rapport à la position allongée dans un lit (Berta et al., 2019 ; Deliktas & Kukulcu, 2018 ; Dokmak et al., 2020 ; Rocha et al., 2020 ; Walker et al., 2018 ; Zang et al., 2020). La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

- Population de l'étude sans analgésie locorégionale : (Deliktas & Kukulcu, 2018 ; Rocha et al., 2020 ; Zang et al., 2020).
- Population de l'étude sous analgésie locorégionale : (Walker et al., 2018).
- Population de l'étude dont le statut analgésique était inconnu : (Berta et al., 2019 ; Dokmak et al., 2020).
- Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : Accouchement par voie basse

- La position accroupie n'était pas significativement associée à un accouchement par voie basse chez des parturientes dont le statut analgésique était inconnu, RR 1,01 (IC à 95 % 0,94 à 1,08) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Nature de l'accouchement : Extraction instrumentale

- La position debout et/ou assise n'était pas significativement associée à une extraction instrumentale chez des parturientes accouchant sous analgésie locorégionale, RR 0,94 (IC à 95 % 0,61 à 1,46) (Walker et al., 2018), niveau de preuve très faible.
- Les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon, accroupie étaient significativement associées à un risque réduit d'extraction instrumentale chez des parturientes accouchant sans analgésie locorégionale, RR 0,68 (IC à 95 % 0,5 à 0,92) et RR 0,74 (IC à 95 % 0,59 à 0,93) (Deliktas & Kukulu, 2018 ; Zang et al., 2020), niveau de preuve raisonnable.
- Le lien avec une extraction instrumentale était significativement inférieur dans le groupe de parturientes accouchant en position accroupie (statut analgésique locorégional inconnu), RR 0,6 (IC à 95 % 0,45 à 0,81) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement : Césarienne

- Aucun lien significatif n'a été établi avec les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon, accroupie dans le groupe sans analgésie locorégionale, RR 1,02 (IC à 95 % 0,45 à 2,36) (Deliktas & Kukulu, 2018), niveau de preuve faible.
- Aucun lien significatif n'a été établi avec les positions debout et/ou assise chez les parturientes accouchant sous analgésie locorégionale, RR 0,90 (IC à 95 % 0,72 à 1,12) (Dokmak et al., 2018), niveau de preuve très faible.
- L'adoption d'une position accroupie par des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu était significativement associée à une césarienne, RR 2,26 (IC à 95 % 1,07 à 4,8), (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Durée de la phase d'expulsion de l'accouchement

- Aucune différence significative n'a été observée en cas de position accroupie chez les parturientes au statut analgésique locorégional inconnu, DM -11,09 (IC à 95 % -38,85 à 16,68) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Douleur

- Aucune différence significative n'a été observée en cas de position accroupie dans le groupe au statut analgésique locorégional inconnu, DM 0,64 (IC à 95 % -1,55 à 0,27) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Morbidité maternelle : Hémorragie du post-partum >500 ml

Quatre études ont rapporté l'impact d'une position à genoux, à quatre pattes, debout, accroupie ou assise par rapport à la position allongée dans un lit de la parturiente au cours de la phase d'expulsion sur l'hémorragie du post-partum (Deliktas & Kukulu, 2018 ; Dokmak et al., 2020 ; Walker et al., 2018 ; Zang et al., 2020).

- Aucun lien significatif n'a été établi avec le taux d'hémorragie du post-partum (>500 ml) chez les parturientes accouchant accroupies dans le groupe au statut analgésique locorégional inconnu, RR 1,08 (IC à 95 % 0,64 à 1,83), (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

- Des données probantes incohérentes ont été rapportées sur l'impact des positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon ou accroupie chez des parturientes sans analgésie locorégionale, RR 1,43 (IC à 95 % 0,97 à 2,12) (Zang et al., 2020), RR 1,39 (IC à 95 % 1,12 à 1,72) (Deliktas & Kukulu, 2018), niveau de preuve très faible.
- La position debout et/ou assise n'était pas significativement associée au taux d'hémorragie du post-partum (>500 ml) chez des parturientes accouchant sous analgésie locorégionale, RR 1,2 (IC à 95 % 0,83 à 1,72) (Walker et al., 2018), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Périnée intact

- Les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon, accroupie n'étaient pas significativement associées au maintien d'un périnée intact chez des parturientes accouchant sans analgésie locorégionale, RR 1,10 (IC à 95 % 0,85 à 1,42) et RR 1,04 (IC à 95 % 0,95 à 1,14) (Deliktas & Kukulu, 2018 ; Zang et al., 2020), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : rupture de grade 2

- Les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon, accroupie n'étaient pas significativement associées à l'incidence d'une déchirure de grade 2 chez des parturientes accouchant sans analgésie locorégionale, RR 0,94 (IC à 95 % 0,27 à 1,07) en RR 1,3 (IC à 95 % 0,96 à 1,75) (Deliktas & Kukulu, 2018 ; Zang et al., 2020), niveau de preuve faible.
- La position accroupie n'était pas significativement associée à l'incidence d'une déchirure de grade 2 chez des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu, RR 0,93 (IC à 95 % 0,23 à 3,84) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grades 3 et 4

- Les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon ou accroupie étaient significativement associées à des déchirures de grades 3 et 4 chez des parturientes accouchant sans analgésie locorégionale, RR 0,35 (IC à 95 % 0,14 à 0,87) (Deliktas & Kukulu, 2018), niveau de preuve très faible.
La position accroupie n'était pas significativement associée à des déchirures de grades 3 et 4 chez des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu, RR 0,82 (IC à 95 % 0,46 à 1,49) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Épisiotomie

- La position accroupie n'était pas significativement associée à une épisiotomie chez des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu, RR 0,94 (IC à 95 % 0,65 à 1,35) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.
- Les positions debout, assise, à genoux, assise sur un ballon ou accroupie étaient significativement associées à une épisiotomie chez des parturientes accouchant sans analgésie locorégionale, RR 0,81 (IC à 95 % 0,72 à 0,91) et RR 0,52 (IC à 95 % 0,29 à 0,92) (Deliktas & Kukulu, 2018 ; Zang et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Critères d'évaluation fœtaux et néonataux :

Morbidité fœtale et néonatale : Score d'Apgar

- Aucune différence significative n'a été observée entre la position accroupie chez des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu et le résultat du score d'Apgar après 1 minute, DM 0,05 plus élevée (IC à 95 % -0,08 moins élevée à 0,19 plus élevée) (Dokmak et al., 2020), niveau de preuve très faible.

- Aucune différence significative n'a été observée sur le score d'Apgar à 5 minutes entre la position accroupie chez des parturientes au statut analgésique locorégional inconnu et le résultat du score d'Apgar après 5 minutes, DM 0 (IC à 95 % -0,09 à 0,09) (Dokman et al., 2020), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible à faible.
- Les résultats doivent être interprétés avec précaution étant donné qu'il faut tenir compte d'un biais parce que les ECR n'ont pas fait l'objet d'un rapport cohérent quant à savoir si des parturientes dont le travail avait été induit avaient été incluses, et si le dosage et le mode d'analgésie locorégionale variaient selon les études.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques chez des parturientes sans analgésie locorégionale.
- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients (équilibre possible entre les deux) chez des parturientes sous analgésie locorégionale.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des parturientes sans analgésie locorégionale et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Pour les femmes sous analgésie locorégionale, la recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il doit y avoir suffisamment d'espace pour que la parturiente puisse adopter différentes positions pendant la phase d'expulsion et pour que les dispensateurs de soins puissent la guider.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'encourager la parturiente à adopter la position qui lui semble la plus confortable au cours de la phase d'expulsion.

Il est recommandé, sous réserve d'un très faible niveau de preuve, d'encourager la parturiente sous analgésie locorégionale au cours de la phase d'expulsion à adopter la position qui lui semble la plus confortable tant qu'un bon monitoring démontre le bien-être de la mère et celui du fœtus.

Le dispensateur de soins doit veiller à ce que le bien-être du nouveau-né puisse être contrôlé de manière adéquate. Si cela n'est pas possible dans la position préférée de la parturiente, il faut lui en faire part et rechercher d'autres positions confortables en concertation avec elle.

Question clinique 14: Comment gérer la poussée en cas de dilatation complète lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 14

Au cours de la phase de transition avec poussée active, attendez le besoin involontaire de pousser et la poursuite de la descente de la tête (1D), à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent et examinez le motif de l'absence de besoin involontaire de pousser (PBP).

Explication

Lorsque la dilatation est complète, le besoin involontaire de pousser ne survient pas toujours immédiatement. C'est ce qu'on appelle la phase de transition. Au cours de cette phase, la fréquence et l'intensité des contractions peuvent diminuer tandis que le fœtus a le temps de descendre dans le bassin de la femme (Weckend et al., 2022). Au bout d'un certain temps, le besoin involontaire de pousser se manifeste et la phase de transition évolue en phase d'expulsion.

La revue systématique qualitative de Downe et al. (2018) explique que les parturientes veulent se fier à leurs propres signes physiologiques (y compris le besoin involontaire de pousser) et se sentir soutenues dans ce cadre par des dispensateurs de soins attentifs à ces besoins et desiderata. Encourager la parturiente à attendre son besoin involontaire de pousser après dilatation complète peut l'aider à avoir l'impression de maîtriser le déroulement de son accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Recommandation 14.1

Au cours de la phase de transition avec poussée active, attendez le besoin involontaire de pousser et la poursuite de la descente de la tête (1D)

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.](#)

- La recommandation de la HAS incluait une seule revue systématique avec méta-analyse qui comprenait 12 ECR regroupant 3 111 participantes au total et étudiant l'impact d'une poussée retardée sur les résultats de l'accouchement (Tuuli et al., 2012). Aucune distinction n'a été faite entre les participantes avec et sans analgésie locorégionale dans cette étude.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Une revue Cochrane avec méta-analyse (Bohren et al., 2017) a été incluse à partir de celui-ci. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Lemos et al. (2017) ont inclus 12 ECR regroupant 3 103 participantes sous analgésie péridurale. Le groupe d'intervention a retardé la poussée active jusqu'au besoin involontaire de pousser et le groupe de contrôle a commencé à pousser dès l'observation d'une dilatation complète.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés de manière narrative ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : Accouchement spontané par voie basse

- Une poussée retardée était significativement associée à un accouchement spontané par voie basse, RR 1,07 (IC à 95 % 1,02 à 1,11) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve faible.

Nature de l'accouchement : Césariennes et extractions instrumentales

- Une poussée retardée n'était pas significativement associée à une césarienne, RR 0,89 (IC à 95 % 0,65 à 1,05) et à une extraction instrumentale, RR 0,89 (IC à 95 % 0,74 à 1,07) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Durée de la phase d'expulsion totale

- Une poussée retardée entraînait une durée de la phase d'expulsion significativement plus longue, moyenne de 56,4 minutes (IC à 95 % 42,05 à 70,76) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve raisonnable.

Durée de l'accouchement : Durée de la phase active d'expulsion

- Aucune différence significative n'a été observée en termes de durée de la poussée active, DM -19,05 (IC à 95 % 32,27 à -5,83) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal

- Une poussée retardée n'était pas significativement associée à des déchirures de grades 3 et 4, RR 0,94 (IC à 95 % 0,78 à 1,14) ni à une épisiotomie, RR 0,95 (IC à 95 % 0,87 à 1,4) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve faible.

Morbidité maternelle : Hémorragie du post-partum

- Une poussée retardée n'était significativement associée à une hémorragie du post-partum de plus de 500 ml, RR 1,04 (IC à 95 % 0,86 à 1,26) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve faible.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale : Score d'Apgar <7 à 5 min. et admission en UNSI

- Une poussée retardée n'était pas significativement associée au score d'Apgar à 5 minutes, RR 0,15 (IC à 95 % 0,01 à 3,00) et à une admission en UNSI, RR 0,98 (IC à 95 % 0,67 à 1,41) (Lemos et al., 2017), niveau de preuve très faible.

La recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) n'a pas formulé de délai d'attente maximum entre la dilatation complète du col de l'utérus et le début de la phase active d'expulsion. Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE), voir ci-dessous. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.
- Aucune différence significative n'a été démontrée entre une poussée active retardée et une poussée dès dilatation complète, sauf en termes de durée de la phase d'expulsion.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Des études qualitatives indiquent que la parturiente veut avoir l'impression de maîtriser le déroulement de son propre accouchement et souhaite accoucher grâce à ses propres moyens. Attendre le besoin naturel et involontaire de pousser peut y contribuer (Downe et al., 2018).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé de retarder la phase active d'expulsion jusqu'à ce que le besoin involontaire de pousser se manifeste chez la parturiente. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 14.2

à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent et examinez le motif de l'absence de besoin involontaire de pousser.

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Des études qualitatives indiquent que la parturiente veut se sentir sûre d'elle et souhaite accoucher grâce à ses propres moyens. Attendre le besoin naturel et involontaire de pousser peut y contribuer (Downe et al., 2018).

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de retarder la phase active d'expulsion, à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent, et d'examiner le motif de l'absence de besoin involontaire de pousser.

Question clinique 15: Comment gérer la poussée après dilatation complète lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 15

- 1. Au cours de la phase d'expulsion, encouragez la parturiente à se laisser guider par son besoin de pousser (1D).**
- 2. Il est recommandé d'intervenir au moment où la phase active d'expulsion dépasse deux heures chez une primipare et une heure chez une multipare (1C).**

Explication

Les parturientes souhaitent se fier à leurs propres signes physiologiques, y compris le besoin involontaire de pousser (Downe et al., 2018). Dans ce cadre, elles souhaitent se sentir soutenues par des dispensateurs de soins attentifs à ces besoins et desiderata. Encourager la parturiente à se fier à son besoin naturel, involontaire et physiologique de pousser peut l'aider à avoir l'impression de maîtriser l'expérience et le déroulement de son accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Recommandation 15.1

Au cours de la phase d'expulsion, encouragez la parturiente à se laisser guider par son besoin de pousser (1D).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

- Cette recommandation incluait une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Lemos et al., 2017). Les auteurs ont comparé l'impact de la poussée spontanée au cours de la phase d'expulsion par rapport à celui de la poussée dirigée. La méta-analyse incluait huit ECR regroupant 884 participantes. Il ressort de celle-ci qu'entre une poussée spontanée et une poussée dirigée, aucune différence significative n'a été observée concernant la durée de la phase d'expulsion, DM 10,26 minutes (IC à 95 % -1,12 à 21,64), la nature de l'accouchement (accouchement par voie basse), RR 1,01 (IC à 95 % 0,97 à 1,05), le statut périnéal, RR 0,87 (IC à 95 % 0,45 à 1,66), la morbidité maternelle (telle que la rétention urinaire du post-partum), la mortalité fœtale, RR 0,35 (IC à 95 % 0,01 à 8,43) et l'expérience de la naissance, niveau de preuve très faible à élevé.

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué. Trois études portant sur la différence entre la poussée en fonction de ses propres besoins (non dirigée) et la poussée selon des méthodes/instructions imposées (poussée dirigée) ont été incluses. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- La revue systématique avec méta-analyse de Prins et al. (2011) incluait 643 participantes.
- L'étude transversale rétrospective de Lee et al. (2019) incluait 19 212 primipares et multipares.
- La revue systématique avec méta-analyse de Yao et al. (2022) incluait 899 participantes.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement

- Aucun lien significatif n'a été établi entre la poussée spontanée et l'accouchement par voie basse, OR 1,16 (IC à 95 % 0,42 à 3,18) (Yao et al., 2022), niveau de preuve faible.
- Aucun lien significatif n'a été établi entre la poussée spontanée et l'extraction instrumentale, RR 0,70 (IC à 95 % 0,34 à 1,43) (Prins et al., 2011), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement

- Aucune différence significative n'a été observée en termes de durée du deuxième stade du travail (en minutes), DM 8,08 (IC à 95 % -3,21 à 19,37) (Yao et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal

- Aucun lien significatif entre la poussée spontanée et des déchirures de grades 3 et 4 n'a été rapporté, OR 0,77 (IC à 95 % 0,52 à 1,6) (Lee et al., 2019), niveau de preuve très faible.
- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux études (Lee et al., 2019 ; Yao et al., 2022). La nouvelle estimation d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre la poussée spontanée et l'épisiotomie, RR 0,91 (IC à 95 % 0,60 à 1,39), niveau de preuve faible.
- Aucun lien significatif n'a été établi entre la poussée spontanée et le traumatisme périnéal, RR 0,8 (IC à 95 % 0,58 à 11) (Yao et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux études (Lee et al., 2019 ; Yao et al., 2022). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre la poussée spontanée et l'admission en UNSI, OR 0,06 (IC à 95 % 0,00 à 1,73), niveau de preuve faible.
- Aucun lien significatif n'a été établi entre la poussée spontanée et un score d'Apgar <7 après 5 minutes, OR 0,8 (IC à 95 % 0,53 à 1,21) (Lee et al., 2019), niveau de preuve faible.
- Aucune différence significative n'a été rapportée concernant le score d'Apgar après 1 minute, DM 0,19 (IC à 95 % -0,18 moins élevée à 0,57 plus élevée) (Yao et al., 2022), niveau

de preuve faible. Cette même étude n'a rapporté aucune différence entre la poussée spontanée et le score d'Apgar après 5 minutes, DM 0,15 plus élevée (IC à 95 % -0,06 moins élevée à 0,36 plus élevée), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.
- Aucun impact significatif n'a pu être démontré entre la poussée spontanée et la poussée dirigée sur les résultats de l'accouchement.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.
- Il n'y a pas de chiffres significatifs en faveur ou en défaveur de l'intervention, mais des études qualitatives indiquent que la parturiente veut se sentir sûre d'elle et accoucher grâce à ses propres moyens, utiliser son besoin de pousser et être soutenue dans ce cadre (Downe et al., 2018 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La recommandation est donc en faveur de l'intervention.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'encourager la parturiente à se laisser guider par son besoin involontaire de pousser. La littérature ne démontre pas que la poussée spontanée est plus efficace que la poussée dirigée mais des études qualitatives indiquent que la parturiente souhaite être aidée à suivre son besoin de pousser. La recommandation est donc en faveur de la poussée spontanée basée sur le besoin de pousser.

Recommandation 15.2

Il est recommandé d'intervenir au moment où la phase de poussée active dépasse deux heures chez une primipare et une heure chez une multipare (1C).

Fondement

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué au niveau de la recommandation en raison de la pertinence et des controverses qui existent dans la pratique. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Aucune étude n'a apporté de réponse concluante à la question de savoir combien de temps au maximum doit durer la phase de poussée active. Aucune nouvelle littérature réfutant la recommandation de la directive du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010) n'a été incluse. Le groupe de projet a, par conséquent, décidé de reprendre dans son intégralité la recommandation de la directive du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010). Cette recommandation s'appuyait pour ce faire sur deux recommandations (National Institute for Health and Care Excellence, 2007 ; Sprague et al., 2006).

- Les recommandations du NICE « Intrapartum Care » (National Institute for Health and Care Excellence, 2007) décrivaient qu'un diagnostic de retard au cours de la phase active d'expulsion doit être posé lorsque cette phase dure plus de deux heures chez une nullipare et une heure chez une multipare.
- L'Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour (Sprague et al. 2006) faisait une distinction entre la présence et l'absence d'analgésie locorégionale chez les nullipares et les multipares, selon laquelle une expulsion sans analgésie locorégionale chez une nullipare peut durer jusqu'à quatre heures et jusqu'à trois heures chez une multipare, et une expulsion avec analgésie locorégionale chez une nullipare jusqu'à trois heures et jusqu'à deux heures chez une multipare.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- L'attente d'une intervention au cours de la phase d'expulsion n'est possible qu'à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent.
- L'intervention ne consiste jamais en une expression abdominale.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

- Tussenkomst houdt nooit in het toepassen van fundusdruk.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'intervenir au moment où la phase active d'expulsion dépasse deux heures chez une primipare et une heure chez une multipare. L'expulsion avec analgésie locorégionale chez une nullipare peut durer jusqu'à trois heures et jusqu'à deux heures chez une multipare. L'attente d'une intervention au cours de la phase d'expulsion n'est possible qu'à condition que le bien-être fœtal et le bien-être maternel le permettent. Aucune nouvelle littérature réfutant la recommandation de la directive du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010) n'a été incluse. La recommandation a, par conséquent, été reprise.

Question clinique 16: Comment gérer l'expression abdominale au cours de la phase d'expulsion lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 16

Le recours à l'expression abdominale est déconseillé au cours de la phase d'expulsion (1D).

Explication

L'expression abdominale est une procédure qui a pour but de réduire la durée de l'expulsion. L'expression abdominale au cours de la phase d'expulsion implique l'application d'une pression manuelle sur la partie supérieure de l'utérus en direction de la filière pelvienne pour tenter de favoriser l'accouchement spontané par voie basse (Mambourg et al., 2010).

La pratique de l'expression abdominale peut causer de graves dommages à la mère et au nouveau-né en raison d'une force excessive et incontrôlée, notamment provoquer une rupture de l'utérus, de la rate ou d'autres organes, et les décès de la mère et du fœtus (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

- Cette recommandation incluait une revue Cochrane avec méta-analyse qui étudiait l'impact de l'expression abdominale manuelle par rapport à l'absence d'expression abdominale (Hofmeyr et al., 2017). Cette méta-analyse incluait neuf ECR regroupant 3 948 participantes et aucune différence significative n'a été observée entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle concernant la nature de l'accouchement, la durée de l'accouchement, la morbidité maternelle et la morbidité fœtale. Il a cependant été constaté, avec un faible niveau de preuve, que les parturientes avaient ressenti significativement plus de douleur après la pratique de l'expression abdominale, RR 4,54 (IC à 95 % 2,21 à 9,34).
- Les données probantes ne s'appliquent pas à d'autres techniques telles que l'utilisation des avant-bras et des coudes ou d'une ceinture gonflable. Ces formes d'expression abdominale sont susceptibles de provoquer des dommages encore plus graves à la mère et au nouveau-né (Hofmeyr et al., 2017).

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué. Quatre études supplémentaires étudiant l'impact de l'expression abdominale ont été incluses à partir de cet examen. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#) et l'extraction des données à [l'Annexe 6](#).

- L'étude observationnelle de Matsuo et al. (2009) incluait 661 primipares et multipares.
- L'étude observationnelle d'Akpınar & Kanbur (2022) incluait 160 primipares et multipares.
- L'étude transversale de Pinar & Karaçam (2018) incluait 350 primipares et multipares.
- L'étude observationnelle de Sartore et al. (2012) incluait 522 primipares.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : extraction instrumentale

- La méta-analyse de Hofmeyr et al. (2017) a été mise à jour à l'aide de deux études (Matsuo et al., 2009 ; Sartore et al., 2012). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'expression abdominale et l'extraction instrumentale, OR 16,27 (IC à 95 % 7,13 à 37,10), niveau de preuve faible.

Statut périnéal

- La méta-analyse de Hofmeyr et al. (2017) a été mise à jour à l'aide de trois études (Akpınar & Kanbur, 2022 ; Matsuo et al., 2009 ; Pinar & Karaçam, 2018). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'expression abdominale et l'épisiotomie, OR 2,86 (IC à 95 % 1,58 à 5,17), niveau de preuve très faible.
- La méta-analyse de Hofmeyr et al. (2017) a été mise à jour à l'aide de données d'une étude (Matsuo et al., 2009). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif entre l'expression abdominale et la déchirure vaginale, OR 1,56 (IC à 95 % 0,98 à 2,47), niveau de preuve très faible.
- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux études (Akpınar & Kanbur, 2022 ; Pinar & Karaçam, 2018). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'expression abdominale et un périnée intact, OR 0,21 (IC à 95 % 0,11 à 0,41), niveau de preuve très faible.
- Aucun lien significatif entre l'expression abdominale et des déchirures de grades 3 et 4 n'a été rapporté, respectivement OR 1,61 (IC à 95 % 0,77 à 3,35) et OR 3,07 (IC à 95 % 0,12 à 76,66), mais un lien significatif entre l'expression abdominale et des déchirures de grade 2 a bien été rapporté, OR 8,27 (IC à 95 % 1,à 37,72) (Akpınar & Kanbur, 2022), niveau de preuve très faible.
- Un lien significatif a été établi entre l'expression abdominale et une déchirure, OR 0,28 (IC à 95 % 0,15 à 0,57) (Pinar & Karaçam., 2018), niveau de preuve très faible.
- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'expression abdominale et des déchirures légères de grades 1 et 2, OR 0,83 (IC à 95 % 0,43 à 1,56) (Matsuo et al., 2009), mais un lien significatif a bien été établi entre l'expression abdominale et des déchirures de grades 3 et 4, OR 7,81 (IC à 95 % 3,33 à 18,3) (Matsuo et al., 2009), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : deuxième stade

- La méta-analyse de Hofmeyr et al. (2017) a été mise à jour à l'aide de deux études (Akpınar & Kanbur, 2022 ; Sartore et al., 2012). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucune différence significative, DM 8,95 plus élevée (IC à 95 % -1,15 à 19,05), niveau de preuve très faible.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'expression abdominale et une admission en UNSI, OR 1,29 (IC à 95 % 0,49 à 3,42) (Matsuo et al., 2009), niveau de preuve très faible.
- Des scores d'Apgar significativement inférieurs ont été rapportés dans le groupe d'intervention, mais les scores moyens restaient >7. Score d'Apgar après 1 minute, score moyen 8,55 (SD 0,95) contre 9,32 (SD 0,52), DM -0,77 (IC à 95 % -1,0 à -0,5) et score d'Apgar après 5 minutes, score moyen 9,75 (SD 0,53) contre 9,97 (SD 0,15), DM -0,22 (IC à 95 % -0,34 à -0,1) (Akpinar & Kanbur, 2022), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En défaveur de l'intervention. Des risques importants peuvent être liés à la pratique de l'expression abdominale et cette dernière entraîne une augmentation de la douleur chez les parturientes.
- Le recours à l'expression abdominale n'est justifié dans aucune situation.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente. L'expression abdominale ne devrait cependant pas être réalisée.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement déconseillé de pratiquer l'expression abdominale pour faciliter la phase d'expulsion. Le recours à l'expression abdominale n'est justifié dans aucune situation. L'expérience traumatisante pour les parturientes et leurs familles et l'existence de complications rares mais graves justifient de renoncer à cette technique. Le dispensateur de soins doit être conscient des risques maternels, foetaux et néonataux liés à la pratique de l'expression abdominale.

Question clinique 17: Comment gérer le périnée lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 17

- 1. Ne réalisez pas d'épisiotomie en routine, même chez une primipare et en cas d'antécédents de traumatisme périnéal sévère chez une multipare (1D).**
- 2. Envisagez une gestion « hands-on » plutôt qu'une gestion « hands-off » (2D) et envisagez d'utiliser l'une des techniques suivantes pour prévenir tout traumatisme périnéal, compte tenu des préférences de la parturiente et des possibilités disponibles :**
 - Massage périnéal (2C).**
 - Application de chaleur (2D).**
 - Lubrifiant (2D).**

Explication

L'incidence des lésions du périnée est influencée par plusieurs facteurs tels que la parité, les positions de l'accouchement, l'environnement de l'accouchement, la nature du travail, la durée de l'expulsion, le poids de naissance du nouveau-né, (Smith et al., 2013).

Si une épisiotomie est pratiquée, le consentement éclairé de la parturiente est essentiel et il convient de recourir à une anesthésie (locale) efficace. La technique privilégiée est une incision médio-latérale, étant donné que les incisions médianes sont associées à un risque plus élevé de traumatisme périnéal sévère. Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » indiquent que les femmes sont anxieuses à l'idée de subir une épisiotomie, qu'elles souhaitent recevoir des informations complètes à ce sujet et se faire accompagner par des dispensateurs de soins compétents (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Les dispensateurs de soins doivent connaître les différentes techniques permettant de prévenir les traumatismes périnéaux, étant donné que des études qualitatives suggèrent que les femmes peuvent éprouver un sentiment d'échec et se sentir rejetées, déprimées ou dévalorisées après l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Il est important que le dispensateur de soins explique les différentes techniques, discute de leurs avantages et inconvénients avec la parturiente, et qu'elles ne soient réalisées qu'avec le consentement de cette dernière.

La technique hands-on consiste à exercer une pression avec une main à l'arrière de la tête du nouveau-né et à maintenir le périnée avec l'autre, offrant ainsi une aide active à l'engagement des épaules (NB : pas la manœuvre de Ritgen). Une gestion « hands-off » consiste à ne pas toucher le périnée jusqu'au dégagement des épaules du fœtus (Peters, 2015).

Des différences majeures existent dans les recommandations internationales concernant la gestion du massage périnéal au cours de l'expulsion. Une revue Cochrane avec méta-analyse indique, avec un niveau de preuve faible à raisonnable, un effet protecteur du massage périnéal sur le maintien d'un périnée intact et l'incidence des déchirures de grades 3 et 4 et du recours à l'épisiotomie (Aquino et al., 2018).

L'utilisation d'un lubrifiant peut être envisagée pour prévenir les déchirures de grade 2 et des lésions du périnée nécessitant une suture, mais cela n'a aucun impact sur le maintien d'un périnée intact ou les déchirures de grade 1 (Yang et al., 2022).

L'application de chaleur pendant la phase d'expulsion permet d'améliorer la circulation sanguine, de détendre les muscles et d'augmenter la flexibilité du tissu conjonctif (Türkmen et al., 2021). Cependant, la température, la durée et le moment de l'application de chaleur ne sont toujours pas clairs et varient selon les études incluses (Magoga et al., 2019 ; Türkmen et al., 2021).

Recommandation 17.1

Ne réalisez pas d'épisiotomie en routine, même chez une primipare et en cas d'antécédents de traumatisme périnéal sévère chez une multipare (1D).

Fondement

Cette recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cette recommandation s'appuie sur une revue Cochrane avec méta-analyse de Jiang et al. (2017). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

- Jiang et al. (2017) ont inclus 12 ECR. Les études comparaient l'épisiotomie pratiquée en routine et la pratique sélective d'une épisiotomie (comme en cas de détresse néonatale, pour éviter une déchirure grave lors d'une extraction instrumentale). Les auteurs ont conclu que les épisiotomies sélectives entraînaient des traumatismes périnéaux moins sévères.

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué. Cet examen a permis d'inclure une revue systématique avec méta-analyse étudiant l'impact d'une épisiotomie par rapport à l'absence d'épisiotomie (Pereira et al., 2020). La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#) et l'extraction des données à [l'Annexe 6](#).

Les données de l'étude incluse ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à [l'Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Nature de l'accouchement : extraction instrumentale

- Pereira et al. (2020) n'ont rapporté aucun lien significatif entre l'épisiotomie et l'extraction instrumentale, OR 1,40 (IC à 95 % 0,80 à 2,45), niveau de preuve faible.

Durée de l'accouchement

- Aucun lien significatif n'a été établi entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle concernant la durée de la phase d'expulsion, DM 3,71 plus courte (IC à 95 % 21,56 plus courte à 14,14 plus longue) (Pereira et al., 2020), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : traumatisme périnéal

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'épisiotomie et le traumatisme périnéal, OR 0,90 (IC à 95 % 0,61 à 1,33) (Pereira et al., 2020), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : traumatisme périnéal sévère

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'épisiotomie et l'extraction instrumentale, OR 0,46 (IC à 95 % 0,15 à 1,39) (Pereira et al., 2020), niveau de preuve faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques :
- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Il n'existe aucun avantage à l'intervention.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente, ainsi que de la gravité potentielle des complications à éviter.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif de l'épisiotomie, de ses avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Il convient de discuter au préalable avec la parturiente et d'obtenir son consentement explicite avant de pratiquer une épisiotomie.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est fortement déconseillé de pratiquer une épisiotomie en routine, même chez une primipare et en cas d'antécédents de traumatisme périnéal sévère. Si une épisiotomie est pratiquée, le consentement éclairé de la parturiente est essentiel et il convient de recourir à une anesthésie (locale) efficace.

Recommandation 17.2

Envisagez une gestion « hands-on » plutôt qu'une gestion « hands-off » (2D)

Fondement

Intervention : « Hands-on » ou « hands-off »

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cette recommandation incluait une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Aasheim et al., 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Aasheim et al. (2017) ont étudié l'impact des interventions périnéales sur les résultats de l'accouchement. 22 ECR regroupant 15 181 participantes ont été inclus et les interventions suivantes ont été étudiées : massage périnéal, gestion « hands-on », application de chaleur et manœuvre de Ritgen. Le massage périnéal, RR 1,74 (IC à 95 % 1,11 à 2,73), l'application de chaleur, RR 0,46 (IC à 95 % 0,27 à 0,79) et la gestion « hands-on », RR 1,03 (IC à 95 % 0,95 à 1,12) se sont révélées être des interventions efficaces pour prévenir les traumatismes périnéaux. La manœuvre de Ritgen était déconseillée, RR 1,24 (IC à 95 % 0,78 à 1,96).

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

Sept études ont été incluses : cinq méta-analyses (Aquino et al., 2019 ; Magoga et al., 2019 ; Pereira et al., 2020 ; Pierce-Williams et al., 2021 ; Yang et al., 2022) et deux ECR (Califano et al., 2022 ; Türkmen et al., 2021), qui étudiaient l'impact des interventions périnéales sur le statut périnéal. Parmi les études incluses, deux traitent de l'intervention « hands-on » par rapport à l'intervention « hands-off ».

La technique hands-on consiste à exercer une pression avec une main à l'arrière de la tête du nouveau-né et à maintenir le périnée avec l'autre, offrant ainsi une aide active à l'engagement des épaules. Une gestion « hands-off » consiste à ne pas toucher le périnée jusqu'au dégageant des épaules du fœtus. La manœuvre de Ritgen ne fait pas partie d'une technique hands-on.

- Califano et al. (2022) ont inclus 75 participantes. L'intervention consistait à soutenir le périnée et le groupe de contrôle bénéficiait d'une gestion hands-off.
- Pierce-Williams et al. (2019) ont inclus cinq ECR regroupant 7.287 participantes. L'intervention consistait à soutenir le périnée et le groupe de contrôle bénéficiait d'une gestion hands-off.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Statut périnéal : Périnée intact

- La gestion hands-on n'était pas significativement associée au maintien d'un périnée intact, RR 0,96 (IC à 95 % 0,91 à 1,01) (Pierce-Williams et al., 2019), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 1

- Les résultats de l'impact d'une gestion hands-on sur une déchirure de grade 1 étaient incohérents : les déchirures de grade 1 étaient significativement moins nombreuses en cas

de gestion hands-on dans Califano et al. (2022), RR 0,41 (IC à 95 % 0,2 à 0,87). Pierce-Williams (2019) n'a observé aucun lien significatif entre une gestion hands-on et une gestion hands-off, RR 0,96 (IC à 95 % 0,87 à 1,07), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 2

- Les résultats de l'impact d'une gestion hands-on sur une déchirure de grade 2 étaient incohérents :
 - Califano et al. (2022) ont rapporté que les déchirures de grade 2 étaient significativement moins nombreuses en cas de gestion hands-on, RR 0,43 (IC à 95 % 0,19 à 0,99).
 - Pierce-Williams et al. (2019) n'ont observé aucun lien significatif entre une gestion hands-on et les déchirures de grade 2, RR 0,99 (IC à 95 % 0,93 à 1,06), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 3

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus l'ECR de Califano (2022) et trois ECR de la méta-analyse de Pierce-Williams et al. (2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun lien significatif, RR 2,62 plus élevée (IC à 95 % 0,78 à 8,86), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 4

- Aucune différence significative n'a été observée entre une gestion hands-on et une gestion hands-off concernant l'incidence des déchirures de grade 4, RR 3,00 (IC à 95 % 0,13 à 71,22) (Califano et al., 2022), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Épisiotomie

- Les résultats d'une gestion hands-on sur une épisiotomie étaient incohérents. Pierce-Williams et al. (2019) ont rapporté qu'une gestion hands-on était significativement associée à davantage d'épisiotomies, RR 1,59 (IC à 95 % 1,14 à 2,22). Califano et al. (2022) ont rapporté qu'une gestion hands-on avait un effet protecteur par rapport à l'épisiotomie, RR 0,36 (IC à 95 % 0,14 à 0,88), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

- Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif des interventions pour prévenir tout traumatisme périnéal, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Il convient de discuter au préalable avec la parturiente et d'obtenir son consentement explicite avant de pratiquer ces interventions.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un très faible niveau de preuve et de résultats incohérents, de privilégier une gestion « hands-on » plutôt qu'une gestion « hands-off ». La taille de l'échantillon est trop faible pour prendre une décision éclairée en faveur ou en défaveur de l'intervention. Le groupe de projet a choisi de recommander avec précaution la gestion hands-on étant donné que les recommandations internationales, telles que celles de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) et la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017), privilégient également une gestion hands-on.

Dans la présente recommandation, on entend par « hands-on » : l'application d'une pression avec une main à l'arrière de la tête du nouveau-né et le maintien du périnée avec l'autre main, offrant ainsi une aide active à l'engagement des épaules. La gestion hands-on ne consiste en aucun cas à pratiquer une épisiotomie ou une manœuvre de Ritgen.

Dans la présente recommandation, on entend par « hands-off » : le fait de ne pas toucher le périnée jusqu'au dégagement des épaules du fœtus.

Recommandation 17.3

Envisagez d'utiliser l'une des techniques suivantes pour prévenir tout traumatisme périnéal, compte tenu des préférences de la parturiente et des possibilités disponibles : massage périnéal (2C)

Fondement

Intervention 4 : Massage périnéal contre soins standard

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cette recommandation incluait une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Aasheim et al., 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Aasheim et al. (2017) ont étudié l'impact des interventions périnéales sur les résultats de l'accouchement. 22 ECR regroupant 15 181 participantes ont été inclus et les interventions suivantes ont été étudiées : massage périnéal, gestion « hands-on », application de chaleur

et manœuvre de Ritgen. Le massage périnéal, l'application de chaleur et la gestion hands-on se sont révélées être des interventions efficaces pour prévenir les traumatismes périnéaux. La manœuvre de Ritgen a été déconseillée.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Sept études ont été incluses : cinq méta-analyses (Aquino et al., 2018 ; Magoga et al., 2019 ; Pereira et al., 2020 ; Pierce-Williams et al., 2021 ; Yang et al., 2022) et deux ECR (Califano et al., 2022 ; Türkmen et al., 2021), qui étudiaient l'impact des interventions périnéales sur le statut périnéal. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

Une méta-analyse comparant l'impact d'un massage périnéal pendant la phase d'expulsion par rapport à l'absence de massage périnéal a été incluse à partir de l'examen complémentaire de la littérature (Aquino et al., 2018). Aquino et al. (2018) ont inclus neuf ECR regroupant 3 374 participantes.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Statut périnéal : Périnée intact

- Le massage périnéal pendant la phase d'expulsion était significativement associé au maintien d'un périnée intact, RR 1,40 (IC à 95 % 1,01 à 1,93) (Aquino et al., 2018), niveau de preuve raisonnable.

Statut périnéal : Déchirures de grades 1 et 2

- Le massage périnéal pendant la phase d'expulsion n'était pas significativement associé à l'incidence des déchirures de grades 1 et 2, RR 1,12 (IC à 95 % 0,93 à 1,36) (Aquino et al., 2018), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Déchirures de grades 3 et 4

- Le massage périnéal pendant la phase d'expulsion était significativement associé à l'incidence des déchirures de grades 3 et 4, RR 0,49 (IC à 95 % 0,25 à 0,94) (Aquino et al., 2018), niveau de preuve raisonnable.

Statut périnéal : Épisiotomie

- Le massage périnéal pendant la phase d'expulsion était significativement associé à l'incidence d'une épisiotomie, RR 0,56 (IC à 95 % 0,38 à 0,82) (Aquino et al., 2018), niveau de preuve faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif des interventions pour prévenir tout traumatisme périnéal, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Il convient de discuter au préalable avec la parturiente et d'obtenir son consentement explicite avant de pratiquer ces interventions.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, de réaliser un massage périnéal pendant la phase d'expulsion pour prévenir tout traumatisme périnéal. Il est important que le dispensateur de soins explique la technique, discute de ses avantages et inconvénients avec la parturiente, et qu'elle ne soit réalisée qu'avec le consentement éclairé de cette dernière.

Recommandation 17.4

Envisagez d'utiliser l'une des techniques suivantes pour prévenir tout traumatisme périnéal, compte tenu des préférences de la parturiente et des possibilités disponibles : application de chaleur (2D)

Fondement

Intervention : application de chaleur contre soins standard

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cette recommandation incluait une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Aasheim et al., 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Aasheim et al. (2017) ont étudié l'impact des interventions périnéales sur les résultats de l'accouchement. 22 ECR regroupant 15 181 participantes ont été inclus et les interventions suivantes ont été étudiées : massage périnéal, gestion « hands-on », application de chaleur et manœuvre de Ritgen. Le massage périnéal, l'application de chaleur et la gestion hands-

on se sont révélées être des interventions efficaces pour prévenir les traumatismes périnéaux. La manœuvre de Ritgen a été déconseillée.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#). Sept études ont été incluses: cinq méta-analyses (Aquino et al., 2018 ; Magoga et al., 2019 ; Pereira et al., 2020 ; Pierce-Williams et al., 2021 ; Yang et al., 2022) et deux ECR (Califano et al., 2022; Türkmen et al., 2021). Parmi les études incluses, deux traitent de l'application de chaleur par rapport à des soins standard :

- Magoga et al. (2019) ont inclus sept ECR regroupant 2 103 participantes. L'intervention consistait à appliquer de la chaleur.
- Türkmen et al. (2021) ont inclus 100 participantes. L'intervention consistait à appliquer de la chaleur.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Statut périnéal : Périnée intact

- La méta-analyse de Magoga et al. (2019) a été mise à jour avec les données de Türkmen et al. (2021). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'application de chaleur et le maintien d'un périnée intact, RR 1,91 (IC à 95 % 1,05 à 3,48), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 1

- Aucun lien significatif n'a été établi avec l'incidence d'une déchirure de grade 1, RR 1,22 (IC à 95 % 0,93 à 1,60) (Magoga et al., 2019), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 2

- Aucun lien significatif n'a été établi avec l'incidence d'une déchirure de grade 2, RR 1 (IC à 95 % 0,86 à 1,15) (Magoga et al., 2019), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 3

- Un lien significatif a été établi avec l'incidence d'une déchirure de grade 3, RR 0,38 (IC à 95 % 0,22 à 0,64) (Magoga et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Statut périnéal : Déchirure de grade 4

- Un lien significatif a été établi avec l'incidence d'une déchirure de grade 4, RR 0,11 (IC à 95 % 0,01 à 0,86) (Magoga et al., 2019), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Épisiotomie

- La méta-analyse de Magoga et al. (2019) a été mise à jour avec les données de Türkmen et al. (2021). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre l'application de chaleur et l'incidence de l'épisiotomie, RR 0,65 (IC à 95 % 0,54 à 0,79), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif des interventions pour prévenir tout traumatisme périnéal, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Il convient de discuter au préalable avec la parturiente et d'obtenir son consentement explicite avant de pratiquer ces interventions.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, d'appliquer de la chaleur pour prévenir tout traumatisme périnéal. Il est important que le dispensateur de soins explique la technique, discute de ses avantages et inconvénients avec la parturiente, et qu'elle ne soit réalisée qu'avec le consentement éclairé de cette dernière.

Recommandation 17.5

Envisagez d'utiliser l'une des techniques suivantes pour prévenir tout traumatisme périnéal, compte tenu des préférences de la parturiente et des possibilités disponibles : lubrifiant (2D)

Fondement

Intervention 3 : Lubrifiant contre soins standard

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les directives incluses pour la présente recommandation.

Un examen systématique de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6. Une méta-analyse de Yang et al. (2022) concernant l'utilisation de lubrifiant par rapport à des soins standard a été incluse à partir de l'examen de la littérature. 19 ECR regroupant 5 353 participantes qui comparaient l'utilisation de lubrifiant par rapport à des soins standard sans lubrifiant ont été inclus dans cette méta-analyse.

Les données de l'étude incluse ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Statut périnéal : Périnée intact

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'utilisation de lubrifiant et le maintien d'un périnée intact, RR 1,22 (IC à 95 % 0,99 à 1,50) (Yang et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 1

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'utilisation de lubrifiant et l'incidence d'une déchirure de grade 1, RR 1,18 (IC à 95 % 0,92 à 1,52) (Yang et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Statut périnéal : Déchirure de grade 2

- Un lien protecteur significatif a été établi entre l'utilisation de lubrifiant et l'incidence d'une déchirure de grade 2, RR 0,72 (IC à 95 % 0,64 à 0,82) (Yang et al., 2022), niveau de preuve raisonnable.

Statut périnéal : Lésion périnéale

- Un lien protecteur significatif a été établi entre l'utilisation de lubrifiant et l'incidence d'une lésion périnéale, RR 0,84 (IC à 95 % 0,76 à 0,93) (Yang et al., 2022), niveau de preuve faible.

Statut périnéal : Épisiotomie

- Un lien protecteur significatif a été établi entre l'utilisation de lubrifiant et l'incidence d'une épisiotomie, RR 0,77 (IC à 95 % 0,62 à 0,96) (Yang et al., 2022), niveau de preuve très faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.

- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif des interventions pour prévenir tout traumatisme périnéal, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Il convient de discuter au préalable avec la parturiente et d'obtenir son consentement explicite avant de pratiquer ces interventions.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, d'utiliser du lubrifiant pour prévenir tout traumatisme périnéal. Il est important que le dispensateur de soins explique la technique, discute de ses avantages et inconvénients avec la parturiente, et qu'elle ne soit réalisée qu'avec le consentement de cette dernière.

Question clinique 18: Comment gérer le contact peau à peau après un accouchement à bas risque ?

Recommandation 18

- 1. Placez le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure (1B) si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent et recouvrez le nouveau-né avec un linge chaud (PBP).**
- 2. Placez le nouveau-né dans une position sûre et confortable contre sa mère.**

Explication

Le contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et l'enfant après la naissance est un moyen naturel de répondre aux besoins du nouveau-né en bonne santé. Le contact peau à peau est bénéfique pour la prévention du refroidissement, de l'hypoglycémie et de la douleur chez le nouveau-né et s'est également avéré bénéfique pour l'allaitement, le lien mère-enfant, l'adaptation et le développement du nouveau-né (Aghdas et al., 2014 ; Agudelo et al., 2020 ; Dalbye et al., 2011 ; Gabriel et al., 2010 ; Karimi et al., 2019 ; Moore et al., 2007 ; Safari et al., 2018). Donnez suffisamment d'informations à la mère concernant l'importance du contact peau à peau et une position sûre. En tant que dispensateur de soins, observez la situation sans interférer.

Recommandation 18.1

Placez le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure (1B) si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent et que la mère le souhaite, et recouvrez le nouveau-né avec un linge chaud (PBP).

Fondement

placez le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure (1B).

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

- Cette recommandation incluait une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Moore et al., 2007). Une mise à jour de cette revue Cochrane avec méta-analyse a été réalisée en 2016 (Moore et al., 2016). Celle-ci incluait 38 études regroupant 3 472 participants (mères et nouveau-nés). Un lien significatif a pu être démontré entre l'intervention et l'allaitement un à quatre mois après la naissance RR 1,24 (IC à 95 % 1,07 à 1,43) et la durée de la période d'allaitement, DM 64 jours (IC à 95 % 37,96 à 89,50). Un lien significatif a pu être démontré entre l'intervention et l'allaitement exclusif à partir de la sortie de l'hôpital jusqu'à un mois après la naissance et à partir de six semaines à six mois après la naissance, RR 1,30 (IC à 95 % 1,12 à 1,49) et RR 1,50 (IC à 95 % 1,18 à 1,90). Les femmes du groupe d'intervention ont en outre obtenu des scores plus élevés en termes d'efficacité de l'allaitement sur l'IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool), DM 2,28 (IC à 95 % 1,41 à 3,15). Enfin, des liens significatifs ont été observés dans le groupe d'intervention concernant un premier allaitement fructueux, RR 1,32 (IC à 95 % 1,04 à 1,67). Dans le groupe d'intervention, une meilleure stabilité cardiorespiratoire a été mesurée chez le nouveau-né, sans différence significative, DMS 1,24 (IC à 95 % 0,76 à 1,72). Une différence significative a cependant pu être démontrée chez le nouveau-né en termes de glycémie, DM 10,49 (IC à 95 % 8,39 à 12,59). Des températures corporelles similaires ont été mesurées entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, DM 0,30°C (IC à 95 % 0,13°C à 0,47°C). La prudence est de mise dans le cadre de l'interprétation de ces données, étant donné que la méta-analyse incluait aussi des prématurés. La prématurité ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Trois ECR (Aghdas et al., 2014 ; Marín Gabriel et al., 2010 ; Safari et al., 2018), une étude de cohorte rétrospective (Agudelo et al., 2020) et une revue systématique avec méta-analyse (Karimi et al., 2019) ont été inclus. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Aghdas et al. (2014) ont inclus 92 mères et nouveau-nés et étudié l'impact du contact peau à peau immédiat après l'accouchement pendant au moins deux heures lors d'accouchements à bas risque, où les mères avaient l'intention d'allaiter.
- Agudelo et al. (2020) ont inclus 816 mères et nouveau-nés et étudié l'impact du contact peau à peau immédiat après la naissance (dans les dix minutes qui suivent) pendant au moins 40 minutes par rapport à une séparation directe de la mère et du nouveau-né après la naissance.
- Karimi et al. (2019) ont inclus neuf ECR regroupant 1 150 mères et nouveau-nés au total et étudié l'impact du contact peau à peau immédiat après l'accouchement pendant au moins deux heures par rapport à des soins de routine dans le cadre desquels la mère et le nouveau-né ont été séparés directement après la naissance, une lampe chauffante a été utilisée et le nouveau-né a été placé emmaillotté contre sa mère après les soins.
- Marin et al. (2010) ont inclus 138 mères et nouveau-nés et étudié l'impact du contact peau à peau immédiat pendant au moins deux heures par rapport à des soins de routine dans le cadre desquels la mère et le nouveau-né ont été séparés directement après la naissance,

un linge chaud a été utilisé et le nouveau-né a été placé emmaillotté contre sa mère après les soins.

- Safari et al. (2018) ont inclus 108 mères et nouveau-nés et étudié l'impact du contact peau à peau après l'accouchement pendant au moins une heure par rapport à une séparation de la mère et du nouveau-né directement après la naissance, ce dernier ayant été installé sous une lampe chauffante pour les soins, puis placé emmaillotté contre sa mère.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale : Admission en UNSI

- La méta-analyse (Moore et al., 2007) réalisée à partir de la recommandation adaptée a été mise à jour à l'aide des données d'Agudelo et al. (2020). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un lien significatif entre le contact peau à peau immédiat après la naissance pendant au moins 40 minutes et une admission en UNSI, OR 0,52 (IC à 95 % 0,38 à 0,71), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Température du nouveau-né après 30 minutes

- Safari et al. (2014) ont rapporté une différence significative en termes de température du nouveau-né après 30 minutes, DM 1,15°C (IC à 95 % 0,84 à 1,46), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Hypothermie néonatale après 30 minutes

- Safari et al. (2018) ont rapporté un lien significatif avec une hypothermie, RR 0,03 (IC à 95 % 0,01 à 0,22), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Température moyenne du nouveau-né après 1 minute

- Marin et al. (2014) ont rapporté une température corporelle significativement plus basse dans le groupe d'intervention, différence moyenne de -0,3°C (IC à 95 % 0,12°C à 0,47°C), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Augmentation de la température du nouveau-né entre 1 et 5 minutes

- Marin et al. (2014) ont observé une différence significative en termes d'augmentation de la température, différence moyenne de 0,29°C (IC à 95 % 0,14 à 0,43), niveau de preuve raisonnable.

Allaitement : Premier allaitement fructueux

- La méta-analyse de Karimi et al. (2020) a rapporté un lien significatif entre l'intervention, le contact peau à peau pendant au moins deux heures et un premier allaitement fructueux, OR 2,77 (IC à 95 % 1,59 à 4,84). Aghdas et al. (2014) et Safari et al. (2018) n'ont observé aucun lien

significatif, RR 2,24 (IC à 95 % 0,97 à 5,19) et OR 1,09 (IC à 95 % 0,51 à 2,31) respectivement, niveau de preuve très faible.

Allaitement : Délai jusqu'au premier allaitement

- Tant Aghdas et al. (2014) que Safari et al. (2018) ont rapporté une différence significative concernant le délai jusqu'au premier allaitement, après un contact peau à peau, DM 44,57 minutes de moins (IC à 95 % 37,97 à 51,16) (Aghdas et al., 2014) et DM 3,07 minutes de moins (IC à 95 % 1,5 à 4,62) (Safari et al., 2018) respectivement, niveau de preuve très faible.

Si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent et recouvrez le nouveau-né avec un linge chaud (PBP)

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE)

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- La recommandation de placer le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure présente un niveau de preuve modéré.
- La recommandation supplémentaire selon laquelle, si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent, il faut recouvrir le nouveau-né d'un linge chaud repose sur un consensus d'experts et ne s'appuie sur aucune preuve directe.
- Le contact peau à peau ininterrompu entre la mère et le nouveau-né pendant au moins une heure semble bénéfique pour la température du nouveau-né après 30 minutes, la prévention de l'hypothermie et l'admission en UNSI, niveau de preuve modéré.
- Le contact peau à peau ininterrompu entre la mère et le nouveau-né pendant au moins une heure semble défavorable pour la température du nouveau-né à une minute après la naissance. Cependant, la température néonatale augmente de manière significative après cinq minutes. La pertinence clinique de ce critère d'évaluation est limitée, niveau de preuve modéré.
- Le contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et le nouveau-né pendant au moins une heure semble bénéfique pour le démarrage et la durée du premier allaitement, niveau de preuve faible à très faible.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Le contact peau à peau semble bénéfique tant pour la mère que pour le nouveau-né. Aucun inconvénient lié au contact peau à peau n'a été rapporté, à condition que le

nouveau-né fasse l'objet d'une surveillance suffisante en permanence. Il est fortement recommandé de placer le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance. Cependant, recouvrez toujours le nouveau-né avec un linge chaud.

- Selon la nouvelle recommandation européenne « European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth », le nouveau-né en bonne santé présente un bon tonus, un rythme cardiaque supérieur à 100-120 battements/min et un bon effort respiratoire. Les nouveau-nés en bonne santé présentent une cyanose à la naissance, mais ils commencent à devenir roses dans les 30 secondes environ qui suivent le début de la respiration efficace (Madar et al., 2021).

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et nouveau-nés, ainsi que dans la plupart des circonstances.
- La durée du contact peau à peau peut varier en fonction des souhaits de la parturiente (et de son partenaire).

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un niveau de preuve modéré, il est fortement recommandé de placer le nouveau-né en peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance, lorsque l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent et que la mère le souhaite. Il est recommandé que le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né dure au moins une heure. La durée totale du contact peau à peau peut varier en fonction des souhaits de la parturiente (et de son partenaire). Il est fortement recommandé, sans fondements scientifiques, directs de recouvrir le nouveau-né d'un linge chaud pendant le contact peau à peau. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 18.2

Placez le nouveau-né dans une position sûre et confortable contre sa mère. (PBP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). Cette recommandation reposait sur un consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Manque de données probantes.
- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Aucun effet indésirable lié au contact peau à peau entre la mère et l'enfant après l'accouchement n'a été rapporté. Toutefois, plusieurs études de cas soulignant l'importance de la surveillance et d'une position sûre du nouveau-né en prévention d'un malaise grave du nourrisson (apparent life-threatening event) ont été publiées. Ces événements rares mais dramatiques ne doivent pas entraîner la remise en question du contact peau à peau et de ses avantages, mais ils doivent constituer une bonne raison de toujours informer la parturiente de ce en quoi consistent une position sûre et un comportement normal pour un nouveau-né (Andres et al., 2011).

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'installer le nouveau-né dans une position sûre et confortable contre sa mère. Informez toujours la parturiente de ce en quoi consistent une position sûre et un comportement normal pour un nouveau-né. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 19: Comment gérer le clampage du cordon ombilical lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 19

Attendez au moins une minute avant de clamer le cordon ombilical du nouveau-né (1C).

Explication

Un clampage tardif consiste à clamer le cordon ombilical au moins une minute après la naissance du nouveau-né ou jusqu'à l'expulsion du placenta. Un clampage précoce consiste à clamer le cordon ombilical moins d'une minute après la naissance du nouveau-né.

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) et de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE – à partir de l'étape 5.](#)

Selon les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018), il n'est pas recommandé de clamer le cordon moins d'une minute après la naissance. Cette recommandation s'appuie sur la directive de l'OMS « Delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes » (Organisation Mondiale de la Santé, 2014), qui s'est ensuite basée sur la recommandation de la directive de l'OMS « Basic newborn resuscitation » (Organisation Mondiale de la Santé, 2012).

- Sur les 21 études incluses dans la directive de l'OMS « Basic newborn resuscitation » (Organisation Mondiale de la Santé, 2012), 10 études incluaient des nouveau-nés à terme. Le délai de clampage du cordon ombilical variait entre 20 secondes et cinq minutes après la naissance, ou jusqu'à ce que le cordon ombilical cesse d'émettre des pulsations. Les critères d'évaluation varient également selon l'étude. Les recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) reprenaient la conclusion de la directive de l'OMS « Basic newborn resuscitation » (Organisation Mondiale de la Santé, 2012) selon laquelle il existe un faible niveau de preuve que le clampage tardif du cordon n'a aucun impact sur la mortalité et la morbidité sévère. Les données probantes sur l'impact du clampage tardif du cordon sur la photothérapie en cas d'hyperbilirubinémie au cours de la période néonatale immédiate sont de niveau de preuve faible à très faible.

La recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) recommande de retarder le clampage du cordon ombilical jusqu'aux 30 premières secondes chez

les nouveau-nés ne nécessitant pas de réanimation, à l'instar de la recommandation de la Société Française de néonatalogie (Société Française de néonatalogie, 2016).

- La recommandation de la directive de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) s'appuyait sur les directives suivantes : NICE (National Institute for Health Care Excellence, 2017), OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2014), Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2003), International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (2015), Société Française de Néonatalogie (2016) et une revue Cochrane avec méta-analyse (McDonald et al., 2013). Elle a conclu que le clampage tardif du cordon ombilical est une méthode plus physiologique qui peut contribuer à prévenir une carence en fer au cours de la première année de vie, sans conséquences défavorables pour le nouveau-né et pour la parturiente, et avec un risque minimum d'ictère néonatal (Haute Autorité de Santé, 2017).

Tant les recommandations de l'OMS que celles de la HAS recommandent un clampage tardif du cordon ombilical. Le moment et l'impact du clampage tardif du cordon sont cependant incohérents dans les deux directives.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Onze ECR (Al-Tawil et al., 2012 ; Andersson et al., 2011, 2014 ; Berg et al., 1996 ; Carvalho et al., 2019 ; Chen et al., 2018 ; De Paco C et al., 2016 ; Mercer et al., 2017 ; Mohammad et al., 2019 ; Ofojebe et al., 2021 ; Qian et al., 2020 ; Salari et al., 2014 ; Valero et al., 2012) et deux études observationnelles (Carvalho et al., 2019 ; Valero et al., 2012) ont été inclus. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#), l'extraction des données à [l'Annexe 6](#).

- Carvalho et al. (2018) ont inclus 345 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (60-180 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<60 secondes après la naissance).
- Al-Tawil et al. (2012) ont inclus 90 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>60 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<30 secondes après la naissance).
- Andersson et al. (2014) ont inclus 382 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>180 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<10 secondes après la naissance).
- Andersson et al. (2011) ont inclus 322 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>60 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<30 secondes après la naissance).
- Chen et al. (2018) ont inclus 90 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (à 60 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<15 secondes après la naissance).
- Berg et al. (2021) ont inclus 170 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>180 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<60 secondes après la naissance).
- De Paco et al. (2016) ont inclus 45 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (à 120 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<10 secondes après la naissance).
- Mohammad et al. (2019) ont inclus 64 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>90 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<30 secondes après la naissance).

- Ofojebe et al. (2021) ont inclus 102 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (à 60 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<15 secondes après la naissance).
- Mercer et al. (2017) ont inclus 36 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (≥300 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<10 secondes après la naissance).
- Qian et al. (2020) ont inclus 949 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (>30-120 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (<15 secondes après la naissance).
- Salari et al. (2014) ont inclus 27 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (à 180 secondes après la naissance) au clampage précoce du cordon ombilical (à 10 secondes après la naissance).
- Valero et al. (2012) ont inclus 30 participantes et comparé le clampage tardif du cordon ombilical (jusqu'à la réduction des pulsations du cordon ombilical) au clampage précoce du cordon ombilical (<30 secondes après la naissance).

En raison des différents moments des interventions, il a été décidé, dans le cadre de la nouvelle méta-analyse, de calculer une différence moyenne standardisée au lieu d'une différence moyenne normale pour les critères d'évaluation de la bilirubine, de l'hématocrite, de l'hémoglobine et de la ferritine. Le nouveau critère d'effet cumulé a été utilisé pour le système GRADE. Certains résultats ne répondaient pas aux exigences d'une méta-analyse dont les résultats sont présentés de manière narrative. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : Perte de sang maternel

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux ECR (Jiang et al., 2017 ; Ofojebe et al., 2021). Le nouveau critère d'effet cumulé démontrait que le clampage tardif du cordon ombilical n'était pas significativement associé à la quantité moyenne de perte de sang maternel en ml, DM 0,6 (IC à 95 % -11,6 à 12,8), niveau de preuve raisonnable.
- Le clampage tardif est significativement associé à une perte de sang moins élevée (>500 ml), RR 0,66 (IC à 95 % 0,26 à 0,79) (Ofojebe et al., 2021), niveau de preuve élevé.

Durée de la période de délivrance

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux ECR (Chen et al., 2018 ; Salari et al., 2014). Le nouveau critère d'effet cumulé démontrait que le clampage tardif du cordon ombilical entraînait une durée significativement plus longue de la période de délivrance, DM 1,03 minute (IC à 95 % 0,32 à 1,74), niveau de preuve faible.

Critères d'évaluation néonataux

Morbidité néonatale : Score d'Apgar

- Aucune différence significative n'a été observée entre le clampage tardif et le clampage précoce sur le score d'Apgar après 1 minute, DM 0,02 (IC à 95 % -0,27 à 0,23), DM 0,03 (IC à 95 % -0,03 à 0,09), Médiane (plage) 10 (10-10) contre 10 (10-10), Médiane (plage) 6 (1-7) contre 6 (1-7) (Berg et al., 2021 ; Mohammad et al., 2019 ; Ofojebe et al., 2021 ; Qian et al., 2020), niveau de preuve très faible.
- Aucune différence significative n'a été observée entre le clampage tardif et le clampage précoce sur le score d'Apgar après 5 minutes, DM 0,1 (IC à 95 % -0,22 à 0,43), DM 0 (IC à 95

% 0 à 0), RR 0,85 (IC à 95 % 0 à 2,12), Médiane (plage) 8 (2-9) contre 9 (2-9), niveau de preuve faible (Berg et al., 2021 ; Carvalho et al., 2019 ; Mohammad et al., 2019 ; Salari et al., 2014).

Morbidité néonatale : Bilirubine

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus sept études (Al-Tawil et al., 2012 ; Carvalho et al., 2019 ; Chen et al., 2018 ; Mohammad et al., 2019 ; Ofojebe et al., 2021 ; Qian et al., 2020). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucune différence significative entre le clampage tardif et le clampage précoce sur la bilirubine, DMS 0,09 (IC à 95 % -0,03 à 0,21), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Hématocrite

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus six études (Al-Tawil et al., 2012 ; Chen et al., 2018 ; De Paco C et al., 2016 ; Mercer et al., 2017 ; Qian et al., 2020 ; Salari et al., 2014). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait un taux d'hématocrite significativement supérieur en cas de clampage tardif du cordon ombilical, DMS 0,5 (IC à 95 % 0,15 à 0,85). L'impact n'est pas cliniquement pertinent car dans toutes les études, les nouveau-nés se situaient entre 45 % et 61 % de la valeur seuil du taux d'hématocrite sain, niveau de preuve élevé.

Morbidité néonatale : Hémoglobine

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus 11 études (Al-Tawil et al., 2012 ; Andersson et al., 2011, 2014 ; Carvalho et al., 2019 ; De Paco C et al., 2016 ; Mercer et al., 2017 ; Mohammad et al., 2019 ; Ofojebe et al., 2021 ; Qian et al., 2020 ; Salari et al., 2014 ; Valero et al., 2012). Le nouveau critère d'effet cumulé montrait des taux d'hémoglobine significativement supérieurs en cas de clampage tardif du cordon ombilical, DMS 0,46 (IC à 95 % 0,18 à 0,73), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Ferritine et transferrine

- Le clampage tardif du cordon ombilical n'était pas significativement associé à des taux de ferritine et transferrine par rapport au clampage précoce, DMS 0,14 (SE 0,46) et 0,00 (SE 0,11) respectivement (Al-Tawil et al., 2012 ; Andersson et al., 2011), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Globules rouges

- Le clampage tardif du cordon ombilical montrait une différence significative en termes de nombre de globules rouges par rapport au clampage précoce, DM 0,2 (IC à 95 % 0,01 à 0,38) (De Paco et al., 2016), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Nécessité d'une photothérapie

- Le clampage tardif du cordon ombilical n'était pas significativement associé à un risque de photothérapie par rapport au clampage précoce, RR 1,00 (IC à 95 % 0,98 à 1,04) (Ofojebe et al., 2021), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Infection néonatale

- Le clampage tardif du cordon ombilical n'était pas significativement associé à un risque d'infection néonatale par rapport au clampage précoce, RR 1,8 (IC à 95 % 0,98 à 1,17) (Carvalho et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité néonatale : Admission en UNSI

- Le groupe de projet a réalisé une nouvelle méta-analyse et inclus deux études (Carvalho et al., 2019 ; Mohammad et al., 2019). Le nouveau critère d'effet cumulé ne montrait aucun risque significatif lié clampage tardif du cordon ombilical sur une admission en UNSI par rapport au clampage précoce, RR 0,29 (IC à 95 % 0,05 à 1,54), niveau de preuve raisonnable.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Le clampage tardif du cordon ombilical permet une amélioration des taux sanguins néonataux d'hématocrite et d'hémoglobine. Aucun impact n'a pu être démontré quant à un risque accru de photothérapie en raison d'une augmentation de la bilirubine.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est fortement recommandé d'attendre au moins une minute avant de clamper le cordon. Les études étaient conçues différemment et les moments de mesure des résultats étaient différents. La taille de l'échantillon des différentes études était généralement faible, les chances d'observer un impact significatif étaient donc également faibles. Étant donné les avantages du clampage tardif du cordon, le groupe de développement des recommandations recommande le clampage tardif du cordon ombilical. En l'absence de preuves scientifiques cohérentes, aucune déclaration n'a été faite sur le délai maximum du clampage du cordon.

Question clinique 20: Quelle est la marche à suivre au cours de la période de délivrance en prévention d'une hémorragie du post-partum lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 20

1. Envisagez une gestion active plutôt qu'une gestion passive au cours du troisième stade du travail pour éviter une hémorragie du post-partum (2C). La gestion active comprend les interventions suivantes :

a) Envisagez l'administration prophylactique d'ocytocine (2C) après la naissance du nouveau-né (PBP).

b) Une administration intraveineuse d'ocytocine prophylactique est préférable à une administration intramusculaire (1A).

c) Envisagez une traction contrôlée du cordon ombilical uniquement dans les situations où il est souhaitable de réduire la durée du troisième stade du travail (2C).

d) Afin d'améliorer les résultats de l'accouchement, aucune des mesures suivantes ne s'est avérée efficace : le massage utérin et le drainage du cordon ombilical dans le cadre de la gestion active (1D), ainsi que la vidange systématique de la vessie (sauf indication spécifique ; globe vésical, HPP) (PBP).

2. Informez la parturiente de l'objectif, des avantages et inconvénients et des alternatives de l'intervention afin que l'administration prophylactique d'ocytocine soit une décision partagée, avec le consentement exprès de la parturiente (PBP).

3. Respectez le choix de la parturiente si elle préfère une gestion passive à une gestion active (PBP). een actief beleid boven een passief beleid tijdens de derde fase (nageboortetijdperk) van de bevalling ter preventie van postpartumbloedingen (2C).

Explication

La période de délivrance, ou troisième stade du travail, est la période qui suit immédiatement la naissance du nouveau-né et se termine par l'expulsion du placenta (Begley et al., 2019 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Pour parler d'un déroulement de la troisième phase du travail, le placenta doit être expulsé spontanément dans un délai d'une demi-heure. La recommandation d'observer la parturiente pendant encore une demi-heure en l'absence de perte de sang et d'attendre le processus physiologique est tirée de la directive de l'OMS « Managing complications in pregnancy and childbirth » (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Si le placenta n'est pas expulsé spontanément après une heure, une intervention est nécessaire. Ceci ne relève plus du champ d'application de la présente recommandation.

La gestion active de la phase de délivrance comprend des interventions qui sont réalisées dans l'heure qui suit la naissance du nouveau-né, en vue de prévenir une hémorragie du post-partum et/ou de faciliter la durée de la période de délivrance et le processus d'expulsion du placenta. Il peut s'agir de l'administration prophylactique de médicaments utérotoniques, de la traction contrôlée du cordon ombilical, du massage utérin et du drainage du cordon ombilical.

Le GDR a connaissance de plusieurs interventions susceptibles d'avoir un impact sur le troisième stade de l'accouchement, notamment la mise au sein du nouveau-né, un environnement calme et relaxant, des lumières tamisées et une position verticale de la mère offrant la contribution bénéfique de la gravité (Fahy et al., 2010 ; Reed et al., 2019). Cependant, la recherche systématique d'une comparaison entre les gestions passive et active de la période de délivrance n'a pas permis de trouver une littérature de qualité recommandant ou réfutant ces interventions. Le groupe de développement des recommandations inclut ces interventions physiologiques dans le programme de recherche.

Le GDR tient à souligner que le choix de la parturiente doit être une prise de décision partagée dans le cadre de laquelle elle a été informée de l'objectif de l'administration prophylactique d'ocytocine par voie intraveineuse ou intramusculaire, ainsi que de la traction contrôlée du cordon ombilical, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients des alternatives. Elle doit, dans ce cadre, disposer de suffisamment de temps pour prendre une décision et donner son consentement exprès. Ce sujet doit idéalement faire l'objet d'une discussion pendant les soins prénatals.

Recommandation 20.1

Envisagez une gestion active plutôt qu'une gestion passive au cours du troisième stade du travail pour éviter une hémorragie du post-partum (2C).

Fondement

Aucune recommandation traitant spécifiquement de la gestion active par rapport à la gestion passive au cours de la période de délivrance n'a été sélectionnée dans les directives incluses. Une revue systématique Cochrane avec méta-analyse (Begley et al., 2019) a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Begley et al. (2019) ont comparé la gestion active au cours de la période de délivrance à la gestion passive lors d'accouchements par voie basse à bas risque. La méta-analyse incluait trois ECR. La gestion active était définie comme suit : administration prophylactique

d'utérotoniques pendant ou immédiatement après la naissance du nouveau-né (5 à 10 UI d'ocytocine en IM ou IV ; 0,5 mg d'ergométrine en IM ou IV ou 5 UI d'ocytocine + 0,5 mg d'ergométrine en IM ou IV) associée à la section précoce du cordon ombilical après la naissance du nouveau-né (dans la minute qui suit) et à une traction contrôlée du cordon ombilical.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : Hémorragie du post-partum (HPP) >500 ml

- La gestion active était significativement associée à moins d'HPP >500 ml par rapport à la gestion passive, RR 0,33 (IC à 95 % 0,20 à 0,56) (Begley et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre les gestions active et passive et la morbidité maternelle, RR 0,31 (IC à 95 % 0,05 à 2,17) (Begley et al., 2019), niveau de preuve faible.

Morbidité maternelle : Rétention placentaire ou retrait manuel du placenta

- Aucun lien significatif n'a été observé entre les gestions active et passive et la rétention placentaire ou le retrait manuel du placenta, RR 3,58 (IC à 95 % 0,42 à 30,61) (Begley et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Vomissements maternels entre l'accouchement et 2 heures après l'accouchement

- Aucun lien significatif n'a été observé entre les gestions active et passive et les vomissements maternels, RR 5,63 (IC à 95 % 0,69 à 46,08) (Begley et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Durée du troisième stade du travail

- Aucune différence significative n'a été observée entre les gestions active et passive et la durée de la phase de délivrance, DM 0,3 minutes de moins (IC à 95 % -1,87 à 1,27) (Begley et al., 2019), niveau de preuve raisonnable.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

Applicabilité

- La recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.
- La littérature incluse ne faisait aucune distinction entre l'ocytocine avec et sans ergométrine ou uniquement l'ergométrine. Dans le contexte belge, la préférence ira à l'ocytocine.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un niveau de preuve modéré, d'accorder la préférence à une gestion active plutôt qu'à une gestion passive au cours du troisième stade de l'accouchement en prévention d'une hémorragie du post-partum. Le groupe d'intervention de la méta-analyse incluse comprenait plusieurs utérotoniques, alors que dans le contexte belge, on utilise majoritairement de l'ocytocine. De plus, chaque intervention peut avoir des conséquences sur les résultats de l'accouchement. Par conséquent, la recherche a été étendue aux interventions individuelles de gestion active au cours de la période de délivrance.

Recommandation 0.2

Envisagez l'administration prophylactique d'ocytocine (2C) après la naissance du nouveau-né (PBP).

Une administration intraveineuse d'ocytocine prophylactique est préférable à une administration intramusculaire (1A).

Fondement

Aucune recommandation traitant spécifiquement de l'administration prophylactique d'ocytocine n'a été sélectionnée dans les directives incluses. Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Celui-ci a permis d'inclure une revue Cochrane avec méta-analyse (Salati et al., 2019) donnant spécifiquement une réponse à l'intervention : administration prophylactique d'ocytocine (dose de 3 à 5 UI jusqu'à une dose de 10 UI). Salati et al. (2019) ont étudié l'impact de l'administration d'ocytocine, d'un placebo ou l'absence de médicament et ont inclus neuf ECR. Salati et al. (2019) ont étudié l'impact de l'administration d'ocytocine, d'un placebo ou l'absence de médicament et ont inclus neuf ECR.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés de manière narrative ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- L'administration d'ocytocine était significativement associée à moins d'HPP >500 ml, RR 0,51 (IC à 95 % 0,37 à 0,72) (Salati et al., 2019), niveau de preuve faible.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- L'administration d'ocytocine était significativement associée à moins d'HPP >1 000 ml, RR 0,59 (IC à 95 % 0,42 à 0,83) (Salati et al., 2019), niveau de preuve faible.

Morbidité maternelle : Rétention placentaire ou retrait manuel du placenta

- Aucun lien significatif n'a été établi entre l'administration d'ocytocine et la rétention ou le retrait manuel du placenta, RR 1,27 (IC à 95 % 0,89 à 1,82) (Salati et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Durée de la période de délivrance

- L'administration d'ocytocine n'était pas significativement différente quant à la durée de la période de délivrance, DM 3,61 minutes de moins (IC à 95 % -9,06 à 1,83) (Salati et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Recommandation 1 a Partie 2 : Envisagez l'administration prophylactique d'ocytocine (2C) après la naissance du nouveau-né (PBP).

Aucune recommandation concluante traitant spécifiquement du meilleur moment pour l'administration prophylactique d'ocytocine n'a été sélectionnée dans les directives incluses.

Un examen systématique de la littérature a été effectué, dans le cadre duquel un ECR traitant de l'administration prophylactique d'ocytocine avant ou après l'expulsion du placenta sur les résultats de l'accouchement (Yildirim & Ozyurek, 2018) a été inclus. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#) et l'extraction des données à l'[Annexe 6](#).

- Yildirim & Ozyurek (2018) ont inclus 349 participantes ayant reçu de l'ocytocine (10 UI) au cours de la première minute suivant la naissance du nouveau-né par rapport à des participantes ayant reçu de l'ocytocine (10 UI) après l'expulsion du placenta.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'[Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre l'administration d'ocytocine au cours de la première minute suivant la naissance et une HPP >500 ml, RR 0,70 (IC à 95 % 0,27 à 1,79) (Yildirim & Ozyurek, 2018), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre l'administration d'ocytocine au cours de la première minute suivant la naissance et une HPP >1 000 ml, RR 0,99 (IC à 95 % 0,14 à 6,98) (Yildirim & Ozyurek, 2018), niveau de preuve faible.

L'étude n'a montré aucune différence significative entre l'administration prophylactique d'ocytocine avant ou après l'expulsion du placenta (Yildirim & Ozyurek, 2018). Le moment de l'administration de l'ocytocine a été inclus dans la procédure Delphi. Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Recommandation 1b : Une administration intraveineuse d'ocytocine prophylactique est préférable à une administration intramusculaire (1A).

La recommandation a été adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) qui se référaient à d'autres directives de l'OMS. La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

- Dans la directive de l'OMS « Recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth » (Organisation Mondiale de la Santé, 2021), l'utilisation d'ocytocine (10 UI, IM/IV) est recommandée pour la prévention des HPP lors de tout accouchement. Lorsqu'une femme dispose déjà d'un accès veineux, l'administration lente (pendant une minute) de 10 UI d'ocytocine en IV est préférable à une administration en IM. Cette recommandation s'appuyait sur une méta-analyse d'Oladapo et al. (2018) qui incluait trois ECR, niveau de preuve très faible.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Une revue Cochrane avec méta-analyse a été incluse (Oladapo et al., 2020) ; une mise à jour de la méta-analyse d'Oladapo et al. a été réalisée (2018). La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#) et l'extraction des données à [l'Annexe 6](#).

- La méta-analyse d'Oladapo et al. (2020) incluait six ECR regroupant 7 731 participantes au total et a étudié l'impact de l'administration d'ocytocine en IV par rapport à une administration d'ocytocine en IM. La méta-analyse d'Oladapo et al. (2020) incluait six ECR regroupant 7 731 participantes au total et a étudié l'impact de l'administration d'ocytocine en IV par rapport à une administration d'ocytocine en IM.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à [l'Annexe 7](#).

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- L'administration d'ocytocine en IV est significativement associée à plus faible risque d'HPP >500 ml contrairement à une administration d'ocytocine en IM, RR 0,78 (IC à 95 % 0,66 à 0,92) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve élevé.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucune différence significative n'a été observée entre l'administration prophylactique d'ocytocine en IV par rapport à une administration en IM, RR 0,65 (IC à 95 % 0,39 à 1,08) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve faible.
- Dans toutes les études sauf une, le risque de HPP >1 000 ml était plus faible avec de l'ocytocine en intraveineuse. L'étude ayant observé une forte augmentation du risque de HPP >1 000 ml en cas d'administration intraveineuse était petite et contribuait seulement à 3 % du nombre total de cas. Lorsque cette étude a été retirée de la méta-analyse, l'hétérogénéité a été éliminée et l'effet du traitement était en faveur de l'ocytocine en intraveineuse, RR 0,61 (IC à 95 % 0,42 à 0,88), niveau de preuve élevé.

Morbidité maternelle : Rétention placentaire ou retrait manuel du placenta

L'administration prophylactique d'ocytocine en IV n'était pas significativement associée à une rétention ou à un retrait manuel du placenta, RR 0,73 (IC à 95 % 0,52 à 1,03) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle : Morbidité sévère

- Aucun lien significatif n'a été observé entre l'administration prophylactique d'ocytocine en IV par rapport à une administration en IM et une morbidité sévère (telle qu'une hystérectomie, une admission aux soins intensifs, la défaillance d'un organe ou un coma), RR 0,78 (IC à 95 % 0,45 à 1,36) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle : Nausées

- Aucun lien significatif n'a été observé entre l'administration prophylactique d'ocytocine en IV par rapport à une administration en IM et les nausées chez la mère, RR 1 (IC à 95 % 0,06 à 15,92) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve faible.

Durée de la période de délivrance > 30 minutes

- Aucun lien significatif n'a été observé entre l'administration prophylactique d'ocytocine en IV par rapport à une administration en IM et la durée de la période de délivrance, RR 0,82 (IC à 95 % 0,35 à 1,94) (Oladapo et al., 2020), niveau de preuve raisonnable.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve élevé quant au mode d'administration de l'ocytocine.
- Niveau de preuve faible quant à l'administration prophylactique d'ocytocine.
- Aucune littérature n'a été incluse concernant le moment idéal de l'administration prophylactique d'ocytocine. Cela repose sur un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En faveur de l'intervention pour la prévention d'une HPP.
- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients de l'administration prophylactique d'ocytocine – équilibre possible entre les deux.
- Oladapo et al. (2020) ont conclu que l'administration d'ocytocine en IV est associée à la prévention d'une HPP lors d'un accouchement par voie basse, contrairement à une administration en IM. L'administration IV ne présente aucun risque supplémentaire. Les effets secondaires de l'ocytocine sont similaires entre l'administration en IV et l'administration en IM. Le choix du mode d'administration dépendra de la situation dans

laquelle se trouve la parturiente, de son choix personnel et d'un accès IV déjà présent ou non.

- Il est important que la parturiente soit suffisamment informée de l'objectif de l'intervention. L'administration prophylactique d'ocytocine doit être une prise de décision partagée avec le consentement de la parturiente. Le mode d'administration dépend de la préférence de la parturiente, des habitudes des dispensateurs de soins et de la situation.
- L'ocytocine peut réduire le risque d'HPP et aucun inconvénient grave n'a en outre été rapporté (Salati et al., 2019). L'administration en IV est privilégiée par rapport à l'administration en IM. Toutefois, cela ne doit pas donner lieu à la pose systématique d'un accès veineux (perfusion ou cathéter) chez des parturientes à bas risque obstétrical, ou lorsque la parturiente a fait un autre choix (Oladapo et al., 2020).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison du choix et des attentes de la parturiente ainsi que des habitudes des dispensateurs de soins.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.
- L'administration prophylactique d'ocytocine est une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées. Si l'ocytocine est administrée à titre prophylactique, l'administration intraveineuse est privilégiée.
- Le groupe de travail a exprimé ses préoccupations quant à la dose de 10 UI d'ocytocine, adaptée à partir des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) La revue Cochrane avec méta-analyse de Salati et al. (2019) incluait neuf ERC. La littérature incluse n'était pas concluante concernant la dose recommandée.

Applicabilité

- Cette recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, de procéder à une administration prophylactique d'ocytocine pour prévenir toute hémorragie du post-partum. L'administration prophylactique d'ocytocine doit être une prise de décision partagée avec le consentement exprès de la parturiente.

Si de l'ocytocine est administrée, il est fortement recommandé, sur la base d'un niveau de preuve élevé, d'administrer l'ocytocine par voie intraveineuse. Toutefois, cela ne doit pas donner lieu à la pose systématique d'un accès veineux (perfusion ou cathéter) chez des parturientes à bas risque obstétrical.

En l'absence de preuves scientifiques, aucune déclaration n'a été faite sur la dose optimale d'administration d'ocytocine en prévention de l'hémorragie du post-partum.

Recommandation 20.3

Envisagez une traction contrôlée du cordon ombilical uniquement dans les situations où il est souhaitable de réduire la durée du troisième stade du travail (2c).

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

La recommandation s'appuyait à cette fin sur l'examen de la littérature de Dupont et al. (2014) qui étudiait l'impact des différentes interventions au cours de la période de délivrance, dont la traction contrôlée du cordon ombilical. Il en est ressorti qu'aucune méthode mécanique ne s'est avérée efficace pour limiter le risque de HPP lors d'un accouchement par voie basse.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. Celui-ci a permis d'inclure une méta-analyse donnant spécifiquement une réponse à l'intervention : traction contrôlée du cordon ombilical par rapport à l'absence de traction contrôlée du cordon ombilical (Du et al., 2014). La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

Du et al. (2014) ont inclus cinq ECR comparant la traction contrôlée du cordon ombilical + utérotoniques et/ou clampage tardif du cordon 1-3 min. et/ou massage utérin par rapport à gestion passive/absence de traction contrôlée du cordon ombilical) + utérotoniques et/ou clampage tardif du cordon 1-3 min. et/ou massage utérin. Du et al. (2014) ont inclus cinq ECR comparant la traction contrôlée du cordon ombilical + utérotoniques et/ou clampage tardif du cordon 1-3 min. et/ou massage utérin par rapport à gestion passive/absence de traction contrôlée du cordon ombilical) + utérotoniques et/ou clampage tardif du cordon 1-3 min. et/ou massage utérin.

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- La traction contrôlée du cordon ombilical était significativement associée à une HPP >500 ml, RR 0,93 (IC à 95 % 0,87 à 0,99) (Du et al., 2014), niveau de preuve raisonnable.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre une traction contrôlée du cordon ombilical et une HPP >1 000 ml, RR 0,91 (IC à 95 % 0,77 à 1,08) (Du et al., 2014), niveau de preuve faible.

Morbidité maternelle : Retrait manuel du placenta

- La traction contrôlée du cordon ombilical était significativement associée à un retrait manuel du placenta, RR 0,70 (IC à 95 % 0,58 à 0,84) (Du et al., 2014), niveau de preuve raisonnable.

Mortalité maternelle ou morbidité sévère

- Aucun lien significatif n'a été observé entre une traction contrôlée du cordon ombilical et une morbidité sévère, RR 1,55 (IC à 95 % 0,88 à 2,72) (Du et al., 2014), niveau de preuve faible. Par mortalité sévère, on entend : une hystérectomie, la défaillance d'un organe et une admission en USI.

Durée de la période de délivrance

- La traction contrôlée du cordon ombilical était associée à une durée significativement plus courte de la période de délivrance, 3,2 minutes, RR 0,93 (IC à 95 % -3,21 à -3,19) (Du et al., 2014), niveau de preuve raisonnable.

La traction contrôlée du cordon ombilical combinée à des utérotoniques réduit de manière significative le risque d'hémorragie du post-partum et de retrait manuel du placenta, et réduit significativement la durée de la période de délivrance. Étant donné que l'intervention de traction contrôlée du cordon ombilical est associée à l'administration d'utérotoniques, dont des résultats antérieurs ont démontré l'impact significatif de réduction du risque d'hémorragie du post-partum en cas d'administration d'ocytocine (Oladapo et al., 2020 ; Salati et al., 2019), la traction contrôlée du cordon ombilical dans le cadre d'interventions multiples semble avoir un impact sur la durée de la période de délivrance ainsi qu'un effet protecteur pour le retrait manuel du placenta.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Incertitude quant aux avantages ou aux inconvénients – équilibre possible entre les deux.
- La traction contrôlée du cordon ombilical est recommandée dans les situations où il est souhaitable de réduire la durée de la période de délivrance. Du et al. (2014) évoquent l'importance de la formation professionnelle requise pour acquérir la compétence manuelle de traction contrôlée du cordon ombilical car celle-ci peut entraîner des complications telles qu'une rupture du cordon ombilical et une inversion utérine (Deneux-Tharoux et al., 2013). L'incidence d'une rupture du cordon ombilical était relativement élevée, RR 44,30 (IC à 95 % 10,90 à 179,60) si la procédure n'était pas un acte de routine pour le personnel (Deneux-Tharoux et al., 2013).

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

- Il s'agit d'une recommandation très faible, des alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées.

Applicabilité

- La recommandation est vraisemblablement applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, de réaliser une traction contrôlée du cordon ombilical en association avec des utérotoniques en tant qu'intervention au cours de la période de délivrance, étant donné qu'elle semble efficace dans la prévention d'une hémorragie du post-partum. La traction contrôlée du cordon ombilical semble également avoir un effet protecteur sur le retrait manuel du placenta et sur la durée de la période de délivrance. En cas de consentement de la parturiente, la traction contrôlée du cordon ombilical peut être pratiquée dans les situations où il est souhaitable de réduire la durée de la période de délivrance et à condition que le dispensateur de soins soit familiarisé et formé à cet acte et qu'il ait obtenu le consentement de la parturiente.

Recommandation 20.4

Afin d'améliorer les résultats de l'accouchement, aucune des mesures suivantes ne s'est avérée efficace : le massage utérin et le drainage du cordon ombilical dans le cadre de la gestion active (1D), ainsi que la vidange systématique de la vessie (sauf indication spécifique ; globe vésical, HPP) (PBP).

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). La recommandation s'appuyait à cette fin sur l'examen de la littérature de Dupont et al. (2014) et un ECR de De Paco et al. (2016). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Dupont et al. (2014) ont étudié l'impact des différentes interventions au cours de la période de délivrance, dont la traction contrôlée du cordon ombilical. L'étude indique qu'aucune méthode mécanique ne s'est avérée efficace pour limiter le risque de HPP lors d'un accouchement par voie basse.
- De Paco et al. (2016) ont étudié les effets d'un clampage tardif du cordon sur la période de délivrance, les paramètres hématologiques maternels et le statut acido-basique chez des fœtus à terme. Les auteurs ont conclu que le clampage tardif du cordon ombilical n'a pas d'impact significatif sur les résultats sanguins (taux de globules rouges, hématoците et hémoglobine) de la mère 48 h après l'accouchement.

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

- Celui-ci a permis d'inclure une revue systématique avec méta-analyse comparant le massage utérin pour favoriser l'expulsion du placenta + ocytocine (10 UI) et l'absence de massage utérin + ocytocine (10 UI) (Hofmeyr et al., 2013).
- Deux ECR comparant le drainage du cordon ombilical et l'absence de drainage du cordon ombilical pendant la période de délivrance ont été inclus (Afzal et al., 2019 ; Ascioglu et al., 2014).

Les données des études incluses ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Le tableau GRADE figure à l'Annexe 7.

Intervention 1 : Massage utérin au cours de la période de délivrance contre aucune intervention

- Hofmeyr et al. (2013) ont inclus trois ECR regroupant 1 291 participantes au total. Les auteurs n'ont rapporté aucun impact du massage utérin sur les résultats de l'accouchement.

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé quant à une HPP >5000 ml, RR 1,56 (IC à 95 % 0,44 à 5,49) (Hofmeyr et al., 2013), niveau de preuve très faible.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé quant à une HPP >1 000 ml, RR 0,91 (IC à 95 % 0,77 à 1,08) (Hofmeyr et al., 2013), niveau de preuve très faible.

Intervention 2 : Drainage du cordon ombilical après l'avoir coupé contre clampage du cordon après au moins une minute.

- Ascioglu et al. (2015) ont inclus 527 participantes et comparé le drainage du cordon ombilical après l'avoir coupé (pas de clampage du côté maternel) contre clampage du cordon. Une TCC a été pratiquée dans les deux groupes.
- Afzal et al. (2019) ont inclus 200 participantes et comparé la gestion active + drainage du cordon ombilical à la gestion active où le cordon est clampé immédiatement.

Critères d'évaluation maternels

Morbidité maternelle : HPP >500 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre un massage utérin au cours de la période de délivrance et une HPP >5000 ml, OR 0,5 (IC à 95 % 0,2 à 1,1) (Ascioglu et al., 2014), niveau de preuve très faible.

Morbidité maternelle : HPP sévère >1 000 ml

- Aucun lien significatif n'a été observé entre un massage utérin au cours de la période de délivrance et une HPP >1 000 ml, RR 0,75 (IC à 95 % 0,41 à 1,38) (Afzal et al., 2019), niveau de preuve très faible.

Durée de l'accouchement : Durée de la période de délivrance

- Asicioglu et al. (2015) et Afzal et al. (2019) ont observé une durée significativement plus courte de l'expulsion du placenta lorsqu'un drainage du cordon était pratiqué et suivi d'une TCC, avec une différence moyenne de -4,20 minutes (IC à 95 % -4,70 à -3,60) et -2,77 minutes (IC à 95 % -2,16 à -3,88) respectivement, niveau de preuve faible.
- Le drainage du cordon ombilical associé à une traction contrôlée du cordon ombilical entraîne une durée significativement plus courte de la période de délivrance, DM -3,20 minutes (IC à 95 % -3,21 à -3,19) (Du et al., 2014).

Intervention 3 : Vidange de la vessie (sauf indication spécifique ; globe vésical, HPP)

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude étudiant l'impact d'une vidange de la vessie au cours de la période de délivrance n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- La recommandation de ne pas réaliser de massage utérin et de drainage du cordon ombilical dans le cadre d'une gestion active présente un très faible niveau de preuve.
- Malgré un drainage du cordon ombilical associé à une traction contrôlée du cordon ombilical et une période de délivrance raccourcie, la question est de savoir quelle est la pertinence clinique de ces minutes lors d'un accouchement à bas risque où il n'est pas question de perte de sang > 500 ml.
- L'ajout de la vidange systématique de la vessie (sauf indication spécifique ; globe vésical, HPP) repose sur un consensus d'experts et ne s'appuie sur aucune preuve directe.
- La parturiente doit être informée au sujet de ces actes fréquemment pratiqués qui reposent sur un faible niveau et une faible qualité de preuve afin de pouvoir faire un choix éclairé et de donner son consentement.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- En défaveur de l'intervention de massage utérin.
- Le rôle du drainage du cordon ombilical sur la durée de la période de délivrance n'est pas clair.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est vraisemblablement acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un très faible niveau de preuve, il est déconseillé d'inclure le massage utérin et le drainage du cordon ombilical dans le cadre d'une gestion active de la période de délivrance, en raison d'une qualité de preuve très faible quant à l'impact du massage utérin et du drainage du cordon.

Il est fortement recommandé, sans fondements scientifiques directs, de ne pas vider la vessie au cours de la période de délivrance. La vidange de la vessie ne semblait pas être une mesure efficace selon les membres du groupe de travail lors du deuxième tour Delphi, sauf indication spécifique ; globe vésical, HPP. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 20.5

Informez la parturiente de l'objectif, des avantages et inconvénients et des alternatives de l'intervention afin que l'administration prophylactique d'ocytocine soit une décision partagée, avec le consentement exprès de la parturiente (PBP).

Respectez le choix de la parturiente si elle préfère une gestion passive à une gestion active (PBP).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour ces recommandations (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé les PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.
- Dans un environnement où l'ocytocine peut également être administrée à titre curatif, le choix de la femme peut être respecté si elle préfère une gestion passive.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est fortement recommandé, sans fondements scientifiques directs, de justifier une gestion passive de la période de délivrance si la parturiente préfère celle-ci à une gestion active, respectez son choix. Dans le cadre des soins liés à la naissance en Belgique, l'ocytocine est toujours disponible et peut être administrée de manière curative en cas d'HPP. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 21: Comment gérer l'examen du périnée lors d'un accouchement à bas risque ?

Recommandation 21

- 1. Après l'accouchement, vérifiez l'absence de traumatisme périnéal, vaginal ou génital. Pour ce faire, placez la parturiente dans une position confortable n'interférant pas avec le premier contact mère-enfant mais offrant au dispensateur de soins une vision suffisante sur le périnée et les structures génitales (PBP).**
- 2. Demandez son consentement éclairé et réalisez l'examen avec précaution. Pendant l'examen du périnée et des organes génitaux, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente et consignez minutieusement les résultats dans le dossier médical (PBP).**

Explication

Les traumatismes périnéaux sont des lésions du périnée, de la peau, des lèvres, de l'urètre, du clitoris, des muscles périnéaux ou du sphincter anal (Priddis et al., 2014). Dans la présente recommandation, le statut périnéal concerne un ensemble de traumatismes éventuels directement liés à l'accouchement par voie basse qui précède, y compris l'épisiotomie. Les mutilations génitales, infections ou mycoses antérieures à l'accouchement ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation.

Les traumatismes périnéaux surviennent plus fréquemment chez les primipares, en cas d'extractions instrumentales ou d'accouchements sous analgésie locorégionale et entraînent plus de risques d'inconforts tels que la douleur et la dyspareunie après l'accouchement (Macarthur & Macarthur, 2004).

Les chiffres exacts du nombre de traumatismes périnéaux en Belgique ne sont pas connus. Le rapport annuel du Centre d'Épidémiologie Périnatale publié en 2021 ne rapportait que des données concernant le périnée dans le cadre d'accouchements spontanés en position céphalique (N=42 919) où une épisiotomie a été pratiquée dans 28,5 % des cas (46,2 % chez des primipares et 17,1 % chez des multipares) (Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2021). Le rapport annuel ne fournit aucune donnée sur le pourcentage de femmes dont le périnée restait intact lors d'accouchements à bas risque (Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2021). Par conséquent, il n'est pas possible de se prononcer sur l'incidence de la nécessité d'une suture.

Les déchirures de grade 1 au niveau des organes génitaux externes, autres que le périnée, ne nécessitent généralement pas d'intervention, à moins que la plaie ne saigne ou que les bords de la plaie ne se mettent pas bien en place. Il est important d'observer correctement le périnée pour

pouvoir informer la parturiente de tout inconfort éventuel (tel que la douleur, la dyspareunie, une mauvaise cicatrisation) résultant de la blessure (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2016).

Les déchirures de grade 2 sont suturées par le dispensateur de soins sous analgésie locale (infiltration), en accordant une attention spécifique à la couche musculaire (musculus bulbocavernosus).

Les déchirures de grade 3 constituent une complication sévère consécutive à l'accouchement. Elles sont moins fréquentes que les déchirures de grades 1 et 2, mais provoquent plus d'inconfort et peuvent entraîner des symptômes graves (incontinence) dans le post-partum, d'où l'importance de les détecter et de les traiter en temps utile (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2016). Un traitement clinique est nécessaire et ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation. Les recommandations ne s'appliquent qu'aux déchirures de grades 1 et 2. En cas de déchirure de grade 3, un renvoi vers un environnement clinique est nécessaire.

Le GDR tient à souligner que la parturiente doit être dûment informée de l'objectif de l'examen périnéal, de ses avantages et de ses inconvénients, ainsi que des avantages et des inconvénients des alternatives. Elle doit, dans ce cadre, disposer de suffisamment de temps pour prendre une décision et donner son consentement exprès.

Recommandation 21.1

Après l'accouchement, vérifiez l'absence de traumatisme périnéal, vaginal ou génital. Pour ce faire, placez la parturiente dans une position confortable n'interférant pas avec le premier contact mère-enfant mais offrant au dispensateur de soins une vision suffisante sur le périnée et les structures génitales (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Les structures périnéales et génitales doivent être contrôlées après l'accouchement afin de pouvoir évaluer l'étendue du traumatisme et les interventions nécessaires. Pour prévenir au mieux la douleur, l'incontinence, la dyspareunie et une mauvaise cicatrisation des plaies, il est nécessaire de classer correctement le traumatisme et de choisir les interventions adéquates. Il ne faut cependant pas perturber le premier contact mère-enfant et veiller au confort de la parturiente.

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de contrôler les structures périnéales et génitales après l'accouchement pour détecter tout traumatisme. Ce contrôle doit être effectué le plus tôt possible après l'accouchement. Veillez à avoir une vision suffisante sur les structures périnéales sans compromettre le premier contact mère-enfant. La parturiente doit pouvoir s'allonger à tout moment dans une position confortable avec son nouveau-né.

Recommandation 21.2

Demandez le consentement éclairé de la parturiente et réalisez l'examen avec précaution. Pendant l'examen du périnée et des organes génitaux, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente et consignez minutieusement les résultats dans le dossier médical (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir

MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'informer suffisamment la parturiente de l'objectif de l'inspection du périnée et des organes génitaux pour détecter tout traumatisme, de ses avantages et de ses inconvénients, ainsi que des avantages et des inconvénients des alternatives. La parturiente doit disposer de suffisamment de temps pour prendre une décision et donner son consentement exprès. Dans le cadre d'un consentement éclairé, expliquez à la femme à quel moment l'inspection du vagin et du périnée est effectuée (apparence, étendue, classification du traumatisme) et effectuez l'inspection avec précaution. Notez ensuite les résultats dans le dossier médical.

Question clinique 22: Comment gérer les soins du périnée après un accouchement à bas risque ?

Recommandation 22

- 1** Veillez toujours à ce que la suture de la lésion périnéale soit effectuée sous analgésie locale ou locorégionale suffisante. Demandez le consentement exprès de la parturiente avant de procéder à la suture (PBP).
- 2** En cas de déchirure de grade 2, suturez toujours la couche musculaire (PBP).
- 3** Pendant la suture de la lésion périnéale, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente. Consignez la technique de suture appliquée et le matériel utilisé dans le dossier médical (PBP).
- 4** La thérapie topique par le froid, par exemple l'application de glace ou de coussinets de gel, est une méthode recommandée afin de soulager la douleur périnéale (1C).
- 5** Si une analgésie par voie orale est nécessaire, optez de préférence pour du paracétamol, sauf contre-indication (1A).
- 6** Sauf contre-indication, envisagez la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale ou rectale lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol semblent inefficaces (2A).

Explication

Informez la parturiente de l'objectif de la suture en cas de lésion périnéale, expliquez-lui les avantages et les inconvénients de la suture, ainsi que les avantages et les inconvénients des alternatives si la parturiente ne souhaite pas de suture. Après avoir donné ces informations, la parturiente doit donner son consentement exprès avant de procéder à la suture. Veillez à toujours prévoir un moyen suffisant de gestion de la douleur pendant et après la suture des éventuels traumatismes.

Recommandation 22.1

Veillez toujours à ce que la suture de la lésion périnéale soit effectuée sous analgésie locale ou locorégionale suffisante. Demandez le consentement exprès de la parturiente avant de procéder à la suture (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude pertinente n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Aucune preuve scientifique n'a été trouvée sur le moment de la suture. La question du moment de la suture a été soumise aux groupes de travail dans le cadre de la procédure Delphi, mais elle n'a pas fait l'objet d'un consensus. Par conséquent, aucune déclaration n'a été faite concernant le moment de la suture et cette question figure au programme de recherche au chapitre 7.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- La suture est une intervention invasive qui peut interférer avec le premier contact mère-enfant. Essayez d'offrir le plus de confort possible à la parturiente et veillez à ce que la gestion de la douleur soit adéquate. Il peut s'agir à la fois d'une anesthésie locale ou d'une analgésie locorégionale si elle est déjà présente.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Agissez toujours en concertation avec la parturiente. Donnez-lui la possibilité de choisir le moment de la suture. Donnez-lui des informations sur les actes pratiqués pendant la suture, la technique de suture, la cicatrisation de la plaie et tout risque éventuel d'infection. Ne procédez à la suture qu'avec le consentement exprès de la parturiente.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de suturer la lésion périnéale après l'accouchement, le cas échéant. Demandez le consentement exprès de la parturiente avant de procéder à la suture. Veillez toujours à ce que la suture de la lésion périnéale soit effectuée sous analgésie locale ou locorégionale suffisante. Le moment de la suture n'a pas fait l'objet d'un consensus. Par conséquent, aucune déclaration n'a été faite concernant le moment de la suture. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 22.2

En cas de déchirure de grade 2, suturez toujours la couche musculaire (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses.

Aucune étude n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#). Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Une couche musculaire ayant subi un traumatisme doit être suturée pour assurer la fonctionnalité à long terme du muscle.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de suturer la couche musculaire en cas de déchirure de grade 2. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 22.3

Pendant la suture de la lésion périnéale, fournissez suffisamment d'informations à la parturiente. Consignez la technique de suture appliquée et le matériel utilisé dans le dossier médical (PBP).

Fondement

Ce PBP a été rédigé par le groupe de projet en l'absence de données probantes. Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucune étude n'a été incluse après un examen systématique de la littérature. La stratégie de recherche figure à [l'Annexe 4](#).

Le groupe de projet a donc formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à [l'Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de fournir suffisamment d'explications à la femme pendant la suture de la lésion périnéale et de consigner la technique de suture appliquée et le matériel utilisé dans le dossier médical. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 22.4

La thérapie topique par le froid, par exemple l'application de glace ou de coussinets de gel, est une méthode recommandée afin de soulager la douleur périnéale (1C).

Fondement

La recommandation a été adaptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022), lequel a lui-même été repris à partir des recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- La recommandation s'appuyait sur 13 études qui concluaient que le traitement topique par le froid de la douleur périnéale (par exemple l'application de glace ou de coussinets de gel) était plus efficace qu'un traitement par placebo (Corkill et al., 2001 ; East et al., 2020 ; Harrison et al., 1987 ; Harrison & Brennan, 1987a, 1987b ; Hedayati et al., 2005 ; Hutchins et al., 1985 ; Kim et al., 2020 ; Minassian, 2002 ; Moore & James, 1989 ; Steen, 2002 ; Steen et al., 2000 ; Steen & Cooper, 1998).

Un examen complémentaire de la littérature a été effectué. Une revue Cochrane avec méta-analyse (East et al., 2020) qui étudiait la différence, en termes de douleur périnéale dans le postpartum (immédiat), entre l'application d'une thérapie par le froid au moyen de glace ou d'un coussinet de gel par rapport à l'absence de traitement a été incluse. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4 et l'extraction des données à l'Annexe 6.

Les données de l'étude incluse ont été extraites pour établir des tableaux GRADE, pour ensuite formuler un niveau de preuve GRADE. Les résultats sont présentés ci-dessous par critère d'évaluation. Les tableaux GRADE figurent à l'Annexe 7.

Critères d'évaluation maternels

Douleur (périnéale)

- Une différence significative a été observée, en termes de douleur, après quatre à six heures après l'accouchement, en faveur de l'intervention, DM 4,46 plus faible (IC à 95 % 5,07 plus faible à 3,85 plus faible) (East et al., 2020), niveau de preuve faible.
- Aucun lien significatif n'a été observé quant à la probabilité de présence d'une douleur 24 heures après l'accouchement entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, RR 1,03 (IC à 95 % 0,82 à 1,29) (East et al., 2020), niveau de preuve faible.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la douleur dans les 24 heures consécutives à l'accouchement entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, DM 0,41 (IC à 95 % 1,78 plus faible à 0,95 plus élevée) (East et al., 2020), niveau de preuve faible.
- La probabilité de présence d'une douleur 24 heures à 48 heures après l'accouchement était significativement plus faible dans le groupe d'intervention, RR 0,73 (IC à 95 % 0,57 à 0,94) (East et al., 2020), niveau de preuve modéré.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la douleur 24 heures à 48 heures après l'accouchement entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, DM 0,41 plus

faible (IC à 95 % 1,78 plus faible à 0,95 plus élevée) (East et al., 2020), niveau de preuve faible.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve, d'appliquer un traitement topique par le froid en cas de douleur périnéale.

Recommandation 22.5

Si une analgésie par voie orale est nécessaire, optez de préférence pour du paracétamol, sauf contre-indication (1A).

Fondement

La recommandation a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022), lequel a lui-même été repris à partir des recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) et complété par de la nouvelle littérature. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- La recommandation s'appuyait sur trois études, deux ECR (Beaver & McMillan, 1980 ; Skovlund et al., 1991) et une revue systématique (Chou et al., 2013) étudiant l'effet analgésique du paracétamol en cas de douleur périnéale. L'administration de paracétamol s'est avérée efficace pour soulager la douleur au niveau du périnée.

Après un examen systématique de la littérature, aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. C'est pourquoi la recommandation et les fondements associés ont été repris tels quels du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve élevé.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un niveau de preuve élevé, il est fortement recommandé de privilégier le paracétamol si une analgésie par voie orale est nécessaire, sauf contre-indication. Cette recommandation a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Recommandation 22.6

Sauf contre-indication, envisagez la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale ou rectale lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol semblent inefficaces (2A).

Fondement

La recommandation a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022), lequel a lui-même été repris à partir des recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). La sélection des recommandations est présentée dans [les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5](#).

La recommandation s'appuyait sur quatre études (Beaver & McMillan, 1980 ; Hedayati et al., 2003 ; Molakatalla et al., 2020; Wuytack et al., 2016) étudiant l'effet analgésique des AINS en cas de douleur périnéale. Les auteurs ont conclu que l'administration d'AINS en cas de douleur périnéale peut être utile en raison de l'effet analgésique (Beaver & McMillan, 1980 ; Hedayati et al., 2003 ; Molakatalla et al., 2020 ; Wuytack et al., 2016).

Après un examen systématique de la littérature, aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. C'est pourquoi la recommandation et les fondements associés ont été repris tels quels du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Niveau de preuve élevé.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques.
- Les effets secondaires des AINS (tels que douleurs d'estomac, nausées, vomissements, etc.) doivent être pris en compte.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut varier en fonction des circonstances, de la parturiente individuelle ou des valeurs sociales.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Il est recommandé, sous réserve d'un faible niveau de preuve et sauf contre-indication, d'envisager la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale ou rectale lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol semblent inefficaces.

« Il existe des preuves de certitude élevée que les analgésiques oraux ont un effet analgésique significativement meilleur sur la douleur périnéale que le placebo dans les 48 premières heures après l'accouchement. Aucune donnée n'est disponible pour la période après 48 heures. Les analgésiques oraux ne provoquent pas plus d'effets secondaires que le placebo. Les preuves de certitude élevée ne montrent aucune différence dans le contrôle de la douleur entre le paracétamol et l'hydrocodéine et entre les AINS et le paracétamol. Les avantages de l'utilisation d'analgésiques oraux pour les douleurs périnéales dans les 48 premières heures du post-partum l'emportent clairement sur les inconvénients. Les avantages des AINS, de l'aspirine et de l'hydrocodéine par rapport au paracétamol ne sont pas clairs. Par conséquent, les auteurs ont

formulé une faible recommandation en faveur du paracétamol comme premier choix pour soulager les douleurs périnéales dans la période du post-partum, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications. »

Cette recommandation, avec ses fondements et sa conclusion, a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Question clinique 23: En quoi doit consister le premier examen de la parturiente après un accouchement à bas risque ?

Recommandation 23

1. Examinez le placenta, les membranes et le cordon ombilical pour vérifier leur intégralité et leur état (PBP).

2. Effectuez une observation clinique et un contrôle de la parturiente au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Cela consiste au minimum à observer et contrôler :

- **Le tableau clinique général.**
- **Les pertes de sang.**
- **La douleur.**

Les contrôles et observations susmentionnés requièrent une attention et une vigilance particulières de la part du dispensateur de soins au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Les contrôles sont consignés par le dispensateur de soins qui a effectué le contrôle (PBP).

3. En l'absence de pertes vaginales anormales, l'évaluation de l'utérus par palpation ou mesure abdominale en tant qu'observation systématique n'est pas nécessaire (1C).

4. Vérifiez les paramètres suivants de la mère dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né : respiration, pouls, tension artérielle et température (PBP).

5. Observez et discutez avec la mère de son état psycho-émotionnel dans les deux heures qui suivent l'accouchement (PBP).

6. Consignez le moment où la mère a uriné après l'accouchement (PBP).

Explication

Les recommandations existantes issues de différentes recommandations (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2017 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018) soulignent l'importance d'une observation clinique étroite et fréquente de la mère. Cette observation débute immédiatement après la naissance du nouveau-né et requiert l'attention du ou des dispensateurs de soins qui ont accompagné l'accouchement. Au cours des

deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né, l'observation porte principalement sur le tableau clinique général de la mère (comme la couleur, la réactivité, le comportement, l'expression du visage, etc.), la douleur et la perte de sang. Bien que l'accent soit mis sur la physiologie, le dispensateur de soins doit toujours être vigilant lorsque la situation devient anormale sur le plan physiologique (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2017 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

En lien avec l'observation de la perte de sang immédiatement après l'expulsion du placenta, il est important de vérifier l'état et l'intégralité du placenta lui-même, des membranes et du cordon ombilical. De plus, la palpation de l'utérus n'est pas recommandée lorsque la quantité de cette perte de sang est normale. En revanche, la palpation de l'utérus est utile lorsque le saignement est de quantité supérieure à la normale (Tency et al., 2022). Les paramètres vitaux de la parturiente doivent être vérifiés dans les deux heures qui suivent l'expulsion du placenta. Si cela est cliniquement indiqué, par exemple en cas de perte de sang importante, de malaise de la parturiente, de pâleur de la peau, de douleur extrême... ces paramètres doivent être contrôlés plus tôt. En cas de paramètres non conformes aux valeurs normales, la mesure doit être réitérée. Si les paramètres restent anormaux, il convient d'envisager un renvoi vers des soins de deuxième ligne, si cela n'a pas encore été fait. Le suivi d'une femme qui a accouché et qui ne remplit pas les conditions d'un profil à bas risque ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Une femme qui a accouché doit être en mesure de vider complètement sa vessie dans les six heures qui suivent l'accouchement. Dans le cas contraire, il est question de rétention urinaire (Tency et al., 2022). Le traitement de la rétention urinaire ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation. La gestion correcte de la rétention urinaire figure dans le « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). Une liste de signaux d'alerte d'une rétention urinaire figure également dans ce guide (Tency et al., 2022).

Les observations physiques ne sont pas les seules à être importantes. C'est pourquoi vous devez également observer et discuter avec la femme de son état psycho-émotionnel. Discutez avec elle du déroulement de l'accouchement, répondez à ses éventuelles questions et interrogez-la sur ses émotions et ses pensées. Si l'expérience de l'accouchement a été potentiellement négative ou traumatisante, il vaut mieux ne pas le faire et cela doit faire l'objet d'un suivi (National Institute for Health and Care Excellence, 2018 ; Rose et al., 2002). Donnez à la femme des informations sur les possibilités de discuter ultérieurement de son expérience de l'accouchement, si elle en ressent le besoin.

Recommandation 23.1

Examinez le placenta, les membranes et le cordon ombilical pour vérifier leur intégralité et leur état (PBP).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Des résidus placentaires peuvent entraîner une HPP. Il convient donc de toujours vérifier qu'il est bien complet (Organisation Mondiale de la Santé, 2012).

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Interrogez toujours la parturiente sur ses préférences concernant la destination finale du placenta.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de toujours vérifier soigneusement l'intégralité et l'état du placenta, des membranes et du cordon ombilical. Cela contribue à la prévention de l'hémorragie du post-partum. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 23.2

Effectuez une observation clinique et un contrôle de la mère au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Cela consiste au minimum à observer et contrôler :

- **Le tableau clinique général.**
- **Les pertes de sang.**
- **La douleur.**

Les contrôles et observations susmentionnés requièrent une concentration et une vigilance particulières de la part du dispensateur de soins au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et sont consignés par le dispensateur de soins qui a effectué le contrôle.

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) et des recommandations de l’OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Ces deux directives reposaient sur un consensus d’experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE – à partir de l’étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n’a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l’applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d’un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d’une procédure Delphi. Le processus d’élaboration des PBP figure à l’Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d’évaluation critiques

- Aucune preuve directe n’a été incluse, sur la base d’un consensus d’experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l’emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Aucune variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Demandez toujours à la femme/aux parents leur autorisation pour réaliser les observations et n’interférez pas avec le premier contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n’est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'effectuer une observation clinique et un contrôle de la mère au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Ces contrôles consistent au minimum à : contrôler la perte de sang maternel, le tableau clinique général et la douleur. Les deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né sont les plus cruciales pour prévenir une HPP et d'autres complications. Par conséquent, pour des raisons de sécurité, effectuez systématiquement ces contrôles avec le consentement de la mère. Les contrôles et observations susmentionnés requièrent une concentration et une vigilance au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et sont consignés par le dispensateur de soins qui a effectué le contrôle. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 23.3

En l'absence de pertes de sang vaginales anormales, l'évaluation de l'utérus par palpation ou mesure abdominale en tant qu'observation systématique n'est pas nécessaire (1C).

Fondement

La recommandation et ses fondements ont été adoptés à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Cette recommandation reposait sur les recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Elle incluait quatre études sur l'évaluation de l'utérus par palpation abdominale en l'absence de pertes vaginales anormales : un examen de la littérature de Bick et al. (2002), deux études observationnelles de Cluet et al. (1995, 1997) et une étude observationnelle de Bergstrom et al. (1992).
- « *Les études ont conclu qu'il existe des preuves de faible certitude montrant que l'évolution utérine est très différente d'une femme post-partum à l'autre. Il existe également des preuves de faible certitude d'une fiabilité inter et intra examinateur insuffisante de la mesure de la hauteur du fond de l'utérus. Cela démontre que la surveillance systématique de l'utérus par palpation abdominale et/ou mesure de la hauteur du fond de l'utérus n'a aucune valeur pour savoir s'il est question d'une hémorragie secondaire du post-partum.* » (Tency et al., 2022).

Après un examen systématique de la littérature, aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. La stratégie de recherche figure à l'Annexe 4. C'est pourquoi la recommandation et les fondements associés ont été repris tels quels du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Faible niveau de preuve.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les inconvénients de l'intervention l'emportent clairement sur les avantages. La palpation de l'utérus est une intervention inutile en l'absence de perte de sang anormale. Lorsque cette intervention est pratiquée malgré tout, le consentement exprès de la femme doit toujours être demandé.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- La puissance de la recommandation peut changer en cas de disponibilité de données probantes de meilleure qualité.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation n'est vraisemblablement pas encore acceptable pour les parties prenantes étant donné que la palpation de l'utérus est encore une pratique courante dans les soins liés à la naissance en Belgique et qu'elle est enseignée dans les formations.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un faible niveau de preuve, il est déconseillé de procéder à une palpation de l'utérus en tant qu'observation de routine en présence d'une perte de sang normale. Cette recommandation a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Recommandation 23.4

Vérifiez les paramètres suivants de la mère dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né : respiration, pouls, tension artérielle et température (PBP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017) et des recommandations de l'OMS sur les « Soins intrapartum » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Ces deux directives reposaient sur un consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Demandez toujours l'autorisation pour réaliser les observations et n'interférez pas avec le premier contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de contrôler les paramètres maternels suivants dans les deux heures qui suivent la naissance du placenta : respiration, pouls, tension artérielle et température. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 23.5

Observez et discutez avec la mère de son état psycho-émotionnel dans les deux heures qui suivent l'accouchement (PBP).

Fondement

Aucune recommandation n'a été sélectionnée dans les recommandations incluses. Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base d'un consensus et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.
- Le fait d'observer et de discuter avec la parturiente de son état psycho-émotionnel est principalement destiné à assurer le bien-être émotionnel de la femme.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Discutez avec elle du déroulement de l'accouchement, répondez à ses éventuelles questions et interrogez-la sur ses émotions et ses pensées. Si l'expérience de l'accouchement a été potentiellement négative ou traumatisante, il vaut mieux ne pas le faire et cela doit faire l'objet d'un suivi (National Institute for Health and Care Excellence, 2018 ; Rose et al., 2002). Donnez à la femme des informations sur les possibilités de discuter de son expérience de l'accouchement avec un dispensateur de soins, si elle en ressent le besoin.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est fortement recommandé d'observer l'état psycho-émotionnel de la femme et d'en discuter avec elle dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 23.6

Consignez le moment où la mère a uriné après l'accouchement (PBP).

Fondement

Ce PBP a été adapté à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). Cette recommandation incluait un examen de la littérature (Saultz et al., 1991) qui étudiait la rétention urinaire du post-partum et a fourni des preuves indirectes pour la recommandation. Finalement, la recommandation a été rédigée sur la base d'un consensus d'experts par le biais d'une procédure Delphi. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé que la femme vide sa vessie dans les six heures qui suivent la naissance du nouveau-né. Les groupes de travail confirment l'importance de vider la vessie après l'accouchement en prévention de la rétention urinaire du post-partum. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Question clinique 24: En quoi consiste le premier examen du nouveau-né après un accouchement à bas risque ?

Recommandation 24

1. Déterminez le score d'Apgar du nouveau-né à une et cinq minutes et notez-le dans le dossier médical (PBP).

2. Effectuez une observation clinique du nouveau-né au cours des deux premières heures qui suivent la naissance. Celle-ci consiste au minimum à vérifier :

- **La respiration.**
- **La couleur.**
- **Le tonus.**

Les observations susmentionnées requièrent une concentration et une vigilance particulières de la part du dispensateur de soins au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et sont consignées par le dispensateur de soins qui a effectué les observations.

3. Accompagnez la mère dans le cadre de ses possibilités afin de placer elle-même le nouveau-né au sein au plus vite après la naissance, si cela est conforme à son choix et si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent (PBP).

4. Postposez les soins et le contrôle de routine du nouveau-né au moins jusqu'à la première heure qui suit la naissance (PBP).

a) Ces soins et ce contrôle systématiques consistent au minimum en un premier examen clinique du nouveau-né, la mesure de sa taille, du périmètre crânien et du poids, ainsi qu'un contrôle de sa température corporelle (PBP).

b) Ces soins sont toujours réalisés en présence du (des) parent(s) et au minimum avec son (leur) consentement (PBP).

5. Proposez au(x) parent(s) une prophylaxie à la vitamine K pour le nouveau-né afin de prévenir toute hémorragie due à une carence en vitamine K (1A). Administrez la vitamine K en une dose intramusculaire unique de 1 mg

(PBP). Si le(s) parent(s) refuse(nt) l'administration intramusculaire de vitamine K à leur nouveau-né (PBP) :

a) Proposez alors une administration de vitamine K par voie orale comme deuxième option.

b) Conseillez au(x) parent(s) d'administrer de la vitamine K par voie orale conformément aux instructions du fabricant et informez-les que plusieurs doses sont nécessaires.

Explication

Placez un nouveau-né en bonne santé qui prend un bon départ peau à peau contre sa mère immédiatement après la naissance. Les avantages du contact peau à peau sont abordés au chapitre 5.4.1. Le score d'Apgar doit être déterminé à une et cinq minutes. Ce score n'est pas destiné à identifier les nouveau-nés nécessitant une réanimation. Cependant, les éléments individuels de ce score, tels que la respiration, le rythme cardiaque et le tonus, s'ils sont évalués rapidement, peuvent contribuer à identifier les nourrissons susceptibles d'avoir besoin d'une réanimation (Madar et al., 2021). Selon Madar et al (2021), le nouveau-né en bonne santé présente un bon tonus, un rythme cardiaque supérieur à 100/120 bpm et un bon effort respiratoire. Les nouveau-nés en bonne santé présentent une cyanose à la naissance, mais ils commencent à devenir roses dans les 30 secondes environ qui suivent le début de la respiration efficace (Madar et al., 2021). Les observations anormales constatées et leur traitement correct et approprié ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation.

En raison de l'importance de déterminer si le nouveau-né est en bonne santé, les paramètres (respiration, couleur et tonus) doivent être contrôlés fréquemment au cours des premières heures qui suivent la naissance, idéalement par le dispensateur de soins qui a accompagné l'accouchement. Les parents doivent également toujours être informés des valeurs normales de ces paramètres.

Accompagnez la mère dans le cadre de ses possibilités afin de placer elle-même le nouveau-né au sein au plus vite après la naissance. Idéalement, le nouveau-né doit commencer à téter dans l'heure qui suit la naissance, afin de répondre de manière optimale à ses besoins et de stimuler la production de lait (OMS & UNICEF, 2018). Ne prodiguez les soins de routine qu'après que le nouveau-né a été en contact peau à peau ininterrompu avec sa mère pendant au moins une heure et, idéalement, après une première tétée. Si la mère préfère retarder les premiers soins de routine, il convient de respecter sa décision.

Le premier examen clinique du nouveau-né est de préférence effectué par le dispensateur de soins qui a accompagné l'accouchement et donne une première impression de l'état de santé et de la vitalité du nouveau-né. L'objectif de cet examen est de détecter des anomalies physiques majeures et d'identifier des problèmes nécessitant un renvoi vers le dispensateur de soins pertinent (Haute Autorité de Santé, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Parallèlement au premier examen clinique, le poids, la taille et le périmètre crânien du nouveau-né sont mesurés. La température corporelle doit également être mesurée (par voie rectale) (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Enfin, le groupe de projet recommande d'administrer de la vitamine K au nouveau-né dans les six heures qui suivent sa naissance afin de prévenir les hémorragies dues à une carence en vitamine K. Une dose intramusculaire unique de 1 mg semble être efficace dans ce cadre. Si la femme préfère une administration de vitamine K par voie orale, elle doit être correctement informée de son applicabilité et des doses de suivi. Dans tous les cas, les parents doivent toujours donner leur consentement avant l'administration de vitamine K à leur bébé (Tency et al., 2022). S'ils refusent l'administration, malgré des informations correctes quant aux avantages et inconvénients, il convient de respecter leur décision.

Recommandation 24.1

Déterminez le score d'Apgar du nouveau-né à une et cinq minutes et notez-le dans le dossier médical (PBP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). Cette recommandation reposait sur un consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour ces recommandations (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent sur les inconvénients ou les risques.
- Malgré l'absence de données probantes de qualité élevée et la précision modérée du score d'Apgar pour prédire la mortalité et la morbidité néonatales (National Institute for Health and Care Excellence., 2017), le groupe de projet recommande toujours que le score d'Apgar soit évalué à une et cinq minutes. Le score d'Apgar peut être utile pour détecter les signes de problèmes hémodynamiques, tels que la cyanose, l'hypoperfusion, la bradycardie, l'hypotonie, la dépression respiratoire ou l'apnée (Simon et al., 2023).

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.

- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont vraisemblablement limités.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de déterminer le score d'Apgar du nouveau-né à une et cinq minutes et de le consigner minutieusement dans le dossier médical. Malgré la précision modérée du score d'Apgar pour prédire la mortalité et la morbidité néonatales, il est toujours recommandé de déterminer le score d'Apgar. Ce score peut être utile pour détecter les signes de problèmes hémodynamiques, tels que la cyanose, l'hypoperfusion, la bradycardie, l'hypotonie, la dépression respiratoire ou l'apnée. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 24.2

Effectuez une observation clinique du nouveau-né au cours des deux premières heures qui suivent la naissance. Celle-ci consiste au minimum à vérifier :

- **La respiration.**
- **La couleur.**
- **Le tonus.**

Les observations susmentionnées requièrent une concentration et une vigilance particulières au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et sont consignées par le dispensateur de soins qui a effectué les observations (PBP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé 2017). Cette recommandation repose sur un consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir

MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'[Annexe 10](#).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'effectuer une observation clinique du nouveau-né au cours des deux premières heures qui suivent la naissance. Ce contrôle inclut au minimum : la respiration, la couleur et le tonus.

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de maintenir une concentration et une vigilance particulières lors de l'observation au cours des deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né et que le dispensateur de soins qui a effectué le contrôle consigne les résultats de ces observations.

Ces recommandations ont été rédigées conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 24.3

Accompagnez la mère dans le cadre de ses possibilités afin de placer elle-même le nouveau-né au sein au plus vite après la naissance, si cela est conforme à son choix et si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent (PBP).

Fondement

Cette recommandation a été partiellement adaptée à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). Cette recommandation repose sur un

consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE – à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour cette recommandation (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- Si le nouveau-né ne tète pas dans l'heure qui suit la naissance, il peut être bénéfique de lui proposer du colostrum tiré manuellement (WHO & UNICEF, 2018). La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé d'accompagner la mère dans le cadre de ses possibilités afin de placer elle-même le nouveau-né au sein au plus vite après la naissance, si cela est conforme à son choix et si l'état clinique de la mère et celui du nouveau-né le permettent. Cette recommandation a été rédigée conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 24.4

Postposez les soins et le contrôle de routine du nouveau-né au moins jusqu'à la première heure qui suit la naissance. Ces soins et ce contrôle systématiques consistent au minimum en un premier examen clinique du nouveau-né, la mesure de sa taille, du périmètre crânien et du poids, ainsi qu'un contrôle de sa

température corporelle. Ces soins sont toujours réalisés en présence du (des) parent(s) et au minimum avec son (leur) consentement (PBP).

Deze zorgen worden steeds toegediend in het bijzijn van de ouder(s) en minimaal met toestemming van de ouder(s) (GPP).

Fondement

Ce PBP a été partiellement adapté à partir de la recommandation de la HAS « Accouchement normal » (Haute Autorité de Santé, 2017). Cette recommandation repose sur un consensus d'experts. La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

Aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé pour ces recommandations (voir MÉTHODOLOGIE).

Le groupe de projet a formulé le PBP sur la base de ces preuves indirectes et a rationalisé les fondements et l'applicabilité dans la pratique, conformément aux conditions d'un PBP (voir MÉTHODOLOGIE). Les groupes de travail ont validé le PBP par le biais d'une procédure Delphi. Le processus d'élaboration des PBP figure à l'Annexe 10.

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- Aucune preuve directe n'a été incluse, sur la base d'un consensus d'experts.

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent sur les inconvénients ou les risques.
- Une heure de peau à peau au minimum avec la mère immédiatement après la naissance (voir chapitre 5.4.1.) importe plus que la pratique des premiers soins et contrôles de routine. Lorsque la santé de la mère et celle du nouveau-né le permettent, il est donc préférable de retarder ces soins et cet examen d'au moins une heure.

Valeurs et préférences

- Variabilité minimale à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Autres

- Les observations qui doivent être réalisées après les deux premières heures qui suivent la naissance du nouveau-né ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation et sont abordées dans le « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Conclusion

Sur la base d'un consensus d'experts, il est recommandé de retarder les soins et le contrôle de routine du nouveau-né au moins jusqu'à la première heure qui suit la naissance. Ces soins et ce contrôle systématiques consistent au minimum en un premier examen clinique du nouveau-né, la mesure de sa taille, du périmètre crânien et du poids, ainsi qu'un contrôle de sa température corporelle. Ces soins sont toujours réalisés en présence du (des) parent(s) et au minimum avec son (leur) consentement. Ces recommandations ont été rédigées conformément aux conditions d'un PBP.

Recommandation 24.5

Proposez au(x) parent(s) une prophylaxie à la vitamine K pour le nouveau-né afin de prévenir toute hémorragie due à une carence en vitamine K (1A). Administrez la vitamine K en une dose intramusculaire unique de 1 mg. Si le(s) parent(s) refusent l'administration intraveineuse de vitamine K à leur nouveau-né, proposez alors une administration de vitamine K par voie orale comme deuxième option. Conseillez au(x) parent(s) d'administrer de la vitamine K par voie orale conformément aux instructions du fabricant et informez-les que plusieurs doses sont nécessaires (PBP).

Fondement

La recommandation et ses fondements ont été adoptés à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022). Les auteurs de cette recommandation se sont appuyés sur les recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health Care Excellence, 2015). La sélection des recommandations est présentée dans les étapes de la matrice ADAPTE - à partir de l'étape 5.

- Les recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health Care Excellence, 2015) incluaient plusieurs études sur l'utilité et la pratique de l'administration de vitamine K pour prévenir les hémorragies dues à une carence en vitamine K. Sur la base d'un niveau de preuve élevé, il est recommandé d'administrer de la vitamine K pour son efficacité dans la prévention des hémorragies dues à une carence en vitamine K. Les recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) incluaient des études avec des prématurés, lesquels ne relèvent pas du champ d'application de la présente recommandation.
- Étant donné que la recommandation présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels, le groupe de développement des recommandations sur les soins postnatals

estime qu'il est fortement recommandé aux parents de proposer une prophylaxie à la vitamine K à leur nouveau-né. Il est vrai qu'il n'est pas tout à fait certain qu'une dose intramusculaire unique de 1 mg puisse être considérée comme la méthode d'administration la plus clinique et la plus rentable. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour déterminer la dose et le mode d'administration les plus appropriés (voie orale ou intramusculaire) (Tency et al., 2022).

Un examen systématique complémentaire de la littérature a été effectué au niveau de la recommandation en raison de la pertinence et des controverses qui existent dans la pratique. La stratégie de recherche figure à l'[Annexe 4](#).

Aucune étude plus récente répondant aux critères d'inclusion n'a été trouvée. C'est pourquoi la recommandation et les fondements associés ont été repris tels quels du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

Considérations

Évaluation globale des effets et du niveau de preuve concernant les critères d'évaluation critiques

- La recommandation de proposer une prophylaxie à la vitamine K présente un niveau de preuve élevé.
- La recommandation relative au mode d'administration de la vitamine K repose sur un consensus d'experts et ne s'appuie sur aucune preuve directe.
- Les recommandations du NICE « Postnatal care up to 8 weeks after birth » (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) incluaient cependant aussi des études avec des prématurés, il convient donc de lire la recommandation d'un œil critique (Tency et al., 2022).

Équilibre entre avantages et inconvénients

- Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques.

Valeurs et préférences

- Variabilité à prévoir en raison des habitudes des dispensateurs de soins et des attentes de la parturiente.
- La recommandation peut être appliquée à la plupart des femmes et dans la plupart des circonstances.
- Demandez l'autorisation d'administrer de la vitamine K et respectez le choix des parents quant au mode d'administration.

Applicabilité

- La recommandation est applicable aux soins liés à la naissance en Belgique.
- La recommandation est acceptable pour les parties prenantes.

Rapport coût-efficacité

- Aucune analyse coûts-bénéfices n'est disponible.
- Les coûts nécessaires sont incertains.

Conclusion

Sur la base d'un niveau de preuve élevé, il est fortement recommandé de proposer au(x) parent(s) une prophylaxie à la vitamine K pour le nouveau-né afin de prévenir toute hémorragie due à une carence en vitamine K Administrez la vitamine K en une dose intramusculaire unique de 1 mg. Si le(s) parent(s) refusent l'administration intraveineuse de vitamine K à leur nouveau-né, proposez alors une administration de vitamine K par voie orale comme deuxième option. Conseillez au(x) parent(s) d'administrer de la vitamine K par voie orale conformément aux instructions du fabricant et informez-les que plusieurs doses sont nécessaires. Cette recommandation a été adoptée à partir du « Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Tency et al., 2022).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
RRa	Risque relatif ajusté
ORa	Odds ratio ajusté
Score AMSTAR	Score d'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ou Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews score
IC	Intervalle de confiance
CC	Clampage du cordon
TCC	Traction contrôlée du cordon ombilical
MFEC	Monitoring fœtal électronique continu
CTG	Cardiotocographie
CTC	Clampage tardif du cordon
RCF	Rythme cardiaque fœtal
SGB	Streptocoque du groupe B
PBP	Point de bonne pratique
AI	Auscultation intermittente
MA	Méta-analyse(s)
DM	Différence moyenne
MLCC	Midwife-Led Continuity of Care model ou modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes
UNSI	Unité néonatale de soins intensifs
OR	Odds Ratio ou rapport de cotes
PICO	P: Patient, I: Intervention, C: Control, O: Outcome (résultat)
PIPOH	P: Patient, I: Intervention, P: professional (dispensateur de soins), O: Outcome (résultat), H: healthcare setting (environnement de soins)
HPP	Hémorragie du post-partum
ECR	Essai contrôlé randomisé
RR	Risque relatif
SD	Standard Deviation ou écart-type
RS	Revue systématique
DMS	Différence moyenne standardisée
NSTC	Neurostimulation électrique transcutanée
Score EVA	Score d'échelle visuelle analogique
WOREL	Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn ou groupe de travail de développement de guides de pratique de première ligne

GLOSSAIRE

CONCEPT	DESCRIPTION
Gestion active de la période de délivrance	Toutes les interventions réalisées en plus du processus physiologique de l'expulsion du placenta, en vue de prévenir des hémorragies du post-partum et/ou de réduire la durée de la période de délivrance et de favoriser le processus de décollement du placenta, notamment: <ul style="list-style-type: none"> • L'administration prophylactique de médicaments utérotoniques. • La traction contrôlée du cordon. • Le massage utérin. • Le drainage du cordon ombilical.
Phase active du travail	La période caractérisée par des contractions douloureuses et régulières de l'utérus, un effacement cervical important et une dilatation cervicale plus rapide de 5 cm jusqu'à dilatation complète.
Phase active d'expulsion	Cette phase commence dès que l'on observe des contractions expulsives et une dilatation complète du col de l'utérus ou d'autres signes indiquant une dilatation complète du col, et que l'on observe des efforts actifs d'expulsion chez la mère. La phase active d'expulsion se termine par la naissance.
Procédure ADAPTE	Procédure systématique d'élaboration de directives qui repose sur l'adoption de recommandations provenant d'autres directives, avec ou sans révision de la littérature.
Score d'Apgar	Une valeur chiffrée que l'on obtient en attribuant une cotation au rythme cardiaque, aux mouvements respiratoires, à la tonicité musculaire, à la coloration de la peau et aux stimuli du nouveau-né après la naissance. Chacun de ces signes peut se voir attribuer zéro, un ou deux points. Le score est attribué à une et à cinq minutes après la naissance.
Amniotomie	La rupture artificielle des membranes lors de l'accouchement.
Accouchement	Une période qui débute à partir du travail et se termine deux heures après la naissance. Celle-ci inclut: la phase de latence du travail et la phase active du travail, la phase d'expulsion, la période de délivrance et les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né.
Cardiotocographie (CTG)	Un monitoring foetal électronique continu d'au moins 20 minutes.
Post-partum immédiat	La période à partir de la naissance du nouveau-né jusqu'à deux heures après.
Expression abdominale	La pression exercée sur le fond de l'utérus pendant la phase d'expulsion et qui consiste en l'application d'une pression manuelle sur la partie

	supérieure de l'utérus en direction de la filière pelvienne pour tenter de favoriser un accouchement spontané par voie basse et d'éviter une phase d'expulsion prolongée.
Accouchement physiologique	Synonyme d'accouchement naturel – sans intervention médicale ou médicamenteuse.
Expérience de la naissance comme critère d'évaluation	Auto-évaluation par une femme des souvenirs à court et long termes de son accouchement, allant de bons à traumatisants.
Souhaits en matière d'accouchement	Idées relatives à la naissance, besoins ou souhaits personnels de la femme et de son entourage concernant le travail et l'accouchement.
Traction contrôlée du cordon ombilical (TCC)	L'un des éléments de la gestion active du troisième stade du travail. La procédure consiste à appliquer une contre-pression sus-pubienne au niveau de l'utérus tout en maintenant une force de traction sur le cordon, dès qu'il y a une preuve clinique de la séparation placentaire et que l'utérus est contracté.
Clampage tardif du cordon ombilical	Il n'existe pas de consensus sur la définition adéquate du clampage tardif du cordon dans la littérature actuelle. Divers chercheurs utiliseront différentes valeurs seuil pour définir le clampage tardif du cordon. Lorsqu'il est question de clampage tardif du cordon dans la présente recommandation, il convient d'entendre la définition suivante: « Le clampage tardif implique le clampage du cordon ombilical plus d'une minute après la naissance du nouveau-né. « Plus d'une minute après » doit être interprété comme la limite inférieure. Le moment du clampage peut aller d'une minute après la naissance du nouveau-né jusqu'au clampage tardif du cordon ombilical voire même jusqu'à l'expulsion du placenta. »
Phase de latence du travail	La période caractérisée par des contractions douloureuses de l'utérus et des modifications cervicales variables, dont un certain effacement et une progression de la dilatation jusqu'à cinq centimètres.
Bien-être mental	La mesure dans laquelle une personne se sent bien sur le plan mental et émotionnel. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel une personne est consciente de ses propres émotions, est capable de faire face au stress normal de la vie, de gérer des émotions tant positives que négatives, et de trouver des moyens de réguler ses émotions.
Musicothérapie	Le fait d'écouter de la musique au cours des différents stades de l'accouchement.
Période de délivrance	Le temps entre la naissance du nouveau-né et la délivrance effective du placenta complet.
Accouchement naturel	Synonyme d'accouchement physiologique – sans intervention médicale ou médicamenteuse.

Drainage du cordon ombilical	Après avoir coupé le cordon ombilical à la naissance du nouveau-né, celui-ci n'est pas clampé, permettant ainsi le drainage du placenta.
Rythme cardiaque fœtal normal	<p>La fréquence cardiaque de base normale pour un fœtus à terme est de 110 à 160 battements par minute.</p> <p>La variabilité normale est définie comme un intervalle de temps d'un battement à l'autre de 5 à 25 battements par minute.</p> <p>Les accélérations sont définies comme une augmentation intermittente de la fréquence cardiaque de plus de 15 battements par minute qui persiste pendant plus de 15 secondes.</p> <p>Les décélérations sont définies comme une diminution du rythme cardiaque fœtal de plus de 15 battements par minute en dessous de la fréquence de base, qui persiste pendant au moins 10 secondes.</p>
IMC normal (Indice de masse corporelle)	<p>Dans la présente recommandation, un IMC normal (pour les femmes d'origine caucasienne) est défini comme un IMC d'une valeur comprise entre 18 et 35 kg/m², à condition de prendre un poids adéquat pendant la grossesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC < 18,5 kg/m² ; 12,5 – 18 kg de prise de poids • IMC 18,5-24,9 kg/m² ; 11,5 – 16 kg de prise de poids • IMC 25,0-29,9 kg/m² ; 7 – 11,5 kg de prise de poids • IMC > 30 kg/m² ; 5 – 18 kg de prise de poids <p>Les valeurs de l'IMC chez les femmes d'origine non caucasienne sont définies selon d'autres valeurs de référence (Caleyachetty et al., 2021; Centers for Disease Control and Prevention, 2023).</p>
Phase de transition	Cette phase débute lors de la dilatation complète du col de l'utérus, sans présence de contractions expulsives. La descente et la rotation du fœtus au cours de cette première partie de la phase d'expulsion prennent du temps, ce qui peut justifier de retarder les efforts expulsifs après dilatation complète.

Statut périnéal comme critère d'évaluation	<p>Périnée intact: Absence de lésion au niveau de la peau périnéale et/ou de la muqueuse vaginale, de l'urètre et du clitoris.</p> <p>Déchirure du périnée: une lésion de la peau périnéale et/ou de la muqueuse vaginale, de l'urètre et du clitoris et/ou des muscles périnéaux et/ou du complexe sphinctérien anal, scindée en catégories. Pour ce faire, le groupe de développement des recommandations se base sur la classification de « The internationally accepted classification system for perineal tears, recommended by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) » (Macedo et al., 2022) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déchirure de grade 1: lésion au niveau de la peau périnéale et/ou de la muqueuse vaginale. • Déchirure de grade 2: lésion au niveau du périnée concernant les muscles périnéaux mais pas le sphincter anal. • Déchirure de grade 3: lésion au niveau du périnée concernant le complexe sphinctérien anal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Déchirure de grade 3a: <50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe est déchirée. ○ Déchirure de grade 3b: >50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe est déchirée. ○ Déchirure de grade 3c: tant le sphincter anal externe que le sphincter anal interne sont déchirés. • Déchirure de grade 4: lésion au niveau du périnée concernant le complexe sphinctérien anal (sphincter anal externe et sphincter anal interne) ainsi que la muqueuse anorectale. • Les lésions obstétricales du sphincter anal comprennent à la fois les déchirures périnéales de grade 3 et de grade 4. • Épisiotomie: Une incision pratiquée dans le périnée afin d'élargir l'ouverture vaginale pendant l'accouchement.
Hémorragie du post-partum Flux (HPP)	<ul style="list-style-type: none"> • HPP: perte de plus de 500 ml de sang dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né. • HPP sévère: perte de plus de 1 000 ml de sang dans les deux heures qui suivent la naissance du nouveau-né.
Hémorragie primaire du post-partum	<p>Une hémorragie du post-partum survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.</p>
Administration prophylactique de médicaments utérotoniques	<p>L'administration d'ocytocine (par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV) lente) pour prévenir une HPP dans le post-partum immédiat. En accord avec le groupe de développement des recommandations, le choix des médicaments utérotoniques a été limité à l'utilisation d'ocytocine uniquement, conformément aux soins liés à la naissance en Belgique. L'utilisation de prostaglandines, de misoprostol et d'alcaloïdes de l'ergot de seigle a été exclue.</p>

Hémorragie secondaire du post-partum	Une hémorragie survenant entre 24 heures et six semaines après l'accouchement. Ce thème ne relève pas du champ d'application de la présente recommandation.
Phase d'expulsion	Le temps entre la dilatation complète et la naissance effective du nouveau-né ou le deuxième stade du travail.
Rétention urinaire	L'incapacité à vider complètement ou partiellement la vessie.
Massage utérin	Le massage du fond du corps utérin.
Manœuvre de Valsalva	La manœuvre de Valsalva est un effort d'expiration à glotte fermée.
Score EVA	Une échelle de douleur allant de 0 à 10 ou de 0 à 100.
Clampage précoce du cordon ombilical	Le clampage du cordon ombilical moins d'une minute après la naissance du nouveau-né.

Éléments d'évaluation et indicateurs de qualité

Les critères d'évaluation décrits sont extrêmement nombreux, inhérents aux différents sujets et aux recommandations qui y sont associées. Il n'est peut-être pas réaliste d'appliquer les critères d'évaluation basés sur les recommandations simultanément dans la pratique. Cependant, les critères d'évaluation fournissent des indications concernant les éléments sur lesquels le dispensateur de soins ou l'organisation souhaite se concentrer dans le cadre de l'évaluation des accouchements à bas risque.

Le plan de mise en œuvre (voir [Annexe 11](#)) accorde la priorité au début de l'accouchement à bas risque proprement dit et au déroulement de l'accouchement à bas risque en tant qu'éléments les plus urgents nécessitant un soutien à la mise en œuvre et nécessitent donc, si possible, la toute première évaluation. Dans le cadre de la faisabilité pratique, il est donc recommandé de suivre l'ordre de priorité du plan de mise en œuvre et de se concentrer en premier lieu sur les critères d'évaluation basés sur le plan de mise en œuvre, à savoir : (1) le début de l'accouchement à bas risque proprement dit (premier contact périnatal, 5.1.) et le déroulement de l'accouchement à bas risque (phase de dilatation, 5.2. ; phase d'expulsion, 5.3.). De plus, les critères d'évaluation associés peuvent être repris par recommandation : premier contact physique au début du travail ; monitoring ; mobilité ; alimentation ; gestion de la miction ; gestion non pharmacologique de la douleur ; analgésie locorégionale ; examen vaginal ; périnée.

Modèles de soins centrés sur la femme
Il existe une politique écrite concernant le moment et la nature des informations fournies au sujet du déroulement de l'accouchement, (du rôle) des dispensateurs de soins et (du rôle) des autres partenaires de naissance.
Il existe une politique écrite en matière de soutien émotionnel des femmes classées à bas risque.
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette politique.
Il existe une open-door policy pour les sages-femmes de première ligne.
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette open-door policy.
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes qui ont eu accès à un accompagnement continu, individuel et personnalisé lors d'un accouchement à bas risque par un seul et même professionnel des soins liés à la naissance.
Il existe un aperçu semestriel indiquant quel(s) dispensateur(s) a (ont) apporté un soutien continu, individuel et personnalisé lors d'un accouchement à bas risque.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs à l'accompagnement continu, individuel et personnalisé lors de l'accouchement.

Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant l'accompagnement continu, individuel et personnalisé lors de l'accouchement. Ce point fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire avec les parties prenantes.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation.
Les chiffres relatifs à l'accompagnement continu, individuel et personnalisé lors de l'accouchement sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant l'accompagnement continu, individuel et personnalisé lors de l'accouchement. Toutes les parties y participent activement.
Premier contact physique au début du travail
Il existe une politique écrite concernant le questionnement et l'examen des souhaits relatifs à l'accouchement lors du premier contact physique avec des femmes classées à bas risque au début du travail.
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette politique.
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes classées à bas risque lors du premier contact physique au début du travail.
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes classées à bas risque au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes qui pendant le travail, mais après le premier contact physique au début du travail, deviennent classées à haut risque, ainsi que le motif (incluant et excluant l'analgésie locorégionale).
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes qui, lors du premier contact physique au début du travail, sont classées à bas risque et chez lesquelles on a recours à l'auscultation intermittente pour évaluer le rythme cardiaque fœtal lors de l'admission (par rapport à un monitoring continu par CTG).
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes qui, lors du premier contact physique au début du travail, sont classées à bas risque chez lesquelles un examen vaginal est effectué au cours de la phase de latence du travail.
Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant un accouchement à risque totalement bas. Ce point fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire avec les parties prenantes.
Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant un accouchement à risque partiellement bas (accouchement qui devient à haut risque au cours des phases de dilatation et d'expulsion). Ce point fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire avec les parties prenantes.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.

Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Les chiffres relatifs au nombre/pourcentage d'accouchements à bas risque au début et pendant le travail sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant les accouchements à bas risque au début et pendant le travail. Toutes les parties y participent activement.
Monitoring
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes chez lesquelles on a recours à l'auscultation intermittente pour évaluer le rythme cardiaque fœtal au cours des phases de dilatation et d'expulsion des accouchements classés à bas risque (par rapport à la CTG).
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs au monitoring (intermittent) au cours des phases de dilatation et d'expulsion lors de l'accouchement à bas risque.
Les chiffres relatifs au monitoring (intermittent) au cours des phases de dilatation et d'expulsion lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant le monitoring (intermittent) au cours des phases de dilatation et d'expulsion lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Mobilité
Il existe une politique écrite destinée à la parturiente concernant la mobilité et son importance au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette politique.
Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant un accouchement à risque partiellement bas, lors de laquelle la mobilité est expliquée. Le cas fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire avec les parties prenantes.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Alimentation
Il existe une politique écrite destinée à la parturiente concernant l'alimentation et son importance au cours des phases de dilatation et d'expulsion.
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette politique.

Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant un accouchement à risque partiellement bas, lors de laquelle l'alimentation est expliquée. Ce point fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire (avec les parties prenantes).
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Gestion de la miction
Chaque trimestre est organisée une discussion de cas concernant un accouchement à risque partiellement bas, dont la gestion de la miction fait partie intégrante. Ce point fait l'objet d'une discussion multidisciplinaire (avec les parties prenantes).
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Gestion non pharmacologique de la douleur
Il existe une politique écrite destinée à la parturiente concernant les techniques de relaxation et les techniques manuelles et leur importance au cours de l'accouchement (à bas risque).
Les parties multidisciplinaires impliquées souscrivent à cette politique.
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes chez lesquelles des techniques de relaxation et manuelles sont utilisées lors de l'accouchement à bas risque.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs aux techniques de relaxation et manuelles lors de l'accouchement à bas risque.
Les chiffres relatifs aux techniques de relaxation et manuelles lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant les techniques de relaxation et manuelles lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Analgesie locorégionale
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes qui, lors d'un accouchement à bas risque, décident de recourir à une analgésie locorégionale + consentement éclairé documenté en la matière.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs à l'analgésie locorégionale et au consentement éclairé lors de l'accouchement à bas risque.

Les chiffres relatifs à l'analgésie locorégionale et à la procédure de consentement éclairé lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant l'analgésie locorégionale et le consentement éclairé lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Examen vaginal
Il existe un aperçu semestriel du nombre d'examens vaginaux par femme à bas risque + consentement éclairé documenté en la matière.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs à l'examen vaginal et au consentement éclairé lors de l'accouchement à bas risque.
Les chiffres relatifs à l'examen vaginal lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant l'examen vaginal par femme lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Périnée
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de déchirures de grade 3 et de grade 4, ainsi que d'épisiotomies lors de l'accouchement à bas risque.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs aux déchirures de grade 3 et de grade 4, ainsi qu'aux épisiotomies lors de l'accouchement à bas risque.
Les chiffres relatifs aux déchirures de grade 3 et de grade 4, ainsi qu'aux épisiotomies lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant les déchirures de grade 3 et de grade 4, ainsi que les épisiotomies lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Gestion de la période de délivrance en prévention d'une hémorragie du post-partum

Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de femmes chez lesquelles une gestion active de la période de délivrance est utilisée.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Les chiffres relatifs à la gestion active de la période de délivrance lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant la gestion active de la période de délivrance lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Contact peau à peau
Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié d'un contact peau à peau d'au moins une heure avec leur mère après l'accouchement lors de l'accouchement à bas risque.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Les chiffres relatifs au contact peau à peau d'au moins une heure lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.
Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.
Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant un contact peau à peau d'au moins une heure lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.
Soins du périnée
Il existe un aperçu semestriel des scores de douleur périnéale et de l'application d'une thérapie par le froid, et/ou d'une analgésie par voie orale ou rectale pour les soins du périnée.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.
Une norme est fixée conjointement sur la baisse à atteindre concernant les scores de douleur grâce à l'application d'une thérapie par le froid, et/ou à une analgésie par voie orale ou rectale. Toutes les parties y participent activement.
Moment du clampage du cordon ombilical
Il existe un aperçu semestriel du moment du clampage du cordon ombilical lors de l'accouchement à bas risque.
Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.

<p>Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs au moment du clampage du cordon ombilical lors de l'accouchement à bas risque.</p>
<p>Les chiffres relatifs au moment du clampage du cordon ombilical lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.</p>
<p>Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.</p>
<p>Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant le clampage tardif lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.</p>
<p>Premier examen post-partum de la parturiente</p>
<p>Il existe un aperçu semestriel de l'hémorragie du post-partum déclarée par femme.</p>
<p>Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage d'hémorragies du post-partum lors de l'accouchement à bas risque.</p>
<p>Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.</p>
<p>Les chiffres relatifs à l'hémorragie du post-partum lors de l'accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.</p>
<p>Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.</p>
<p>Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant l'hémorragie du post-partum lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.</p>
<p>Premier examen du nouveau-né</p>
<p>Il existe un aperçu semestriel du nombre/pourcentage de prophylaxies à la vitamine K chez des bébés nés lors d'un accouchement à bas risque.</p>
<p>Toutes les parties multidisciplinaires impliquées fournissent les informations pertinentes.</p>
<p>Au moins une fois par an, une réunion multidisciplinaire est organisée avec les parties concernées au sujet des chiffres relatifs à la prophylaxie à la vitamine K chez des bébés nés lors d'un accouchement à bas risque.</p>
<p>Les chiffres relatifs au pourcentage de prophylaxies à la vitamine K chez des bébés nés lors d'un accouchement à bas risque sont discutés et analysés de manière pluridisciplinaire, et donnent lieu à des plans d'amélioration et de garantie.</p>
<p>Les recommandations associées aux PICO font partie intégrante de l'évaluation annuelle.</p>
<p>Une norme est fixée conjointement sur les chiffres à atteindre concernant la prophylaxies à la vitamine K chez des bébés nés lors de l'accouchement à bas risque. Toutes les parties y participent activement.</p>

Programme de recherche

Le programme de recherche est structuré de la même manière que le « Guide de pratique multidisciplinaire: Soins du postpartum en première ligne de soins » (Tency et al., 2022) publié récemment. Cela permet aux deux programmes de recherche d'être réunis pour former un tout. La combinaison des deux programmes de recherche permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins à étudier depuis l'accouchement à bas risque jusqu'au post-partum.

La première partie contient des points à l'ordre du jour liés au champ d'application de la présente directive, à savoir « l'accouchement à bas risque chez une femme en bonne santé ». La deuxième partie renferme des propositions de nouvelles recommandations ou des recommandations à réviser. Les points à l'ordre du jour de ces recommandations ne relèvent pas du champ d'application de l'accouchement à bas risque.

Programme de recherche concernant l'accouchement à bas risque chez une femme en bonne santé

Programme de recherche concernant la vision des soins liés à la naissance

Modèles de soins:

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique sur les modèles de soins centrés sur la femme dans le cadre des soins liés à la naissance en Belgique. Il est recommandé de mettre en place une recherche multidisciplinaire afin de stimuler la continuité des soins et de mettre en œuvre une vision soutenue. La présente recommandation couvre le champ d'application de l'accouchement, mais il convient d'envisager la continuité des soins dès la grossesse.

Programme de recherche concernant la délimitation du champ d'application de l'accouchement à bas risque

Il est nécessaire de mener une discussion approfondie avec des experts des groupes professionnels concernés afin de déterminer si les thèmes cités ci-dessous doivent être ajoutés à la prochaine recommandation révisée sur l'accouchement à bas risque ou s'ils doivent faire l'objet d'une recommandation distincte. Il existe plusieurs méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour interroger les experts, notamment les études Delphi.

- Rupture des membranes > 24 heures sans travail actif.
- Accouchement par voie basse après césarienne.
- Accouchement par voie basse d'une patiente positive au SGB.
- Accouchement à bas risque et diabète (gestationnel) (bien contrôlé).
- Accouchement à bas risque et hypertension (essentielle).
- Accouchement à bas risque et obésité (IMC avant la grossesse > 30).

Programme de recherche en matière de soins de santé physique de la mère

Clampage

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant l'impact du moment du clampage sur les résultats de l'accouchement. Cela doit conduire aux fondements scientifiques du moment optimal du clampage et du délai maximum du clampage.

Politique relative à la période de délivrance (troisième stade du travail)

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique visant à comparer la gestion active de la période de délivrance à une gestion passive.

Suture de la déchirure ou épisiotomie

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant l'impact du moment de la suture sur les résultats de l'accouchement. Cela doit conduire aux fondements scientifiques du moment optimal de la suture. Ce point à l'ordre du jour est le résultat d'une discussion de fond entre experts (sage-femme – gynécologue – médecin généraliste) lors du troisième tour Delphi de la présente recommandation.

Voie d'accès intraveineuse

- Un examen de la littérature est nécessaire pour répondre à la question de savoir quelles sont les données probantes actuelles sur la pose d'une voie d'accès intraveineuse pendant le travail.

Monitoring du rythme cardiaque fœtal

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant l'impact de l'AI par rapport à un monitoring continu par CTG lors de l'accouchement à bas risque.

Examen vaginal

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant l'impact de la réalisation ou non d'un examen vaginal sur les résultats de l'accouchement.
- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique pour répondre à la question de savoir quelles sont les données actuelles sur l'utilité d'effectuer une échographie transpérinéale pour remplacer l'examen vaginal lors de l'admission. Suite aux conclusions de l'examen de la littérature, le groupe de projet a décidé d'inclure cette question dans le programme de recherche.
- Un examen de la littérature est nécessaire pour répondre à la question de savoir quelles sont les données probantes actuelles sur la fréquence de l'examen vaginal pendant le travail avec SCR.

Programme de recherche en matière de soins de santé physique du nouveau-né

Vitamine K

- Le point à l'ordre du jour suivant a été inclus dans le programme de recherche de la recommandation relative au post-partum. « Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comparer l'efficacité et la sécurité de l'administration de différentes doses de vitamine K par voie orale et intramusculaire (Tency et al., 2022) ». L'examen de la littérature pour la présente recommandation n'a pas permis de déterminer clairement si une dose intramusculaire unique de 1 mg peut être considérée comme la méthode d'administration la plus clinique et la plus rentable.

Programme de recherche avec propositions de nouvelles recommandations ou de recommandations à réviser

Recommandation relative à la grossesse à bas risque chez une femme en bonne santé

Information

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant le contenu, la forme et le moment de l'information pendant la grossesse et concernant l'impact sur les résultats de l'accouchement (par ex. le lieu de l'accouchement, les différents stades de l'accouchement, les interventions citées dans les recommandations, les positions de l'accouchement, le prélèvement de sang du cordon ombilical en vue d'une greffe de cellules souches).
- Il est nécessaire d'appliquer les données probantes existantes sur la prise de décision partagée en Belgique, ainsi que de poursuivre la recherche scientifique sur l'impact spécifique au contexte de la prise de décision partagée sur les résultats de l'accouchement.

Plan de naissance

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique concernant l'impact d'un plan de naissance sur les résultats de l'accouchement, dont la satisfaction également. Il s'agit plus précisément d'une recherche sur le contenu, la forme et le moment du questionnement sur les souhaits et attentes relatifs à l'accouchement et sur leur consignation par écrit dans un plan d'accouchement.

Recommandation relative à l'accouchement dans l'eau

Une recommandation distincte sur l'accouchement dans l'eau et son impact sur les résultats de l'accouchement est nécessaire.

Recommandation relative à l'induction

Consentement éclairé

- Il est nécessaire de conseiller une patiente sur les avantages et les inconvénients de l'induction et de lui faire signer un consentement éclairé.

Score de Bishop

- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique pour connaître l'applicabilité du score de Bishop dans les soins obstétricaux actuels.
- Il est nécessaire de poursuivre la recherche scientifique pour connaître la pertinence du score de Bishop par rapport à la méthode d'induction.

Méthode d'induction

- Méthodes non-médicamenteuses pour stimuler le début du travail?

Recommandation relative à la gestion de la douleur pendant le travail

Une recommandation distincte sur la « Gestion de la douleur pendant le travail » est nécessaire. Cette recommandation révisée a porté sur l'impact de l'analgésie locorégionale et de certaines

interventions non pharmacologiques. L'accent a été mis sur les interventions couramment utilisées dans le contexte belge. Une recommandation distincte permettrait d'approfondir:

- Toutes les formes possibles de gestion pharmacologique de la douleur, outre l'analgésie locorégionale;
- Toutes les formes possibles de gestion non pharmacologique de la douleur, dont la neurostimulation électrique transcutanée (NSTC) également.

Réalisation

Auteurs

Prof. dr. Kuipers Y., dr. Mestdagh E., Beentjes M., drs. Bleijenbergh R., Brosens C., Bosmans V., dr. Embo M., Stiers M., Torfs K. en dr. Zemouri C.

Experts

Les experts ayant participé aux groupes de travail et au groupe de réflexion figurent à [l'Annexe 1](#).

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été signalé. Tous les membres impliqués dans l'élaboration de la recommandation ont signé une déclaration de conflit d'intérêts qui peut être demandée au CEBAM.

MÉTHODOLOGIE

Cette recommandation est une mise à jour de la version existante « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » datant de 2010 (Mambourg et al., 2010). La révision a été réalisée de manière systématique.

Tâches du groupe de développement des recommandations (GDR), du groupe de projet, des groupes de travail et du groupe de réflexion

La recommandation a été élaborée par un groupe de projet ayant été assisté tout au long du processus par deux groupes de travail multidisciplinaires et un groupe de réflexion. L'ensemble de ces groupes est appelé le « groupe de développement des recommandations » (GDR). Le résultat de ce partenariat a abouti à une recommandation applicable à tout accouchement à bas risque et dans tout milieu de naissance. Une composition détaillée du GDR figure à [l'Annexe 1](#).

Le groupe de projet

Le groupe de projet, responsable du développement de la recommandation, a été constitué au début du projet. Le groupe de projet était composé de onze professionnels ayant un bagage scientifique (au minimum un Master scientifique dans le domaine de la santé publique, la médecine, les soins infirmiers et/ou l'obstétrique), des connaissances méthodologiques en matière de développement de recommandations (revues systématiques, analyse de données, méthodologie GRADE) et des connaissances de fond au sujet des accouchements à bas risque. Les tâches du groupe de projet étaient les suivantes: organisation du processus, rôle de direction, d'orientation, d'organisation et de liaison entre tous les groupes de travail impliqués, conduite de la recherche scientifique conformément aux protocoles de développement de recommandations (GRADE, ADAPTE). Extraction des données, analyse de données, interprétation et rédaction des recommandations conformément à la méthodologie expliquée ci-après. Formulation des recommandations et finalisation de la présente recommandation en concertation avec les groupes de travail, les parties prenantes et les groupes de réflexion. Lors du processus de développement, il a été tenu compte des normes imposées par le CEBAM et le processus de validation en deux phases a été utilisé pour obtenir l'agrément du CEBAM ; il s'agit d'un label de qualité belge qui offre la garantie au dispensateur de soins, au décideur politique et au patient que la recommandation est de bonne qualité sur le plan méthodologique.

Le groupe de projet a été encadré par différents experts qui se sont réunis à plusieurs reprises tout au long du processus lors d'un comité d'accompagnement. Ces experts travaillaient au sein du SPF, de l'INAMI, de la NAO du réseau EBP, de la cellule de priorisation KCE, de la cellule d'évaluation du CEBAM, de la cellule d'implémentation d'Ebpracticenet et du WOREL. Ils ont apporté leur soutien et

leur approbation à trois moments clés, c'est-à-dire: l'évaluation des questions cliniques, l'évaluation de la révision externe de la version et l'évaluation de la validation de la version.

Groupe de travail 1

Le groupe de travail 1 était composé d'experts des soins liés à la naissance en Belgique (flamands, bruxellois, wallons). Ces experts ont été recrutés en écrivant aux différentes associations professionnelles s'occupant des soins liés à la naissance. Les associations professionnelles ont proposé des participants intéressés qui ont ensuite reçu une invitation personnelle à participer au groupe de travail 1. Ce groupe fut d'abord composé de deux gynécologues (avant que l'analyse des obstacles ne soit réalisée), et ensuite de quatre gynécologues (à partir de la deuxième réunion du groupe de travail), d'un kinésithérapeute, d'un pédiatre et d'un médecin généraliste.

Groupe de travail 2

Le groupe de travail 2 renvoyait à la bénéficiaire des soins et était composé de deux femmes et de cinq représentantes de patientes (une doula et quatre sages-femmes (de première et de deuxième lignes; de Flandre, de Bruxelles et de Wallonie)). Les membres du groupe de travail ont été approchés de manière ciblée et invités à participer.

Intérêt des groupes de travail

Les groupes de travail constituaient l'organe de décision du GDR et veillaient à ce que les intérêts de la femme et son contexte unique occupent une place centrale dans la recommandation, mais aussi à ce que tous les groupes professionnels soient représentés et puissent donner une orientation à la recommandation à partir de leur propre expertise.

Groupe de réflexion

Le groupe de projet et les groupes de travail ont en outre été assistés par un groupe de réflexion composé de parties prenantes de Flandre, de Bruxelles et de Wallonie. Lors de l'analyse des obstacles, ils ont dressé, par écrit et/ou oralement, l'inventaire des obstacles et points d'attention concernant la recommandation originale du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010) et ont réalisé une ébauche de ce qui constituerait finalement les différentes questions cliniques. Au cours de cette phase, le groupe de réflexion était composé: d'un économiste de la santé, de gynécologues, d'un néonatalogue, de professeurs de formation de sage-femme, de sages-femmes de première ligne et de sages-femmes de deuxième ligne. Lors de la révision externe de la version provisoire de la recommandation, le groupe de réflexion était composé des parties prenantes suivantes: des gynécologues, un médecin généraliste, des

pédiatres, un néonatalogue, des sages-femmes de première ligne et des sages-femmes de deuxième ligne (voir [Annexe 1](#)).

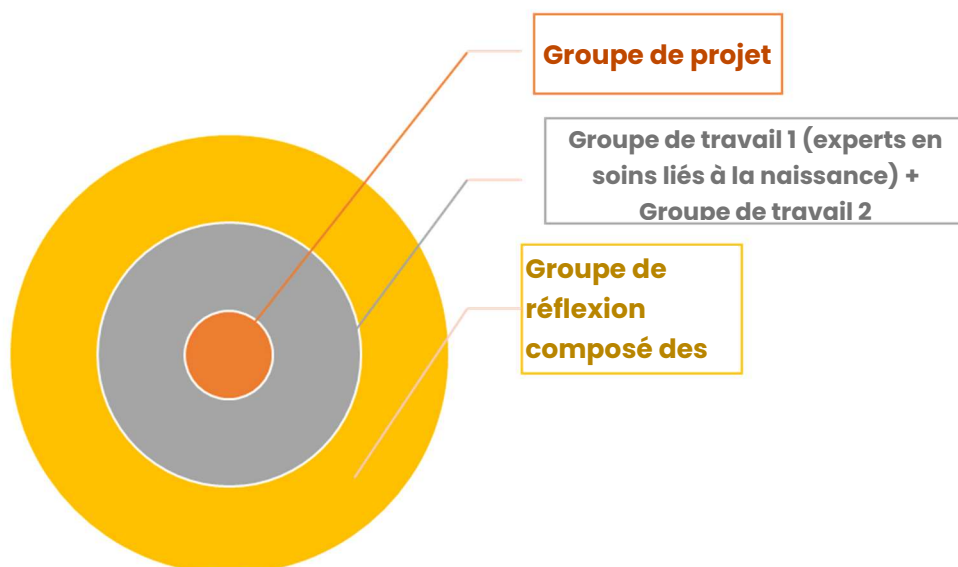


FIGURE 1: APERÇU SCHEMATIQUE DES GROUPES CONCERNES

Champ d'application

Définition du champ d'application de la recommandation: analyse des obstacles

Afin d'adapter la recommandation aux besoins du terrain et d'augmenter l'adhésion à celle-ci, il était essentiel d'associer les parties prenantes étroitement impliquées dans les soins liés à la naissance en Belgique au cours des différentes phases de développement de la directive. Pour définir plus en détail la pertinence de la recommandation, les besoins actuels des parties prenantes ainsi que le champ d'application et l'accent de la directive, une analyse des obstacles a été réalisée par rapport à la recommandation originale par le biais d'une enquête menée auprès des parties prenantes. Cette analyse des obstacles s'est déroulée en trois phases.

Lors de la première phase, la recommandation du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010) a été envoyée par e-mail aux membres du groupe de réflexion multidisciplinaire (voir [Annexe 1](#)). Ils ont été invités à apporter une réflexion critique sur cette recommandation, se basant sur les obstacles, les préoccupations et les lacunes. Les membres du groupe de réflexion ont pu répondre par écrit et/ou participer à l'un des deux groupes de discussion (15/12/2021 et 21/12/2021). L'avantage des groupes de discussion était que les membres du groupe de réflexion ont pu débattre entre eux. Les résultats de l'enquête écrite

ainsi que des groupes de discussion ont été classés par thème par le groupe de projet, puis présentés sous forme de liste de concepts.

Lors de la deuxième phase de l'analyse des obstacles, cette liste de concepts a été envoyée aux membres des groupes de travail sous forme de formulaire en ligne. Ils ont dû attribuer à la liste de concepts une note sur une échelle de Likert en 7 points (1 très peu important à inclure dans la révision ; 7 très important à inclure dans la révision). Les résultats de cette enquête en ligne ont été analysés par le groupe de projet. Les consensus positif et négatif ont été définis selon les valeurs suivantes:

- Consensus positif: ≥ 70 % des participants ont atteint une note ≥ 6 ; < 5 % ont atteint une note ≤ 3 ; et la note moyenne était ≥ 6 (SD $\leq 1,1$).
- Consensus négatif: ≥ 70 % des participants ont atteint une note ≤ 2 ; < 5 % ont atteint une note ≥ 5 ; et la note moyenne était ≤ 2 (SD $\leq 1,1$).
- Pas de consensus: < 70 % des participants ont atteint une note < 6 ; > 5 % ont atteint une note < 3 ou > 5 ; et la note moyenne était > 2 ou avec un SD $> 1,2$.

En cas de consensus positif, les concepts ont été inclus. En cas de consensus négatif, les concepts ont été exclus. Les concepts n'ayant pas fait l'objet d'un consensus positif ou négatif ont été discutés avec les deux groupes de travail lors de différentes concertations en ligne (03/01/2022 et 04/01/2022) en vue de parvenir à un consensus. Les concepts n'ayant pas fait l'objet d'un consensus (défini ici comme une majorité des 2/3) après concertation ont été exclus.

Résultats relatifs au champ d'application

Le client a initialement rédigé quatre questions PIPOH. Ces questions ont dû être traitées dans la révision de cette recommandation et étayées par des questions PICO et des questions cliniques. Quelles sont les évaluations qui devraient être effectuées – ou non – afin d'établir correctement qu'un accouchement présente un bas risque ?

1. Quelles sont les interventions ayant un impact sur les résultats maternels et néonataux pertinents qui devraient être effectuées avant le début d'un accouchement à bas risque ?
2. Quelles sont les interventions ayant un impact sur les résultats maternels et néonataux pertinents qui devraient être effectuées au cours d'un accouchement à bas risque ?
3. Quelles sont les interventions ayant un impact sur les résultats maternels et néonataux pertinents qui devraient être effectuées après un accouchement à bas risque ?

Suite à l'analyse des obstacles, telle que décrite au point 3.2.1, et des points prioritaires figurant au point 2.1, un autre aspect, non couvert par les quatre premières questions PIPOH, a émergé. Il

s'agissait de l'accompagnement de la parturiente pendant l'accouchement. Raison pour laquelle une cinquième question PIPOH a été ajoutée:

5. Quels sont les aspects liés à l'accompagnement qui influencent le déroulement d'un accouchement à bas risque obstétrical ?

La liste finale de concepts, obtenue à l'issue de l'analyse des obstacles, a été décortiquée, regroupée et transformée en questions PICO et questions cliniques. Les questions PICO et cliniques ont ensuite été attribuées aux 5 questions PIPOH en fonction du contenu. Il s'agissait de la troisième phase de l'analyse des obstacles. Il a été vérifié si toutes les questions cliniques formulées comprenaient les éléments suivants:

1. Toutes les questions cliniques de la recommandation originale du KCE « Bonne pratique pour l'accouchement à bas risque » (Mambourg et al., 2010).
2. Les obstacles transmis faisant l'objet d'un consensus lors de l'analyse des groupes de travail (N=23).

Les questions PICO et cliniques ont été affinées tout au long du processus. La liste définitive des questions PICO et cliniques, telle qu'approuvée par le CEBAM le 22 décembre 2022, ainsi que les critères d'évaluation définis figurent dans le rapport méthodologique.

Guidelines: identification et sélection

La recommandation a été développée d'après la méthodologie ADAPTE. La première étape consistait à rechercher des guidelines existants à partir desquels des recommandations pouvaient être adoptées. La recherche, les critères de sélection et l'évaluation de la qualité sont décrits dans le rapport méthodologique.

Sélection des recommandations selon la procédure ADAPTE

Les recommandations des trois guidelines: « Accouchement normal », « Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement » et « Guide de pratique multidisciplinaire: Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1) » (Haute Autorité de Santé, 2017 ; Tency et al., 2022 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018) ont été sélectionnées au moyen de la procédure ADAPTE (The ADAPTE Collaboration, 2009). La procédure ADAPTE est une méthode de travail systématique visant l'adoption ou l'adaptation de recommandations issues de guidelines, ainsi que leur adaptation au contexte et à l'organisation de la recommandation actuelle (Fervers et al., 2011).

Un certain nombre de choix pouvaient être faits pour les guidelines sélectionnés:

1. Adoption de toutes les recommandations du guideline.
2. Adoption d'une ou plusieurs recommandations sélectionnées dans le guideline.
3. Adaptation d'une ou plusieurs recommandations sélectionnées dans le guideline.
4. Adaptation d'un ou plusieurs Points de Bonne Pratique (PBP) du guideline.

La méthode de traitement (évaluation critique) des recommandations a été réalisée à l'aide de l'arbre de décision illustré à la figure 2.

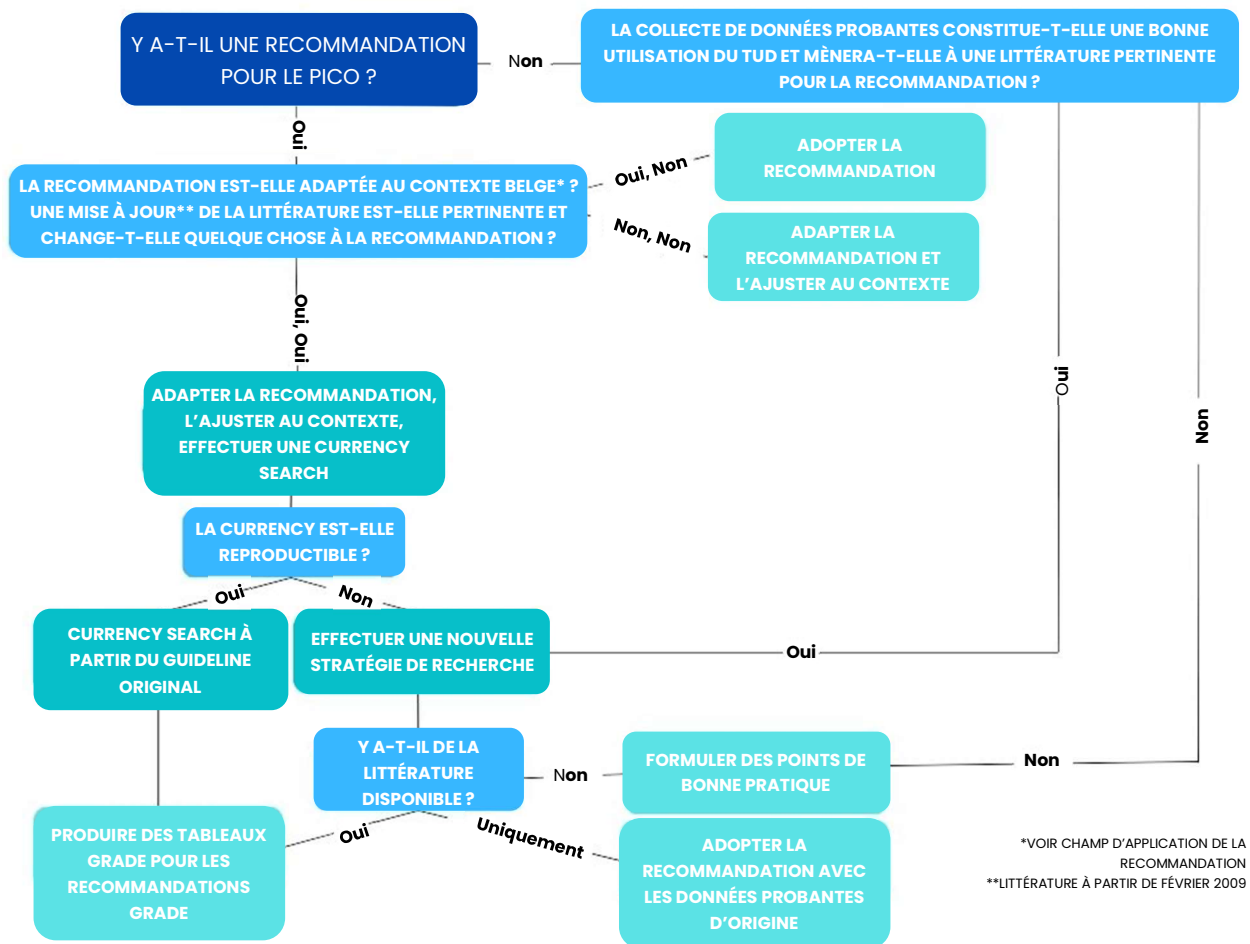


FIGURE 2: ARBRE DE DECISION POUR L'ELABORATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sélectionnées ont été évaluées en termes de cohérence entre la charge de la preuve, l'interprétation des développeurs de la recommandation et les recommandations finales (The ADAPTE Collaboration, 2009). Cette évaluation est nécessaire pour déterminer si les recommandations sont conformes aux données et si l'interprétation est appropriée. Pour ce faire, les tableaux de données probantes des recommandations, un résumé des résultats, des forest plots (graphiques en forêt), des textes narratifs ont d'abord été consultés parmi les recommandations sélectionnées et il a été vérifié si une évaluation de la qualité avait été effectuée. Si des mises à jour de la recommandation sélectionnée avaient été publiées, les tableaux de données probantes de ces versions révisées ont été consultés.

Pour un certain nombre de recommandations, aucun examen complémentaire de la littérature n'a été réalisé. Le groupe de projet a estimé que la collecte de données probantes n'aurait aucun

impact sur les recommandations. Ces recommandations ont été validées par le biais d'une procédure Delphi.

Examen complémentaire de la littérature

L'examen de la littérature, currency search, a été effectué selon la procédure ADAPTE. Cela signifie que la stratégie de recherche des recommandations incluses a été à nouveau élaborée et exécutée depuis la dernière date de recherche dans la recommandation. Le rapport complet de cet examen complémentaire de la littérature, la sélection à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion, l'évaluation de la qualité des études, l'extraction/la synthèse des données et l'analyse sont décrits dans le rapport méthodologique.

Formulation, gradation et détermination de la puissance et de l'orientation de la recommandation

Pour chaque recommandation, un tableau de données probantes a été établi avec les principales informations des études sélectionnées. Ces tableaux de données probantes ont été comparés à la recommandation à adapter. Lorsque l'examen complémentaire de la littérature et les données ne montraient aucun ajout par rapport à la recommandation initiale, la recommandation a été reprise telle quelle. Lorsque les nouvelles études s'écartaient de la recommandation du guideline sélectionné, les preuves scientifiques sous-jacentes ont été jugées critiques et discutées dans les fondements.

Lors de l'évaluation du niveau de preuve selon GRADE, le point de départ des données probantes a été pris en compte en fonction de la conception de l'étude. Le niveau de preuve pouvait être très faible, faible, raisonnable ou élevé. Les méta-analyses des ECR et les ECR individuels ont débuté avec un niveau de preuve élevé et les études observationnelles avec un faible niveau de preuve.

Après la gradation de tous les critères d'évaluation, une gradation générale a été attribuée à une question PICO ou clinique. Pour une question PICO ou clinique avec plusieurs critères d'évaluation, le niveau de preuve le plus faible des critères d'évaluation a été pris. Le GRADE final d'une recommandation est donc basé sur la nouvelle littérature et l'extraction et peut donc potentiellement s'écarter du GRADE attribué lors de l'adaptation d'une recommandation issue de guidelines précédents.

Après avoir établi le niveau de preuve, la puissance et l'orientation de la recommandation ont été déterminées. Compte tenu de l'applicabilité au contexte belge et du point de vue des patientes.

Ceci est décrit en détail dans le rapport méthodologique.

Points de Bonne Pratique (PBP)

Lorsqu'un examen approfondi de la littérature s'avérait inutile parce que les avantages de l'intervention étaient déjà bien connus et largement acceptés et que ces avantages l'emportaient sur les inconvénients en cas d'abandon de l'intervention, un PBP a été établi, c'est-à-dire une

recommandation fondée sur l'expertise et le consensus. Cette procédure est décrite en détail dans le rapport méthodologique.

Rédaction et production de la recommandation

Grâce au cadre décisionnel fondé sur les données probantes (Evidence-to-Decision Framework) et à la formulation des considérations dans le cadre de celui-ci, tant les PBP que les recommandations ayant été rédigées au moyen de la procédure ADAPTE ont été davantage cristallisés par le GDR. Cela a constitué la base d'une version provisoire de l'ensemble de la recommandation. Cette version finale a été précédée d'un feed-back du WOREL, axé sur la qualité méthodologique et la structure de la version provisoire. La version finale a été envoyée à la commission d'évaluation du CEBAM.

Les étapes détaillées de ce processus figurent dans le rapport méthodologique.

Annexes

La recommandation renvoie à plusieurs annexes. Il s'agit des suivantes:

- Annexe 1: Groupes de travail et parties prenantes.
- Annexe 2: Stratégie de recherche des recommandations.
- Annexe 3: Score AGREE II des recommandations.
- Annexe 4: Stratégie de recherche par question PICO/clinique.
- Annexe 5: Diagrammes de flux PRISMA.
- Annexe 6: Tableaux d'extraction des données.
- Annexe 7: Tableaux GRADE.
- Annexe 8: Scores AMSTAR des revues systématiques incluses.
- Annexe 9: Recommandations par question PICO/clinique.
- Annexe 10: Aperçu de l'élaboration des PBP.
- Annexe 11: Plan de mise en œuvre.
- Annexe 12: Points de départ des recommandations.

Validation

Validateurs externes:

- Experts méthodologiques: Hanne Cloetens, Leen De Coninck, Martine Goossens, Tessy Boedt (observateur)
- Experts du contenu: Inge Tency (sage-femme), Céleste Vincent (sage-femme), Roxanne Van Nuland (gynécologue), Filip Cools (pédiatre néonatalogue).
- Président: Patrik Vankrunkelsven

Conflits d'intérêt: Aucun conflit déclaré

Plan de mise en œuvre

Un plan de mise en œuvre a été établi pour soutenir l'application des recommandations dans la pratique. Ce plan de mise en œuvre figure à [l'Annexe II](#).

Révision et financement

Étant donné que les données probantes sur lesquelles reposent ces recommandations évoluent constamment, une révision de ces dernières sera très probablement nécessaire dans les cinq années à venir. Cette révision peut être effectuée selon une méthodologie « de novo ».

L'élaboration de la présente recommandation a été soutenue par un comité d'accompagnement constitué du WOREL, de l'INAMI et d'autres parties prenantes pertinentes. Le projet a été financé par le Réseau EBP Practice, avec le soutien financier du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Il est important de noter que l'organisme de financement n'a eu aucune influence sur le contenu de la recommandation.

Références

- Aasheim, V., Nilsen, A.B.V., Reinar, L.M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*, 31(4), 458–463. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.012>
- Adams M. (1989). A Study of Communication in the Labour Ward. In *Research and the Midwife Conference Proceedings* (pp. 2–18).
- Afzal, M.B., Bushra, N., Waheed, K., Sarwar, A., & Awan, N.U. (2019). Role of placental blood drainage as a part of active management of third stage of labour after spontaneous vaginal delivery. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(12), 1790–1793. <https://doi.org/10.5455/JPMA.302642458>
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2002). *Intérêts et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal*. (ANAES, Ed.).
- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37–40. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.004>
- Agudelo, S., Díaz, D., Maldonado, M.J., Acuña, E., Mainero, D., Pérez, O., Pérez, L., & Molina, C. (2020). Effect of skin-to-skin contact at birth on early neonatal hospitalization. *Early Human Development*, 144. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105020>
- Akpınar, G., & Kanbur, A. (2022). Effect of uterine fundal pressure applied in the second stage of labor on birth outcomes and neonatal oxygen saturation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(5), 1165–1174. <https://doi.org/10.1111/jog.15204>
- Al-Tawil, M.M., Abdel-Aal, M.R., & Kaddah, M.A. (2012). A randomized controlled trial on delayed cord clamping and iron status at 3–5 months in term neonates held at the level of maternal pelvis. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 5(4), 319–326. <https://doi.org/10.3233/NPM-1263112>
- American College of Nurse-Midwives. (2015). Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *J Midwifery Womens Health*, 60(5), 626–632.
- American College of Nurse-Midwives. (2016). Providing Oral Nutrition to Women in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(4), 528–534. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12515>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Practice bulletin no. 116: Management of intrapartum fetal heart rate tracings. *Obstetrics and Gynecology*, 116(5), 1232–1240.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Approaches to limit interventions during labor and birth. Committee opinion N°687. *Obstet Gynecol*, 129.

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, *128*(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>
- Andersson, O., Domellöf, M., Andersson, D., & Hellström–Westas, L. (2014). Effect of Delayed vs Early Umbilical Cord Clamping on Iron Status and Neurodevelopment at Age 12 Months. *JAMA Pediatrics*, *168*(6), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4639>
- Andersson, O., Hellstrom–Westas, L., Andersson, D., & Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ*, *343*(nov15 1), d7157–d7157. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7157>
- Andres, V., Garcia, P., Rimet, Y., Nicaise, C., & Simeoni, U. (2011). Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact. *Pediatrics*, *127*(4), e1073–e1076. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3095>
- Anim–Somuah, M., Smyth, R.M., Cyna, A.M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2018*(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Anim–Somuah, M., Smyth, R.M., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub3>
- Aquino, C.I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2018). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *33*(6), 1051–1063. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>
- Ascioglu, O., Unal, C., Ascioglu, B.B., Temizkan, O., Yildirim, G., Arici, B., & Gulova, S. (2014). Influence of placental cord drainage in management of the third stage of labor: A multicenter randomized controlled study. *American Journal of Perinatology*, *32*(4), 343–350. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384639>
- Baczek, G., Rychlewicz, S., Sys, D., & Teliga–Czajkowska, J. (2022). Epidural anesthesia during childbirth – retrospective analysis of maternal and neonatal results. *Ginekologia Polska*, *93*(10), 847–855. <https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0109>
- Baradwan, S., Khadawardi, K., Badghish, E., Alkhamis, W.H., Dahi, A.A., Abdallah, K.M., Kamel, M., Sayd, Z.S., Mohamed, M.A., Ali, H.M., Elhalim, A.E.M.A., Mahmoud, M., Mohamed, A.A., Mohamed, D.F., Shama, A.A.A., Hagra, A.M., Ali, H.A.A., Abdelhakim, A.M., Saleh, M., ... Bakry, M.S. (2022). The impact of virtual reality on pain management during normal labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *32*, 100720. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100720>
- Beaver, W.T., & McMillan, D. (1980). Methodological considerations in the evaluation of analgesic combinations: acetaminophen (paracetamol) and hydrocodone in postpartum pain. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *10* Suppl 2(Suppl 2), 215S–223S.

- Begley, C.M., Gyte, G.M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L.M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen: KCE Report 326As*.
- Berg, J.H.M., Isacson, M., Basnet, O., Gurung, R., Subedi, K., Kc, A., & Andersson, O. (2021). Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 3 Years: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*, 118(3), 282–288. <https://doi.org/10.1159/000515838>
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11–15. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90033-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90033-9)
- Bergström, S., & Libombo, A. (1992). Puerperal Measurement of the Symphysis-Fundus Distance. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 34(2), 76–78. <https://doi.org/10.1159/000292730>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–8.
- Bick, D., MacArthur, C., Knowles, H., & Winter, H. (2002). *Postnatal care. Evidence and guidelines for management*.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Brouwers, M.C., Hanna, S., University, M., Kho, C.M., Canada Littlejohns, O.P., College London, K., Makarski, U.J., & Zitzelsberger, C.L. (2017). *Appraisal of guidelines for research & evaluation II*. www.agreetrust.org
- Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction With Care in Labor and Birth: A Survey of 790 Australian Women. *Birth*, 21(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1994.tb00909.x>
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(2), 143–155. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10044.x>
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino, A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., & Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(3), 693–698. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>

- Caleyachetty, R., Barber, T.M., Mohammed, N.I., Cappuccio, F.P., Hardy, R., Mathur, R., Banerjee, A., & Gill, P. (2021). Ethnicity-specific BMI cutoffs for obesity based on type 2 diabetes risk in England: a population-based cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 9(7), 419–426. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00088-7)
- Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Collà Ruvolo, C., Ioffredo, D., Nappi, C., Annella, A., Gragnano, E., Guida, M., Zullo, F., & Locci, M. (2022). Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(5), 100675. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100675>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2003). New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. In *CMAJ: Vol. 169(3)* (Issues 207–8).
- Carvalho, O.M.C., Augusto, M.C.C., Medeiros, M.Q., Lima, H.M.P., Viana Junior, A.B., Araujo Júnior, E., & Carvalho, F.H.C. (2019). Late umbilical cord clamping does not increase rates of jaundice and the need for phototherapy in pregnancies at normal risk. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(22), 3824–3829. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1473367>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, February 7). *Overweight & Obesity*. <https://www.cdc.gov/obesity/index.html>
- Centre d'Épidémiologie Périnatale. (2022a). *Santé périnatale en Région Bruxelloise*.
- Centre d'Épidémiologie Périnatale. (2022b). *Santé périnatale en Wallonie*.
- Chandrarahan, E., Evans, S-A, Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2018). *Intrapartum Fetal Monitoring Guideline: physiological CTG interpretation*. Physiological-CTG.com
- Chen, X., Li, X., Chang, Y., Li, W., & Cui, H. (2018). Effect and safety of timing of cord clamping on neonatal hematocrit values and clinical outcomes in term infants: A randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, 38(3), 251–257. <https://doi.org/10.1038/s41372-017-0001-y>
- Cheng, Y.W., Shaffer, B.L., Nicholson, J.M., & Caughey, A.B. (2014). Second stage of labor and epidural use: A larger effect than previously suggested. *Obstetrics and Gynecology*, 123(3), 527–535. <https://doi.org/10.1097/AOG.000000000000134>
- Cheung, N.F. (2002). Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. *Midwifery*, 18(3), 200–213. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0315>
- Cheyne, H., Dunlop, A., Shields, N., & Mathers, A.M. (2003). A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery*, 19(3), 221–229. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00020-2)
- Chou, D., Abalos, E., Gyte, G.M., & Gülmezoglu, A.M. (2013). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub2>
- Chuang, C., Chen, P., Lee, C.S., Chen, C., Tu, Y., & Wu, S. (2019). Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 723–733. <https://doi.org/10.1111/jan.13871>

- Chuey, M.P.C., De Vries, R.P., Dal Cin, S.P., & Low, L.K.P. CNM. (2020). Maternity Providers' Perspectives on Barriers to Utilization of Intermittent Fetal Monitoring: A Qualitative Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(1), 46–55.
- Cluett, E.R., Alexander, J., & Pickering, R.M. (1997). What is the normal pattern of uterine involution? An investigation of postpartum uterine involution measured by the distance between the symphysis pubis and the uterine fundus using a paper tape measure. *Midwifery*, 13(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(97\)90027-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(97)90027-9)
- Cluett, E.R., Alexander, J., Pickering, R.M., & Pickering Bsc, R.M. (1995). *Is measuring postnatal symphysis-fundal distance worthwhile? College of Nursing and Midwifery Objective: to assess levels of intra-observer and inter-observer variability in.*
- Cluett, E.R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- Corkill, A., Lavender, T., Walkinshaw, S.A., & Alfirevic, Z. (2001). Reducing Postnatal Pain from Perineal Tears by Using Lignocaine Gel: A Double-Blind Randomized Trial. *Birth*, 28(1), 22–27. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00022.x>
- Costa, E., Christiaens, W., Zeevaert, R., & Benahmed, N. (2023). *Basis voor het ontwikkelen van een lokaal doorverwijsinstrument voor het opvolgen van zwangerschappen in de eerstelijns.*
- Coussens, A., De Bruyne, S., De Frène, V., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., & Vandaele, B. (2010). *Methodisch werken in de gezondheidszorg.* Garant.
- Creedon, D., 'Akkerman, D., 'Atwood, L., 'Bates, L., 'Harper, C., & "et al." (2013). *Management of Labor.* (Institute for Clinical Systems Improvement, Ed.).
- Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Dalbye, R., Calais, E., & Berg, M. (2011). Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns - A phenomenology study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.03.003>
- de Klerk, H.W., Boere, E., van Lunsen, R.H., & Bakker, J.J.H. (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 90–95. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>
- De Orange, F.A., Passini, R., Amorim, M.M.R., Almeida, T., & Barros, A. (2011). Combined spinal and epidural anaesthesia and maternal intrapartum temperature during vaginal delivery: A randomized clinical trial. *British Journal of Anaesthesia*, 107(5), 762–768. <https://doi.org/10.1093/bja/aer218>
- De Paco, C., Herrera, J., Garcia, C., Corbalan, S., Arteaga, A., Pertegal, M., & et al. (2016). Effecten van uitgestelde navelstrengklemmen op de derde fase van de bevalling, maternale

- hematologische parameters en zuur-basestatus bij foetussen op termijn. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 207(153–6).
- de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J.A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2022). Influence of Maternal Mobility and Position Changes in Low-Dose Epidural Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*.
- Dekker, N., & Goossens, M. (2021). *Leidraad richtlijnontwikkeling: Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL)*.
- Deliktas, A., & Kukulcu, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 263–278.
- Dempsey, A., Krening, C., & Vorgic, L. (2020). Multisite Randomized Controlled Trial of Bladder Management in Labor With Epidural Analgesia/Anesthesia. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(6), 564–570. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.07.005>
- Deneux-Tharaux, C., Sentilhes, L., Maillard, F., Closset, E., Vardon, D., Lepercq, J., & Goffinet, F. (2013). Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ*, 347(f6619).
- Devane, D., Lalor, J.G., Daly, S., McGuire, W., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Dewidar, O., Lotfi, T., Langendam, M., Parmelli, E., Saz Parkinson, Z., Solo, K., Chu, D.K., Mathew, J.L., Akl, E.A., Brignardello-Petersen, R., Mustafa, R.A., Moja, L., Iorio, A., Chi, Y., Canelo-Aybar, C., Kredon, T., Karpusheff, J., Turgeon, A.F., Alonso-Coello, P., ... Schünemann, H. J. (2022). Which actionable statements qualify as good practice statements in Covid-19 guidelines? A systematic appraisal. *BMJ Evidence-Based Medicine*, bmjebm-2021-111866. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111866>
- Dokmak, F., Michalek, I.M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 254, 147–152.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*, 13(4), e0194906.
- Downe, S., Gyte, G.M., Dahlen, H.G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
- Du, Y., Ye, M., & Zheng, F. (2014). Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 626–633. <https://doi.org/10.1111/aogs.12424>

- Dupont, C., Ducloy-Bouthors, A.S., & Huissoud, C. (2014). Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 43(10), 966–997. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.025>
- East, C.E., Dorward, E.D., Whale, R.E., & Liu, J. (2020). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006304.pub4>
- Ebrahimian, A., Bilandi, R.R., Bilandī, M.R.R., & Sabzeh, Z. (2022). Comparison of the effectiveness of virtual reality and chewing mint gum on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04359-3>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fahy, K., Hastie, C., Bisits, A., Christine Marsh, Smith, L., Saxton, A., Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study, *Women and Birth*, 2010; 23 (4): 146–152, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.003>.
- Fervers, B., Burgers, J.S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G.P., Graham, I.D., Harrison, M.B., Latreille, J., Mlika-Cabane, N., Paquet, L., Zitzelsberger, L., & Burnand, B. (2011). Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), 228–236. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.043257>
- Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Politis Mercier, M.P., & de Labrusse, C. (2018). Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*, 31(2), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>
- Fontein-Kuipers, Y., Boele, A., & Stuij, C. (2016). Midwives' perceptions of influences on their behaviour of woman-centered care: a qualitative study. *Frontiers in Women's Health*, 1(2). <https://doi.org/10.15761/FWH.1000107>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May). <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Gabriel, M.A.M., Martín, I.L., Escobar, A.L., Villalba, E.F., Blanco, I.R., & Pol, P.T. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 99(11), 1630–1634. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x>
- Garovic, V.D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S.A., McMurtry Baird, S., Magee, L.A., Rana, S., Vermunt, J.V., & August, P. (2022). Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals,

- and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000208>
- Gjærum, R., Johansen, I.H., Øian, P., Bernitz, S., & Dalbye, R. (2022). Associations between cervical dilatation on admission and mode of delivery, a cohort study of Norwegian nulliparous women. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100691>
- Green, J.M., & Baston, H.A. (2003). Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Green, L.J., Mackillop, L.H., Salvi, D., Pullon, R., Loerup, L., Tarassenko, L., Mossop, J., Edwards, C., Gerry, S., Birks, J., Gauntlett, R., Harding, K., Chappell, L.C., & Watkinson, P.J. (2020). Gestation-Specific Vital Sign Reference Ranges in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 135(3), 653–664. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003721>
- Grenvik, J.M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B.E., & Berghella, V. (2022). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5184–5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J., & Vogel, J.P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M., Carville, S., Dworzynski, K., Gaudet, L., Glen, J., Jones, K., Miller, P., Tetzlaff, J., Alexander, S., Allegaert, K., Beeckman, K., Ceysens, G., Christiane, Y., De Ronne, N., De Thysebaert, B., Dekker, N., ... Stordeur, S. (2015). *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?* <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/welke-onderzoeken-zijn-aanbevolen-bij-een-zwangerschap>
- Haddaway, N.R., Page, M.J., Pritchard, C.C., & McGuinness, L.A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2). <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S.I. (1996a). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17(4), 361–379. <https://doi.org/10.1080/07399339609516251>
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S.I. (1996b). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12(2), 48–61. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90002-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90002-9)
- Harrison, R.F., & Brennan, M. (1987a). A comparison of alcoholic and aqueous formulations of local anaesthetic as a spray for the relief of post-episiotomy pain. *Current Medical Research and Opinion*, 10(6), 370–374. <https://doi.org/10.1185/03007998709111105>

- Harrison, R.F., & Brennan, M. (1987b). Comparison of two formulations of lignocaine spray with mefenamic acid in the relief of post-episiotomy pain: a placebo-controlled study. *Current Medical Research and Opinion*, 10(6), 375–379. <https://doi.org/10.1185/03007998709111106>
- Harrison, R.F., Brennan, M., Reed, J.V., & Wickham, E.A. (1987). A review of post-episiotomy pain and its treatment. *Current Medical Research and Opinion*, 10(6), 359–363. <https://doi.org/10.1185/03007998709111103>
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales*.
- Hedayati, H., Parsons, J., & Crowther, C.A. (2003). Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003931>
- Hedayati, H., Parsons, J., & Crowther, C.A. (2005). Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004223.pub2>
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review*1. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160–S172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>
- Hofmeyr, G.J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M.A. (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006431.pub3>
- Hofmeyr, G.J., Vogel, J.P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>
- Hung, T.H., Chen, S.-., & Lo, L.M. (2015). Contemporary second stage labor patterns in Taiwanese women with normal neonatal outcomes. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 54(4), 416–420.
- Hutchins, C.J., Ferreira, C.J., & Norman-Taylor, J.Q. (1985). A comparison of local agents in the relief of discomfort after episiotomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 6(1), 45–46. <https://doi.org/10.3109/01443618509079138>
- Impey, L., Reynolds, M., MacQuillan, K., Gates, S., Murphy, J., & Sheil, O. (2003). Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361(9356), 465–470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12464-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12464-6)
- Iobst, S.E., Breman, R.B., Bingham, D., Storr, C.L., Zhu, S., & Johantgen, M. (2019). Associations among cervical dilatation at admission, intrapartum care, and birth mode in low-risk, nulliparous women. *Birth*, 46(2), 253–261. <https://doi.org/10.1111/birt.12417>

- Iobst, S.E., Bingham, D., Storr, C.L., Zhu, S., & Johantgen, M. (2019). Associations Among Intrapartum Interventions and Cesarean Birth in Low-Risk Nulliparous Women with Spontaneous Onset of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 142–148. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12975>
- Janssen, P.A., & Desmarais, S.L. (2013). Women's experience with early labour management at home vs. in hospital: A randomised controlled trial. *Midwifery*, 29(3), 190–194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.011>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Jiang, X.M., Chen, Q.Y., Guo, S. Bin, Jin, L.Z., Huang, X.X., Liu, X.W., Hong, J. X., Qu, H. Bin, & Hu, R.F. (2018). Effect of midwife-led care on birth outcomes of primiparas. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.12686>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J.P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Karimi, F.Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother–infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. In *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 58, Issue 1, pp. 1–9). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
- Kibuka, M., & Thornton, J.G. (2017). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Kim, H.J., An, J.W., Lee, Y., & Shin, Y.S. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 89, 102788. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102788>
- KNOV. (2018). *Gezamenlijke Conclusionvorming Een handreiking*. www.knov.nl
- Kuipers, Y.J., Thomson, G., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Hresanová, E., Temesgenová, N., Waldner, I., Leinweber, J. The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. *Woman and Birth*. 2023; 36(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.013>
- Lavender, T., Walkinshaw, S.A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40–46. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90036-0](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90036-0)
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.

- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), e433–e440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>
- Lemos, A., Amorim, M.M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J.E., & Correia, J.B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 3). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Liu, Y.H., Chang, M.Y., & Chen, C.H. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7–8), 1065–1072. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x>
- Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E., & Berg, M. (2013). Care seeking during the latent phase of labour - Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(4), 141–146. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.09.001>
- Macarthur, A.J., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1199–1204. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.064>
- Macedo, M.D., Ellström Engh, M., & Sifarikas, F. (2022). Detailed classification of second-degree perineal tears in the delivery ward: an inter-rater agreement study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(8), 880–888. <https://doi.org/10.1111/aogs.14369>
- Madar, J., Roehr, C.C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J.P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, 161, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H.B., Dahlen G.H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Mambourg, F., Gailly, J., & Wei-Hong, Z. (2010). *Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. Good Clinical Practice (GCP)*.
- Manogin, T.W., Bechtel, G.A., & Rami, J.S. (2000). Caring Behaviors by Nurses: Women's Perceptions During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(2), 153–157. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02035.x>
- Marín Gabriel, M., Llana Martín, I., López Escobar, A., Fernández Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630–1634. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x>

- Matsuo, K., Shiki, Y., Yamasaki, M., & Shimoya, K. (2009). Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 280(5), 781–786. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1015-2>
- Maurice, B.M., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindström, B., & Espnes, G.A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, & G.A. Espnes, Eds.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- McDonald, S.J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P.S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- McKay, S. (1991). Shared Power: The Essence of Humanized Childbirth. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 5(4).
- McKay, S., & Smith, S.Y. (1993). What Are They Talking About? Is Something Wrong? Information Sharing During the Second Stage of Labor. *Birth*, 20(3), 142–147. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1993.tb00439.x>
- McMaster University. (2021). *GRADEpro: GDT*. <https://www.gradepro.org/>.
- Mercer, J.S., Erickson-Owens, D.A., Collins, J., Barcelos, M.O., Parker, A.B., & Padbury, J.F. (2017). Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, 37(3), 260–264. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.222>
- Miller, Y.D., Armanasco, A.A., McCosker, L., & Thompson, R. (2020). Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: An observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03149-7>
- Miller, Y.D., Tone, J., Talukdar, S., & Martin, E. (2022). A direct comparison of patient-reported outcomes and experiences in alternative models of maternity care in Queensland, Australia. *PLoS ONE*, 17(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271105>
- Minassian, V. (2002). Randomized trial of lidocaine ointment versus placebo for the treatment of postpartum perineal pain. *Obstetrics & Gynecology*, 100(6), 1239–1243. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02339-6](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02339-6)
- Mires, G., Williams, F., & Howie, P. (2001). Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population Commentary: changes between protocol and manuscript should be declared at submission Commentary: research governance must focus on research training Commentary: Approach to power calculations has to be realistic. *BMJ*, 322(7300), 1457–1462. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7300.1457>
- Mitchell K. (2008). The effect of the labour electronic fetal monitoring admission test on operative delivery in low-risk women: a randomised controlled trial. *Evidence Based Midwifery*, 6(1), 18–26.

- Mohammad, K., Tailakh, S., Fram, K., & Creedy, D. (2019). Effects of early umbilical cord clamping versus delayed clamping on maternal and neonatal outcomes: a Jordanian study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(2), 231–237. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1602603>
- Molakatalla, S., Shepherd, E., & Grivell, R.M. (2020). Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012129.pub2>
- Moore, E.R., Anderson, G.C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub2>
- Moore, ER, Bergman, N, Anderson, GC & Medley, N (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. PMID: 27885658; PMCID: PMC6464366.
- Moore, W., & James, D.K. (1989). A random trial of three topical analgesic agents in the treatment of episiotomy pain following instrumental vaginal delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 10(1), 35–39. <https://doi.org/10.3109/01443618909151090>
- Nadal, J., Pierre, F., Fernandez, A., Boussac, E., Loupec, T., & Desseauve, D. (2022). Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients' satisfaction, and maternal and neonatal outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 5697–5702. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1891219>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Intrapartum care for healthy women and babies*.
- National Institute for Health Care Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies (CG190)*. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6886>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE clinical guideline [CG37]*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth*. In *NICE*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*.
- National Institute for Health Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour*. www.nice.org.uk/guidance/ng229
- NHS Lanarkshire. (2020). *Guideline for the management of waterbirth*.
- Nielsen, J.H., Overgaard, C. Healing architecture and Snoezelen in delivery room design: a qualitative study of women's birth experiences and patient-centeredness of care. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 283 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02983-z>
- Ofojebe, C.J., Eleje, G.U., Ikechebelu, J.I., Okpala, B.C., Ofojebe, B.A., Ugwu, E.O., Igbojike, E.P., Onwuegbuna, A.A., Ikwuka, D.C., Anikwe, C.C., & Ejikeme, T.B. (2021). A randomized controlled

- clinical trial on peripartum effects of delayed versus immediate umbilical cord clamping on term newborns. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 262, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.038>
- Oladapo, O.T., Okusanya, B.O., & Abalos, E. (2018). Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub3>
- Oladapo, O.T., Okusanya, B.O., Abalos, E., Gallos, I.D., & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub4>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, G.M.V., Hosoume, R.S., de Castro Monteiro, M.V., Juliato, C.R.T., & Brito, L.G.O. (2020). Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: a systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2291–2299. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04308-2>
- Peters, K. (2015). *Praktijkgericht onderzoek naar het gebruik van een hands on en hands off beleid tijdens de uitdrijvingsfase van de bevalling, met betrekking tot de motivatie van verloskundigen hiervoor*. HZ University of Applied Sciences.
- Pierce-Williams, R.A.M., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993–1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
- Pinar, S., & Karaçam, Z. (2018). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health Care for Women International*, 39(1), 110–125. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1376332>
- Priddis, H.S., Schmied, V., Kettle, C., Sneddon, A., & Dahlen, H.G. (2014). “A patchwork of services” – caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales – from the perspective of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 236. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-236>
- Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(6), 662–670. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x>

- Qian, Y., Lu, Q., Shao, H., Ying, X., Huang, W., & Hua, Y. (2020). Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. *Early Human Development*, 142, 104948. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104948>
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines. (2015). *Intrapartum fetal surveillance (IFS)*. QMN.
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012). *Normal Birth*. QNM.
- Rahmani, R., Khakbazan, Z., Yavari, P., Granmayeh, M., & Yavari, L. (2012). Effect of Oral Carbohydrate Intake on Labor Progress: Randomized Controlled Trial. In *Iranian J Publ Health* (Vol. 41, Issue 11). <http://ijph.tums.ac.ir>
- Reed, R., Gabriel, L. & Kearney, L. (2019) Birthing the placenta: women's decisions and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 140. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2288-5>
- Rivard, C., Awad, M., Liebermann, M., DeJong, M., Massey, S. M., Sinacore, J., & Brubaker, L. (2012). Bladder drainage during labor: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(8), 1046–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01837.x>
- Rocha, B.D. da, Zamberlan, C., Pivetta, H.M.F., Santos, B.Z., & Antunes, B.S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54.
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2014). Intrapartum fetal surveillance. In RANZCOG (Ed.), *Clinical Guidelines* (Third Edition).
- Royal College of Midwives. (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. Immersion in water for labour and birth*.
- Safari, K., Saeed, A.A., Hasan, S.S., & Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>
- Salari, Z., Rezapour, M., & Khalili, N. (2014). Late umbilical cord clamping, neonatal hematocrit and Apgar scores: A randomized controlled trial. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 7(4), 287–291. <https://doi.org/10.3233/NPM-1463913>
- Salati, J.A., Leathersich, S.J., Williams, M.J., Cuthbert, A., & Tolosa, J.E. (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001808.pub3>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

- Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Ricci, G., Alberico, S., Borelli, M., & Guaschino, S. (2012). The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *286*(5), 1135–1139. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2444-x>
- Schott, S., van der Avoort, I., Descamps, P., Richmond, D., Adams, T., Oei, G., Hédon, B., & Friese, K. (2014). Four countries, four ways of discussing low-risk pregnancy and normal delivery: in France, Germany, The Netherlands, and the United Kingdom. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *289*(2), 451–456. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-3083-6>
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*.
- Schünemann, H.J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandia-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R.A., Manja, V., Brignardello-Petersen, R., Neumann, I., Falavigna, M., Alhazzani, W., Santesso, N., Zhang, Y., Meerpohl, J.J., Morgan, R.L., Rochweg, B., Darzi, A., Rojas, M.X., Carrasco-Labra, A., Adi, Y., ... Akl, E.A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of Clinical Epidemiology*, *81*, 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
- Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, *j4008*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Shirvani, M.A., & Ganji, J. (2014). The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(17–18), 2473–2480. <https://doi.org/10.1111/jocn.12413>
- Silva Gallo, R.B., Santana, L.S., Jorge Ferreira, C.H., Marcolin, A.C., PoliNeto, O.B., Duarte, G., & Quintana, S.M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, *59*(2), 109–116. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70163-2](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70163-2)
- Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., & Kafali, H. (2014). Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *78*(4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
- Simon, L.V., Hashmi, M.F., & Bragg, B.N. (2023). *APGAR Score*.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G.M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. In M. Singata (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub2>
- Skovlund, E., Fyllingen, G., Landre, H., & Nesheim, B.I. (1991). Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design. I. Paracetamol versus placebo. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *40*(4), 343–347. <https://doi.org/10.1007/BF00265841>

- Smith, L.A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E.E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>
- Smith, C.A., Levett, L.M., Collins, C.T., & Crowther, C.A. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514>
- Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T., Dahlen, H.G., Ee, C.C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>
- Smith, V., Begley, C., Newell, J., Higgins, S., Murphy, D.J., White, M.J., Morrison, J.J., Canny, S., O'Donovan, D., & Devane, D. (2019). cardiotocography versus intermittent auscultation of the fetal heart in low-risk pregnancy during evaluation for possible labour admission – a multicentre randomised trial: the ADCAR trial. *BJOG* 2019;126:114–121, 126, 114–121.
- Smyth, R.M., Alldred, S.K., & Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. In R.M. Smyth (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>
- Société française de néonatalogie. (2016). Réanimation du Nouveau-né en salle de naissance 2^{ème}. In ed.: *Sauramps Médical*.
- Spanish National Healthcare System en Espagne. (2010). *Clinical practice guideline on care in normal childbirth*.
- Sperling, J.D., Dahlke, J.D., & Sibai, B.M. (2016). Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(5), 592–596. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.166>
- Sprague, A.E., Oppenheimer, L., McCabe, L., Brownlee, J., Graham, I.D., & Davies, B. (2006). The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(9), 769–779. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32257-5](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32257-5)
- Srebnik, N., Barkan, O., Rottenstreich, M., Ioscovich, A., Farkash, R., Rotshenker-Olshinka, K., Samueloff, A., & Grisaru-Granovsky, S. (2020). The impact of epidural analgesia on the mode of delivery in nulliparous women that attain the second stage of labor. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(14), 2451–2458. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1554045>
- Statistics Belgium. (2023, October 11). *Geboorte en vruchtbaarheid*. <https://statbel.fgov.be/Nl/Themas/Bevolking/Geboortecijfer-En-Vruchtbaarheid#figures>. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboortecijfer-en-vruchtbaarheid#figures>
- Steen, M. (2002). A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of localised cooling treatments in alleviating perineal trauma: the APT study. *Midwifery Digest*, 12, 373–376.
- Steen, M., & Cooper, K. (1998). Cold therapy and perineal wounds: too cool or not too cool? *British Journal of Midwifery*, 6(9), 572–579. <https://doi.org/10.12968/bjom.1998.6.9.572>

- Steen, M., Cooper, K., Marchant, P., Griffiths-Jones, M., & Walker, J. (2000). A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*, *16*(1), 48–55. <https://doi.org/10.1054/midw.1999.0188>
- Sterne, J.A.C., Savović, J., Page, M.J., Elbers, R.G., Blencowe, N.S., Boutron, I., Cates, C.J., Cheng, H.Y., Corbett, M. S., Eldridge, S.M., Emberson, J.R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D.R., Jüni, P., Kirkham, J.J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J.P.T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *366*, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Sterne, J.A., Hernán, M.A., Reeves, B.C., Savović, J., Berkman, N.D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D.G., Ansari, M.T., Boutron, I., Carpenter, J.R., Chan, A.W., Churchill, R., Deeks, J.J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y.K., Pigott, T.D., ... Higgins, J.P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, *i4919*. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie vzw. (2022). *Perinatale gezondheid in Vlaanderen*.
- Suleiman, A., Mruwat-Rabah, S., Garmi, G., Dagilayske, D., Zelichover, T., & Salim, R. (2018). Effect of intermittent versus continuous bladder catheterization on duration of the second stage of labor among nulliparous women with an epidural: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, *29*(5), 691–696. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3357-9>
- Sutcliffe, K.L., Levett, K., Dahlen, H.G., Newnham, E., & MacKay, L.M. (2023). How Do Anxiety and Relationship Factors Influence the Application of Childbirth Education Strategies During Labor and Birth: A Bowen Family Systems Perspective. *International Journal of Women's Health*, *Volume 15*, 455–465. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S399588>
- Taavoni, S., Abdollahian, S., Haghani, H., & Neysani, L. (2011). Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *56*(2), 137–140. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00013.x>
- Tarkka, M.T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *14*(3), 184–190.
- Tency, I., Neels, H., Naulaers, G., Van de Velde, G., Vercauteren, A., Helsloot, K., D'haenens, F., De Catte, L., Raes, M., Van Royen, P., Cordyn, S., Van Thienen, S., & Goossens, M. (2022). *Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1)*.
- Teskereci, G., Yangın, H., & Akpınar, A. (2020). Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study. *Health Care for Women International*, *41*(1), 75–88. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1590361>
- The ADAPTE Collaboration. (2009). *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0*.
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., & Kılıç, H. (2021). The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial. *Complementary Medicine Research*, *28*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1159/000507605>

- Tuuli, M.G., Frey, H.A., Odibo, A.O., MacOnes, G.A., & Cahill, A.G. (2012). Immediate compared with delayed pushing in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 120, Issue 3, pp. 660–668). <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182639fae>
- Valero, J., Desantes, D., Perales-Puchalt, A., Rubio, J., Diago Almela, V.J., & Perales, A. (2012). Effect of delayed umbilical cord clamping on blood gas analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *162*(1), 21–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.01.020>
- VandeVusse, L. (1999). Decision Making in Analyses of Women's Birth Stories. *Birth*, *26*(1), 43–50. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00043.x>
- Voon, S.T., Lay, J.T.S., San, W.T.W., Shorey, S., & Lin, S.K.S. (2017). Comparison of midwife-led care and obstetrician-led care on maternal and neonatal outcomes in Singapore: A retrospective cohort study. *Midwifery*, *53*, 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.010>
- Waldenström, U., Borg, I.M., Olsson, B., Sköld, M., & Wall, S. (1996). The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. *Birth*, *23*(3), 144–153. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x>
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, *31*(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
- Walker, K.F., Kibuka, M., Thornton, J.G., & Jones, N.W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*.
- Weckend, M., Davison, C., & Bayes, S. (2022). Physiological plateaus during normal labor and birth: A scoping review of contemporary concepts and definitions. *Birth*, *49*(2), 310–328. <https://doi.org/10.1111/birt.12607>
- Welfens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth*, *47*(1), 115–122. <https://doi.org/10.1111/birt.12466>
- Wernham, E., Gurney, J., Stanley, J., Ellison-Loschmann, L., & Sarfati, D. (2016). A Comparison of Midwife-Led and Medical-Led Models of Care and Their Relationship to Adverse Fetal and Neonatal Outcomes: A Retrospective Cohort Study in New Zealand. *PLoS Medicine*, *13*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002134>
- WHO, & UNICEF. (2018). *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*.
- Wiles, K., Damodaram, M., & Frise, C. (2021). Severe hypertension in pregnancy. *Clinical Medicine*, *21*(5), e451–e456. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0508>
- Wilson, B.L., Passante, T., Rauschenbach, D., Yang, R., & Wong, B. (2015). *With epidural anesthesia during labor. Bladder management a randomized controlled trail* (Vol. 40, Issue 4).

- World Health Organisation. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*.
- World Health Organization. (2012). *Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta*.
- World Health Organization. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. World Health Organization. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=6FD95000EF280E21C380F3FAC20D0ACE?sequence=1)
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- World Health Organisation. (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*.
- Wuytack, F., Smith, V., & Cleary, B.J. (2016). Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011352.pub2>
- Wyllie, J., Perlman, J. M., Kattwinkel, J., Wyckoff, M.H., Aziz, K., Guinsburg, R., Kim, H.S., Liley, H. G., Mildenhall, L., Simon, W.M., Szlyd, E., Tamura, M., & Velaphi, S. (2015). Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95, e169–e201. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.045>
- Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., Wang, Q., Wu, C., Wu, Y., Xiao, L., Luo, X., Tian, J., Ge, L., & Shi, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807–2820. <https://doi.org/10.1111/jog.15399>
- Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Li, X., & Baird, K. (2022). Benefits and risks of spontaneous pushing versus directed pushing during the second stage of labour among women without epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104324. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104324>
- Yildirim, D., & Ozyurek, S.E. (2018). Intramuscular oxytocin administration before vs. after placental delivery for the prevention of postpartum hemorrhage: A randomized controlled prospective trial. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.012>
- Yin, H., & Hu, R. (2019). A cohort study of the impact of epidural analgesia on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(8), 1435–1441. <https://doi.org/10.1111/jog.13988>
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293–3306.

