

Recommandations de l'OMS sur la prévention et le traitement des infections maternelles du péripartum

Grandes lignes et messages clés des recommandations mondiales 2015 de l'Organisation mondiale de la Santé

Messages clés

- Les infections bactériennes autour de la période de l'accouchement sont responsables d'environ un décès maternel sur dix et contribuent à la morbidité sévère et aux incapacités à long terme chez bon nombre de mères qui en sont atteintes.
- Les soins de référence pour la prévention et la lutte contre les infections sont la pierre angulaire de la prévention des infections du péripartum (par exemple, l'hygiène des mains et l'utilisation d'équipements propres).
- Les recommandations de l'OMS sur la prévention et le traitement des infections maternelles du péripartum couvrent aussi bien les interventions qui sont recommandées que celles qui ne le sont pas, pendant le travail, l'accouchement et la période du post-partum.
- La surveillance clinique, la détection précoce et une antibiothérapie appropriée rapidement initiée constituent des interventions essentielles à la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les femmes présentant une infection du péripartum.
- Les recommandations concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie pour des indications spécifiques mettent en balance les bénéfices chez la mère et le nouveau-né, les préoccupations liées à la sécurité (par exemple, les effets indésirables) et l'impératif de santé publique de lutter contre la résistance aux antibiotiques.

Contexte

Les infections bactériennes autour de la période de l'accouchement figurent parmi les causes principales de la mortalité maternelle dans le monde. Près d'un décès maternel sur dix leur est imputable.^{1,2} Lorsqu'elles ne se soldent pas par le décès de la mère, ces infections sont associées à des morbidités sévères et des incapacités à long terme, telles que les douleurs pelviennes chroniques, les maladies des trompes de Fallope ou la stérilité secondaire. On estime qu'un million de décès néonataux par an sont attribuables aux infections maternelles avant ou pendant l'accouchement.^{3,4} Plusieurs facteurs ont été associés à l'augmentation du risque d'infections maternelles du péripartum,



¹ Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2(6):e323–33.

² Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. 2006. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 367(9516):1066–74.

³ Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, et al. 2010. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 375(9730):1969–87.

⁴ Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet Neonatal Survival Steering Team. 2005. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 365(9462):891–900.

notamment les maladies maternelles préexistantes (par exemple, la malnutrition, le diabète, l'obésité, l'anémie sévère et la vaginose bactérienne) ou les problèmes survenant spontanément ou suite à l'intervention du prestataire de soins pendant le travail et l'accouchement (par exemple, la rupture prolongée des membranes, les multiples touchers vaginaux, l'extraction manuelle du placenta et la césarienne). Les stratégies visant à réduire le risque d'infections maternelles du péripartum et les complications associées sont largement axées sur des mesures préventives applicables à ces facteurs de risque.

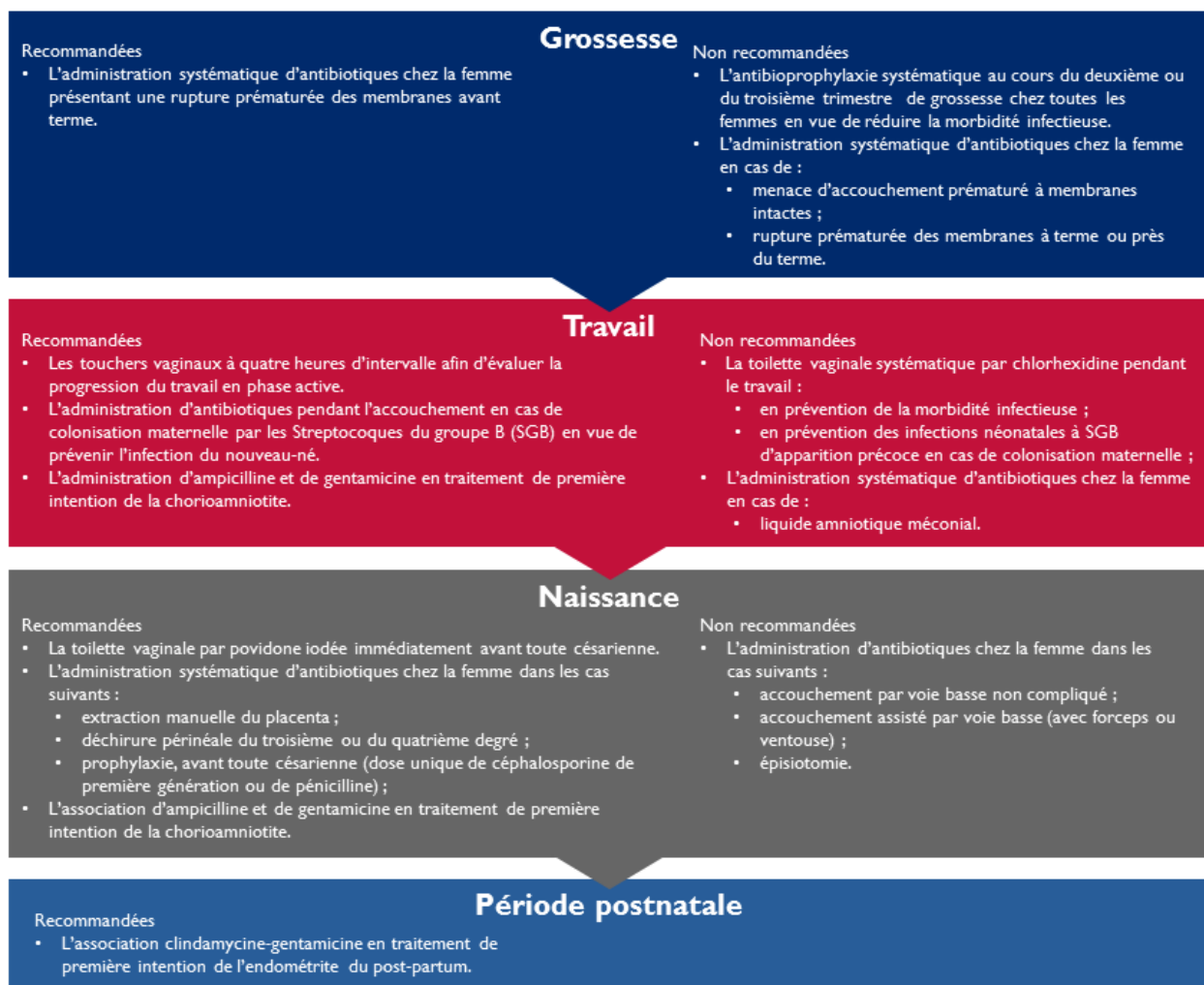
Les recommandations de l'OMS privilégient les interventions fondées sur des données factuelles visant à prévenir et traiter les infections de l'appareil reproducteur pendant le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Le recours à l'antibioprophylaxie et à l'antibiothérapie constitue l'intervention la plus courante dans le monde pour prévenir la morbidité et la mortalité associées aux infections maternelles du péripartum. Toutefois, dans la pratique clinique, le mésusage des antibiotiques dans les procédures ou les soins obstétricaux que l'on pense susceptibles d'entraîner un risque d'infection est courant. Cette utilisation inappropriée d'antibiotiques chez les femmes qui accouchent a un impact sur les efforts mondiaux visant à enrayer l'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques. Par conséquent, l'utilisation appropriée et l'utilisation inappropriée des antibiotiques en prévention et en traitement des infections du péripartum sont toutes deux abordées dans les recommandations. La prise en charge du sepsis sévère et du choc septique n'est, quant à elle, pas couverte dans ces recommandations.

Ce document d'orientation politique présente les grandes lignes des recommandations ainsi que les implications politiques et programmatiques de leur mise en œuvre à l'échelle nationale. Pour prendre connaissance de chacune des recommandations et des justifications associées, il est possible d'accéder à la publication complète à l'adresse (www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines).

Bonnes pratiques cliniques : le respect des mesures de référence en matière de prévention et de lutte contre les infections et l'utilisation raisonnable des antibiotiques pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens

- Identifier et corriger les facteurs prédisposant aux infections (par exemple, en offrant des conseils nutritionnels et en traitant les carences, l'anémie ou d'autres problèmes médicaux, comme le diabète) au cours des soins prénatals.
- Promouvoir l'hygiène des mains et l'utilisation de produits propres (par exemple, les produits sanguins), l'utilisation d'équipements propres et le respect des conditions d'asepsie (par exemple, l'application des techniques de référence pour la préparation de la peau et l'utilisation appropriée de solutions antiseptiques pour la préparation du site opératoire).
- Maintenir un environnement hospitalier propre (eau potable, élimination appropriée des déchets et bonnes mesures d'hygiène).
- Élaborer et mettre en place des protocoles locaux sur les pratiques de prévention et de lutte contre les infections conformes aux directives existantes de l'OMS.
- Promouvoir l'utilisation raisonnable des antibiotiques (administration uniquement pour les indications prévues, utilisation d'antibiotiques ayant le spectre le plus étroit possible à la plus petite dose efficace, vérification des antécédents d'intolérance médicamenteuse chez la femme, surveillance du tableau local de sensibilité et de résistance bactériennes aux antibiotiques).

Résumé des pratiques recommandées et non recommandées visant à prévenir et à traiter les infections maternelles du péripartum



Interventions pour la prévention et le traitement des infections maternelles du péripartum : justifications et guide de mise en œuvre

Prévention des infections maternelles du péripartum	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justifications et guide de mise en œuvre
I. Prévention des infections du péripartum	
Recommandation 1 : le rasage systématique du pubis/du périnée avant l'accouchement par voie basse n'est pas recommandé.	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune donnée ne montre un quelconque bénéfice clinique associé au rasage systématique du pubis ou du périnée avant l'accouchement. Cette décision devrait appartenir à la femme et non pas à son prestataire de soins.
Recommandation 2 : un toucher vaginal toutes les quatre heures est recommandé dans l'évaluation systématique de la progression du travail en phase active chez la femme à faible risque.	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été reconnu que de multiples touchers vaginaux contribuent aux morbidités infectieuses, notamment en présence d'autres facteurs de risque (par exemple, la rupture prolongée des membranes et un travail long).

Prévention des infections maternelles du péripartum	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justifications et guide de mise en œuvre
Recommandation 3 : la toilette vaginale systématique par chlorhexidine pendant le travail en prévention des morbidités infectieuses n'est pas recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée ne met en évidence un quelconque bénéfice clinique associé à la toilette vaginale systématique par chlorhexidine pendant le travail. Il est probable que les femmes préfèrent réduire au minimum les interférences pendant le travail et certaines d'entre elles pourraient même trouver cette intervention invasive ou gênante. Les prestataires de soins et les décideurs politiques peuvent avoir à cœur de réduire certaines dépenses de santé.
Recommandation 4 : la toilette vaginale systématique par chlorhexidine pendant le travail chez la femme porteuse de SGB n'est pas recommandée en prévention des infections néonatales à SGB d'apparition précoce.	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée ne montre que la toilette vaginale systématique par chlorhexidine pendant le travail permet de prévenir l'apparition précoce d'infections à SGB chez les bébés prématurés ou nés à terme. La toilette vaginale systématique par chlorhexidine semble accroître les irritations vaginales.
Recommandation 5 : en cas de colonisation maternelle par SGB, l'administration d'antibiotiques pendant l'accouchement est recommandée en prévention des infections néonatales à SGB d'apparition précoce.	<ul style="list-style-type: none"> Cette recommandation se fonde sur les bénéfices cliniques néonataux (réduction du risque d'apparition précoce d'infections à SGB chez le nouveau-né) car les données concernant les effets sur les morbidités infectieuses chez la mère sont insuffisantes. Toutes les femmes dont la colonisation par SGB est connue devraient recevoir un antibiotique pendant l'accouchement (ampicilline ou pénicilline G). Étant données les difficultés à rendre le dépistage du portage du SGB accessible à toutes les femmes enceintes, particulièrement dans milieux défavorisés, les décideurs politiques devraient élaborer une politique et des orientations locales en la matière, basées sur la prévalence de la colonisation par SGB et sur la charge des infections néonatales à SGB d'apparition précoce à l'échelle locale.
Recommandation 6 : l'antibioprophylaxie systématique chez toutes les femmes au cours du deuxième ou du troisième trimestre de grossesse dans l'objectif de réduire la morbidité infectieuse n'est pas recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> Les données disponibles montrent que les bénéfices potentiels associés à l'administration d'antibiotiques pendant la grossesse afin de prévenir la morbidité infectieuse ne sont pas supérieurs à ses effets nocifs potentiels, en particulier chez les femmes dont la grossesse n'est pas à risque.
Recommandation 7 : l'administration systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée chez la femme en travail prématuré à membranes amniotiques intactes.	<ul style="list-style-type: none"> Les risques potentiels associés à l'antibioprophylaxie systématique, notamment le décès et l'infirmité motrice cérébrale néonataux, dépassent les bénéfices cliniques attendus en termes de réduction de la morbidité infectieuse maternelle.
Recommandation 8 : l'antibiothérapie est recommandée chez la femme en cas de rupture prématurée des membranes avant terme.	<ul style="list-style-type: none"> Afin d'éviter l'administration fortuite d'antibiotiques à des femmes dont les membranes amniotiques sont intactes, des antibiotiques ne devraient être prescrits qu'en cas de diagnostic définitif de rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme.
Recommandation 9 : l'administration systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée chez la femme qui présente une rupture prématurée des membranes à terme ou près du terme.	<ul style="list-style-type: none"> L'administration « systématique » implique l'administration d'antibiotiques en l'absence de signes cliniques d'infection ou de tout facteur de risque infectieux supplémentaire. On situe la grossesse « près du terme » à la 36^{ème} semaine d'âge gestationnel ou plus.
Recommandation 10 : l'administration systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée chez la femme en cas de liquide amniotique méconial.	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont insuffisantes pour recommander l'antibioprophylaxie chez la femme en cas de coloration méconiale du liquide amniotique pendant le travail en l'absence d'autres indications. Des antibiotiques devraient être administrés lorsque les caractéristiques du liquide suggèrent une infection. Du personnel expérimenté en réanimation néonatale devrait assister à l'accouchement lorsque la présence de méconium épais est constatée, le risque de syndrome d'inhalation méconiale étant accru.

Prévention des infections maternelles du péripartum	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justifications et guide de mise en œuvre
Recommandation 11 : l'antibioprophylaxie systématique est recommandée chez la femme en cas d'extraction manuelle du placenta.	<ul style="list-style-type: none"> La documentation devrait être mise à jour de façon à promouvoir une bonne hygiène et le respect des conditions d'asepsie afin de réduire l'infection maternelle du péripartum associée à l'extraction manuelle du placenta.
Recommandation 12 : l'antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée chez la femme en cas d'accouchement assisté par voie basse.	<ul style="list-style-type: none"> Les données suggèrent que l'antibioprophylaxie ne réduit pas le risque d'infections maternelles après un accouchement assisté par voie basse.
Recommandation 13 : l'antibioprophylaxie systématique est recommandée chez la femme en cas de déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré.	<ul style="list-style-type: none"> Les données disponibles sont insuffisantes pour déterminer les bénéfices cliniques de l'administration systématique d'antibiotiques prophylactiques chez la femme présentant une déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré après l'accouchement. Néanmoins, des données indirectes mettent en évidence un bénéfice de l'antibioprophylaxie en cas de plaies potentiellement contaminées (considérant la flore bactérienne présente dans le rectum) dans la pratique clinique, et il serait raisonnable d'utiliser des antibiotiques afin de réduire le risque d'infection.
Recommandation 14 : l'antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée chez la femme en cas d'épisiotomie.	<ul style="list-style-type: none"> Les données actuelles ne permettent pas de déterminer si l'administration systématique d'antibiotiques chez la femme ayant une épisiotomie lors d'un accouchement par voie basse a des effets bénéfiques ou nocifs. Lorsqu'elles sont pratiquées soigneusement, les épisiotomies sont généralement associées à un faible taux d'infection dans les milieux où les mesures de lutte contre les infections sont bien observées.
Recommandation 15 : l'antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée chez la femme en cas d'accouchement par voie basse non compliqué.	<ul style="list-style-type: none"> Dans ce contexte, on entend par « accouchement vaginal non compliqué » un accouchement vaginal ne comportant aucun facteur de risque spécifique ni aucun signe clinique d'infection maternelle du péripartum.
Recommandation 16 : la toilette vaginale par povidone iodée est recommandée immédiatement avant la césarienne.	<ul style="list-style-type: none"> La préparation vaginale avec une solution de povidone iodée immédiatement avant la césarienne pourrait réduire le risque d'endométrite postopératoire, en particulier en cas de rupture des membranes ou lorsque le travail a déjà commencé.
Recommandation 17 ; le choix de l'agent antiseptique et de sa méthode d'application pour la préparation de la peau avant une césarienne doit reposer principalement sur l'expérience du clinicien avec cet agent antiseptique en particulier et ladite méthode d'application, sur son coût et sur sa disponibilité au niveau local.	<ul style="list-style-type: none"> La préparation de la peau est une composante vitale de l'ensemble des soins devant être prodigués aux femmes ayant une intervention chirurgicale afin de prévenir les infections du site opératoire avant la césarienne. Toutefois, les données ne permettent pas de recommander l'utilisation d'un agent antiseptique spécifique plutôt qu'un autre. Les étapes principales consistent notamment à exclure toute allergie maternelle à l'agent de préparation de la peau appliqué avant l'intervention chirurgicale, ainsi qu'à adopter une technique standard de préparation préopératoire de la peau qui soit appropriée pour l'incision cutanée prévue.
Recommandation 18 : l'antibioprophylaxie systématique est recommandée chez la femme ayant une césarienne programmée ou d'urgence.	<ul style="list-style-type: none"> Des données de bonne qualité mettent en évidence les bénéfices cliniques de l'administration prophylactique d'antibiotiques avant ou pendant la césarienne, les bénéfices étant supérieurs lorsqu'ils sont administrés avant l'incision.
Recommandation 18.1 : en cas de césarienne, les antibiotiques prophylactiques devraient être administrés avant l'incision cutanée, plutôt que pendant l'intervention après le clampage du cordon ombilical.	<ul style="list-style-type: none"> Le bénéfice maximal peut être escompté lorsque l'antibioprophylaxie est administrée 30 à 60 minutes avant l'incision cutanée. Les données indiquent cependant aussi l'efficacité de l'antibioprophylaxie après le clampage du cordon ombilical en prévention des morbidités infectieuses à la suite d'une césarienne. Par conséquent, les antibiotiques restent bénéfiques lorsqu'ils sont administrés en dehors de la fourchette de temps suggérée (à savoir 15 à 60 minutes avant l'incision) et devraient être donnés même lorsque l'on ne dispose que d'un temps limité pour administrer un antibiotique prophylactique (césarienne pratiquée en urgence, par exemple).

Prévention des infections maternelles du péripartum	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justifications et guide de mise en œuvre
Recommandation 18.2 : pour l'antibioprophylaxie en cas de césarienne, il convient d'utiliser une dose unique de pénicilline ou de céphalosporine de première génération de préférence à d'autres classes d'antibiotiques.	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée ne montre la supériorité d'une classe d'antibiotiques par rapport aux autres dans la prophylaxie chez la femme ayant une césarienne. Toutefois, la pénicilline et les céphalosporines de première génération présentent un avantage comparativement à d'autres classes d'antibiotiques car elles sont moins onéreuses et largement disponibles dans tous les milieux. En raison du risque élevé d'entérocolite nécrosante chez le prématuré, il convient d'éviter l'utilisation de l'association amoxicilline-clavulanate de potassium pour l'antibioprophylaxie en cas de césarienne prématurée, et il pourrait également être plus prudent d'en éviter l'utilisation en cas de césarienne à terme.

Traitement des infections maternelles du péripartum	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justifications et guide de mise en œuvre
II. Traitement des infections maternelles du péripartum	
Recommandation 19 : un schéma posologique simple tel que l'administration d'ampicilline et de gentamicine une fois par jour est recommandé comme antibiothérapie de première intention dans le traitement de la chorioamnionite.	Recommandation 19 : un schéma posologique simple tel que l'administration d'ampicilline et de gentamicine une fois par jour est recommandé comme antibiothérapie de première intention dans le traitement de la chorioamnionite.
Recommandation 20 : l'association de clindamycine et de gentamicine est recommandée comme antibiothérapie de première intention en cas d'endométrite du post-partum.	Recommandation 20 : l'association de clindamycine et de gentamicine est recommandée comme antibiothérapie de première intention en cas d'endométrite du post-partum.

Mesures visant à surveiller le respect des recommandations afin de réduire la morbidité infectieuse

	Indicateurs suggérés
Mesures et indicateurs pouvant être adaptés aux niveaux régional et national en vue d'évaluer le respect des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de femmes ayant une césarienne qui reçoivent une antibioprophyllaxie, calculée en divisant le nombre de femmes recevant une antibioprophyllaxie en cas de césarienne par le nombre total de femmes ayant une césarienne.
	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de femmes ayant une RPM avant terme qui reçoivent une antibioprophyllaxie, calculée en divisant le nombre de femmes ayant une RPM avant terme qui reçoivent une antibioprophyllaxie par le nombre total de femmes présentant une RPM avant terme.
	<ul style="list-style-type: none"> L'incidence de l'infection du site opératoire chez les femmes ayant une césarienne, calculée en divisant le nombre de femmes atteintes d'une infection du site opératoire consécutive à une césarienne par le nombre total de femmes ayant une césarienne.

Conclusion : recommandations programmatiques et politiques

Les recommandations de l'OMS ont pour finalité d'améliorer la qualité des soins et de réduire les décès et incapacités évitables associés à l'infection du péripartum chez la mère et le nouveau-né. Les pays devraient mettre à jour leurs activités et leur documentation politiques et programmatiques afin de soutenir l'adoption et la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations, notamment en prenant les mesures suivantes :

Mesures spécifiques :

Veiller à ce que, au niveau national, les normes, les programmes de formation, les protocoles cliniques et la documentation programmatique, y compris les aide-mémoires et les outils d'amélioration de la qualité destinés aux prestataires de soins, soient mis à jour afin de *promouvoir* :

- l'antibiothérapie systématique chez la femme présentant une RPM avant terme, supposant un diagnostic fiable de la RPM avant terme et l'utilisation d'érythromycine comme antibiotique de première intention ;
- l'administration systématique d'antibiotiques chez la femme ayant une césarienne programmée ou d'urgence, en mettant l'accent sur le schéma thérapeutique le plus simple et le plus court possible (de préférence une seule dose), indépendamment de la classe thérapeutique ou du type de césarienne (qu'elle soit programmée ou pratiquée en urgence) ;
- l'antibiothérapie systématique avant l'incision cutanée en cas de césarienne lorsqu'elle est possible, ou une administration plus tardive (après le clampage du cordon ombilical, par exemple), lorsque les circonstances ne permettent pas de donner des antibiotiques avant l'incision ;
- l'utilisation d'un schéma posologique recommandé en première intention qui soit simple, réponde à la charge infectieuse locale, puisse être administré sur une durée brève et respecte les principes de l'utilisation d'antibiotiques visant à réduire l'émergence de souches résistantes de bactéries ;
- l'utilisation de la classe d'antibiotiques des pénicillines (incluant la gentamicine) comme traitement alternatif de l'endométrite du post-partum dans les milieux où la disponibilité et le coût de la clindamycine constituent un frein ; et la poursuite de l'administration des antibiotiques prescrits pendant au moins 24 à 48 h après la résolution complète des signes et symptômes cliniques (fièvre, sensibilité utérine, lochies purulentes, et/ou leucocytose, par exemple).

Veiller à ce que, au niveau national, les normes, les programmes de formation, les protocoles cliniques et la documentation programmatique, y compris les aide-mémoires et les outils d'amélioration de la qualité destinés aux prestataires de soins, soient mis à jour afin de *décourager* :

- les touchers vaginaux multiples pour l'évaluation systématique de la progression du travail, notamment en présence d'autres facteurs de risque (par exemple, la rupture prolongée des membranes et un travail long) ;
- la toilette vaginale systématique par chlorexidine chez la femme lorsqu'un accouchement par voie basse est anticipé ;
- l'antibiothérapie systématique chez la femme en cas d'accouchement assisté par voie basse avec forceps ou ventouse, ou chez la femme ayant un accouchement par voie basse normal (non compliqué) ou avec épisiotomie ;
- l'antibiothérapie systématique chez la femme en cas de menace de travail prématuré à membranes amniotiques intactes ;
- l'antibiothérapie systématique chez la femme en cas de RPM à terme.

Mesures générales :

- Renforcer et maintenir les compétences des agents de santé afin de leur permettre de mettre en œuvre les recommandations, notamment par l'élaboration de supports simples de supervision/formation, d'aide-mémoires et d'outils visant à encourager l'observance des pratiques recommandées et l'abandon des pratiques non recommandées.
- Promouvoir des politiques et l'élaboration de supports pour la surveillance clinique systématique des signes d'infection pendant le travail et la période du post-partum, prévoyant le diagnostic précoce de l'infection par test de laboratoire le cas échéant.
- Élaborer, mettre en place et surveiller des protocoles locaux de prévention et de lutte contre les infections conformes aux directives existantes de l'OMS.
- Mobiliser les associations nationales de sages-femmes, d'infirmier(ère)s, de médecins généralistes et d'obstétriciens afin qu'elles sensibilisent leurs membres aux nouvelles recommandations et aux données scientifiques sur lesquelles elles se fondent (lors de réunions annuelles, par le biais de lettres d'information, de sessions de formation médicale continue, etc.).
- Soutenir les activités visant à améliorer la qualité de la prévention et du traitement des infections maternelles du péripartum, en mettant l'accent sur l'élimination des principaux obstacles liés au système de santé et aux soins

locaux, d'une part, et en incluant la surveillance de processus simples et d'indicateurs de résultats afin de mesurer les progrès réalisés, d'autre part.

- Utiliser les plateformes existantes (SMS aux professionnels de santé, réunions mensuelles) pour rappeler régulièrement à ces derniers les pratiques recommandées.
- Accroître la disponibilité et la qualité d'un ensemble minimal de données pour soutenir la prise de décision clinique, la gestion programmatique et les efforts d'amélioration de la qualité et de surveillance dont l'objectif est d'améliorer les issues néonatales et maternelles liées aux infections du péripartum et de réduire la résistance aux antimicrobiens due au mésusage des antibiotiques.
- Sensibiliser les prestataires et la communauté aux signes d'infections maternelles du péripartum, à l'importance de consulter sans attendre, à l'orientation vers le niveau de soins approprié et au traitement rapide fondé sur des données factuelles des femmes atteintes d'infections du péripartum.
- Examiner et actualiser les modalités de dépistage, de prévention, de traitement et d'orientation des femmes présentant un risque accru d'infection maternelle du péripartum dû à des maladies maternelles préexistantes (par exemple, la malnutrition, le diabète, l'obésité, l'anémie sévère, la vaginose bactérienne ou les infections à streptocoque du groupe B) appliquées par les agents de santé communautaires et les établissements.
- Organiser les services de manière à en assurer la mise en conformité avec les mesures de lutte contre les infections recommandées en milieu hospitalier, à encourager un changement de comportement dans le bon sens et à mobiliser les prestataires et le personnel (par exemple, par le biais de formations du personnel et de retours d'information continu, de la diffusion d'informations et de supports de formation, de la distribution de matériel et de documents pour la lutte contre les infections, de l'élaboration de protocoles locaux, de la surveillance des infections, et de l'audit et du retour d'information cliniques).
- Afin de soutenir ces recommandations, élaborer et mettre en place des programmes dotés d'une forte composante d'évaluation et réaliser des études sur la mise en œuvre afin de générer des programmes essentiels fondés sur des stratégies et des approches en matière de mise en œuvre issues de différents milieux.
- Soutenir les activités visant à améliorer la qualité de l'évaluation de l'âge gestationnel afin de faciliter l'administration appropriée d'antibiotiques en cas de RPM avant terme.

Ce document d'orientation politique a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au titre de l'accord coopératif AID-OAA-A-14-00028. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'USAID ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Le contenu ne reflète pas nécessairement les opinions de l'OMS, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

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

Copyright© Organisation mondiale de la Santé et Jhpiego Corporation, 2015. Tous droits réservés. WHO/RHR/15.19 WHO/MCA/15.01.

Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/

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