

Organisation Mondiale de la Santé

Série de Rapports techniques

N° 27

**GROUPE D'EXPERTS
SUR LA PRÉMATURITÉ**

Rapport final

Genève, 17-21 avril 1950

	Pages
1. Définitions	3
2. Suggestions concernant l'élaboration de programmes	5
3. Programme d'action préventive	5
4. Programme de soins	7
5. Développement d'un programme d'ensemble	9
6. Programme d'enseignement en vue de la spécialisation dans les soins aux prématurés.	10
7. Recherches	11
8. Bourses d'études.	12
9. Service d'information.	12

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

OCTOBRE 1950

GROUPE D'EXPERTS SUR LA PRÉMATURITÉ

Rapport final

Membres :

D^r L. Camacho, Gynécologue; Chef du Centre d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Département de la Santé publique, Quito, Equateur

D^r V. Mary Crosse, Paediatrician, Birmingham Regional Hospital Board, Birmingham, Royaume-Uni

Professeur M. Lelong, Clinique de Puériculture de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France

D^r S. Z. Levine, Professor of Paediatrics and Paediatrician-in-Chief, New York Hospital, Cornell Medical Center, New-York, N. Y., Etats-Unis d'Amérique (*Président*)

M^{lle} E. Magnussen, Directeur de la Division des Soins infirmiers, Service national de Santé, Copenhague, Danemark

D^r A. Ylppö, Professeur de Pédiatrie à l'Université d'Helsinki; Chef de la Clinique infantile, Helsinki, Finlande (*Co-Président*)

Conseiller :

Miss D. Batt, Matron, Training Centre for Plunket Nurses, Dunedin, Nouvelle-Zélande

Secrétaire :

D^r Ethel C. Dunham, Expert-Conseil, Section de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, OMS

Le rapport sur la réunion de ce groupe d'experts a paru originalement sous forme de document ronéographié (WHO/MCH/20), en date du 27 avril 1950.

GROUPE D'EXPERTS SUR LA PRÉMATURITÉ

Rapport final¹

En adoptant le programme de l'Organisation Mondiale de la Santé pour 1950, qui comportait la convocation d'un groupe d'experts chargé d'étudier le problème de la prématurité, la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé a reconnu l'importance que présente ce problème sur le plan sanitaire mondial.²

On admet généralement que la prématurité est une des causes importantes de la mortalité infantile. Les requêtes adressées à l'OMS et sollicitant son assistance pour l'élaboration et l'exécution de programmes de soins à donner aux enfants prématurés, ou demandant des renseignements sur divers aspects du problème de la prématurité, montrent la nécessité de disposer d'avis d'experts dans ce domaine.

Au cours de sa session, qui a eu lieu à Genève du 17 au 21 avril 1950, le Groupe d'experts sur la Prématurité a conduit ses travaux tantôt en séances plénières, tantôt en constituant des groupes de travail. Il a examiné les questions qui suivent, au sujet desquelles il a formulé des suggestions et recommandations.

1. Définitions

Le Groupe d'experts sur la Prématurité reconnaît la nécessité d'une terminologie uniforme destinée à l'usage international. Le meilleur moyen

¹ Conformément aux instructions données par le Conseil Exécutif à sa cinquième session, le rapport a été examiné par un Comité ad hoc qui, agissant au nom du Conseil, a adopté la résolution suivante :

Le Comité ad hoc du Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du rapport du Groupe d'experts sur la Prématurité, et
2. AUTORISE sa publication ;

Tenant compte des recommandations formulées par le groupe d'experts lors de l'examen des points pertinents de son ordre du jour,

3. TRANSMET le rapport à la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé, et
4. RELÈVE que les recommandations émanant des groupes d'experts et qui se rapportent à la politique et aux opérations de l'OMS demeurent de simples recommandations, à moins qu'elles ne soient appliquées par le Conseil Exécutif ou par l'Assemblée Mondiale de la Santé à la suite de l'adoption et de la mise en œuvre du programme annuel de l'OMS.

(*Actes off. Org. mond. Santé, 28, Annexe 2*)

² *Actes off. Org. mond. Santé, 18, 70 ; 21, 152*

d'atteindre l'objectif principal, qui est la diminution de la mortalité fœtale et néo-natale, est de donner des soins particuliers aux enfants de faible poids à la naissance. Le groupe propose de définir l'enfant prématuré comme celui dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2.500 g. (5 1/2 livres anglaises). Il reconnaît toutefois la valeur limitée de ce critère ; en effet, on ne dispose pas toujours de données sur le poids à la naissance et il est nécessaire, pour définir la prématurité, de recourir à d'autres critères tels que, par exemple, la durée de la gestation. Le groupe recommande donc que tous les pays adoptent, aux fins de l'établissement de statistiques démographiques, la définition internationale formulée par la Première Assemblée Mondiale de la Santé, en 1948 ;³ cette définition est ainsi conçue :

Pour cette classification, un « enfant débile » est un enfant né vivant avec un poids à la naissance de 2.500 grammes (5 1/2 livres anglaises) ou moins, ou un enfant spécifié comme débile. Dans certains pays, toutefois, ce critère ne sera pas applicable. Si le poids n'est pas spécifié, un enfant né vivant après une période de gestation de moins de 37 semaines, ou un enfant spécifié comme « prématuré », peut être considéré comme l'équivalent d'un enfant débile dans la présente classification.

Dans cette définition, les termes « débile » et « prématuré » sont utilisés comme synonymes. Cependant, le groupe signale que le terme « prématuré » est préférable au terme « débile ».

Un enfant dont le poids à la naissance est de 2.500 g. ou moins et qui manifeste un signe quelconque de vie, conformément à la définition recommandée par le Comité d'experts des Statistiques sanitaires de l'OMS (Sous-Comité pour la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement),⁴ devrait être classé comme « enfant né vivant ». Le groupe s'est demandé s'il convenait de fixer une limite de poids au-dessous de laquelle la naissance prématurée devrait être considérée comme un avortement. La majorité des membres du groupe a estimé qu'une telle limite ne saurait être fixée, pour les deux raisons suivantes : a) nos connaissances actuelles ne nous permettent pas de définir avec précision la limite inférieure de poids ; b) en fixant une telle limite, on irait à l'encontre de la décision du sous-comité susmentionné, qui a recommandé de définir la « mort fœtale » plutôt que la « mortinatalité » et l'« avortement ».

³ Organisation Mondiale de la Santé (1950) *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès (Bull. Org. mond. Santé, Suppl. 1)*, Genève, 1, p. 215

⁴ On entend par « naissance d'enfant vivant » l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché. Tout produit d'une telle naissance est considéré comme « enfant né vivant ». (*Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. 1950, 25, 12*)

Le décès d'un enfant dont le poids à la naissance est de 2.500 g. ou moins et qui ne manifeste aucun signe de vie, conformément à la définition recommandée par le sous-comité de l'OMS susmentionné, devrait être classé comme « mort fœtale précoce ».

2. Suggestions concernant l'élaboration de programmes

Le groupe désire souligner qu'il importe d'envisager deux sortes de programmes : a) les uns destinés à diminuer la fréquence des naissances avant terme ; b) les autres visant les soins à donner aux enfants prématurés.

Le groupe a examiné les conditions préalables que devraient remplir ces deux sortes de programmes, ainsi que les éléments qu'ils devraient comprendre ; il a reconnu que la mise en œuvre d'un programme destiné à prévenir la prématurité pourrait précéder l'institution d'un programme de soins particuliers. Ces deux types de programmes pourraient s'appliquer soit à une région déterminée, soit à l'ensemble d'un pays.

Les conditions envisagées ne doivent pas nécessairement entraîner les pays moins développés à renoncer à l'exécution de programmes concernant les enfants prématurés ; elles ont pour objet d'amener les pays à développer des mesures générales d'hygiène publique et à renforcer leurs programmes d'hygiène de la maternité et de l'enfance avant d'entreprendre un programme spécial visant expressément à diminuer la morbidité et la mortalité des prématurés.

3. Programme d'action préventive

3.1 Conditions préalables

Le groupe est d'avis qu'un programme destiné à diminuer la fréquence des naissances prématurées peut être entrepris dans un pays donné, alors même que les conditions préalables à l'exécution d'un programme de soins particuliers n'ont pas encore été réalisées.

Le groupe a énuméré les conditions préalables suivantes. Il faut :

a) qu'il existe une administration active de santé publique, pourvue d'un service d'hygiène de la maternité et de l'enfance bien organisé et disposant d'un personnel compétent et suffisamment nombreux de médecins, d'infirmières⁵ et de sages-femmes ;

b) que le taux de mortalité infantile présente une tendance régulière à la baisse ;

⁵ Il y a lieu de prendre en considération les normes relatives à la préparation du personnel infirmier, qui ont été établies par le Conseil international des Infirmières.

c) qu'une campagne soit en cours pour faire comprendre au public, ainsi qu'au personnel professionnel, le besoin d'un programme d'action préventive ;

d) que des recherches aient été ou soient entreprises, avant la mise en train du programme d'action préventive, en vue de déterminer les causes principales de la fréquence des naissances prématurées dans une région donnée, lorsque ces causes ne sont pas déjà connues ;

e) que des efforts soient accomplis pour améliorer les conditions sociales, économiques et sanitaires défavorables, et notamment la législation destinée à protéger les femmes enceintes qui travaillent dans les établissements industriels, ainsi que les mesures nécessaires à l'application de cette législation ;

f) que l'on ait prévu des moyens adéquats pour l'hospitalisation des femmes qui présentent des complications au cours de la grossesse.

3.2 *Contenu*

Dans un programme en matière de prématurité, les meilleurs résultats seront obtenus si l'on vise à diminuer la fréquence des naissances prématurées car, même en dispensant les meilleurs soins après la naissance, il subsistera toujours un taux minimum irréductible, mais appréciable, de la mortalité des enfants prématurés.

Toutefois, la situation est difficile, car on connaît mal les causes de la prématurité, et c'est la raison pour laquelle des programmes de recherches devraient être mis en œuvre en même temps que les programmes d'action préventive (voir sous 7).

Nos connaissances actuelles nous permettent d'affirmer qu'un programme en matière de prématurité aura pour effet d'abaisser la fréquence des naissances prématurées dues à certaines causes connues, ce qui amènera une prolongation de la gestation, la naissance d'un plus grand nombre d'enfants à terme et, de ce fait, la diminution de la mortalité des enfants prématurés.

Le groupe estime qu'un programme d'action préventive devrait comprendre les points suivants :

3.2.1 *Programme éducatif.* Ce programme mettrait en lumière l'importance :

a) de la surveillance et des soins prénatals dès le début et pendant toute la durée de la grossesse ; de l'existence de services adéquats et des moyens d'y avoir recours ;

b) du maintien, pendant la grossesse, d'un bon état de santé, du point de vue alimentaire, physique et mental.

3.2.2 *Services à assurer*

- a) Des dispensaires pour les femmes enceintes, disposant de services médicaux et infirmiers, de services d'hygiène publique et de services sociaux ;
- b) l'hospitalisation des femmes enceintes présentant des complications ;
- c) un service obstétrical bien organisé, à l'hôpital ou à domicile ;
- d) la protection de la femme enceinte au moyen :
 - 1) d'une législation appropriée destinée à assurer son repos physique et mental ;
 - 2) de services auxiliaires permettant l'application effective des dispositions législatives.

4. Programme de soins

4.1 *Conditions préalables*

En plus des conditions préalables déjà exposées à propos du programme d'action préventive, le groupe estime que les conditions suivantes devraient être réalisées avant l'exécution d'un programme de soins particuliers :

- a) L'enregistrement aussi complet que possible des naissances, avec indication, sur l'acte de naissance, du poids à la naissance et/ou de la durée de gestation ;
- b) l'établissement de statistiques précises de la mortalité infantile et des taux de mortalité néo-natale et fœtale ;
- c) une tendance significative à la baisse de la mortalité infantile, particulièrement chez les enfants d'un mois à une année ;
- d) un personnel médical et infirmier qualifié ;
- e) l'existence de facilités et d'installations hospitalières appropriées, ou la possibilité de les établir ;
- f) l'existence de services adéquats destinés à améliorer les conditions sociales défavorables des femmes enceintes.

4.2 *Contenu*

Dans les régions où les soins aux enfants prématurés ne font l'objet d'aucun programme méthodique, le taux de mortalité de ces enfants est plus élevé que dans les régions où des programmes de ce genre ont été mis en œuvre.

Les mesures initiales que comporte l'exécution d'un programme de soins aux prématurés devraient tenir compte du genre de soins prévus pour

les mères dans la région ou le pays intéressés ; elles différeront, selon que la majorité des accouchements a lieu dans des établissements hospitaliers ou à domicile.

Le groupe suggère, en outre, que ces programmes soient commencés sous forme de démonstrations. En établissant les plans de ces démonstrations, on devrait s'efforcer d'utiliser, dans le cadre du programme, toutes les ressources que peut fournir la collectivité, notamment les institutions officielles et privées d'hygiène publique et de prévoyance sociale, et le personnel professionnel, comprenant les médecins, les infirmières et les sages-femmes.

4.3 Soins hospitaliers

Le groupe propose les conditions minima suivantes pour l'établissement d'un centre hospitalier pour enfants prématurés.

4.3.1 *Personnel.* Le centre devrait comprendre au moins un médecin qualifié, de préférence un pédiatre ayant l'expérience des soins à donner aux nouveau-nés, qu'ils soient nés à terme ou avant terme. Ce médecin aurait la charge du centre.

Le personnel infirmier du centre devrait être dirigé par au moins une infirmière diplômée ayant reçu une formation spéciale en matière de soins aux prématurés.

Un personnel auxiliaire suffisamment nombreux devrait donner les soins appropriés aux enfants, à toute heure du jour et de la nuit.

4.3.2 *Emplacement du centre.* En choisissant l'emplacement du centre hospitalier pour enfants prématurés, on devrait se préoccuper d'en assurer la protection contre tout risque d'infection et de le rendre facilement accessible aux mères afin de favoriser des relations plus étroites entre la mère et l'enfant.

4.3.3 *Installations, matériel et fiches d'observations.* Chaque enfant devrait avoir son lit et le centre devrait être pourvu de facilités appropriées — lavabos, local pour la préparation des régimes, moyens de transport, installations pour les traitements d'urgence. Si l'on emploie des incubateurs, ils devraient pouvoir être utilisés en toute sécurité avec de l'oxygène.

Les fiches d'observations, médicales et autres, devraient répondre aux exigences en la matière.

4.3.4 *Education des parents et surveillance ultérieure de l'enfant.* Education des parents : l'éducation de la mère devrait débuter pendant son hospitalisation. Elle devrait être autorisée à participer, sous la surveillance d'une infirmière, aux soins donnés à son enfant. L'éducation des parents

devrait se poursuivre à domicile. Surveillance ultérieure de l'enfant : voir sous 4.4.1, paragraphe *d*).

4.4 Programme de soins à domicile

S'il paraît souhaitable de mettre en œuvre un programme de soins à domicile dans une région déterminée, les résultats seront d'autant plus satisfaisants qu'il existera des moyens d'hospitalisation pour les enfants prématurés malades, ainsi que pour ceux d'un faible poids à la naissance qui ont besoin de soins tout à fait spéciaux. Un tel programme de soins à domicile visera à favoriser les relations normales entre la mère et l'enfant et répondra aux besoins affectifs de l'un et de l'autre.

4.4.1 *Conditions requises*. Le groupe estime que les soins à domicile devraient répondre aux conditions suivantes :

a) Personnel : existence d'un personnel professionnel et auxiliaire approprié ; médecins exerçant les fonctions de conseillers médicaux ; infirmières visiteuses (« public-health nurses ») chargées d'apprécier si le domicile offre les garanties voulues et de constater notamment s'il est pourvu des installations et du matériel permettant de donner aux parents l'éducation prévue par le programme ; un certain nombre d'assistantes chargées d'aider la mère à reprendre les responsabilités du ménage ;

b) moyens de transport pour le personnel et pour les enfants qui doivent être hospitalisés ;

c) fiches d'observations, médicales et autres, répondant aux besoins ;

d) dispositions pour la surveillance ultérieure de l'enfant, les soins médicaux à lui donner et l'évaluation de son état physique et mental.

5. Développement d'un programme d'ensemble

Le programme initial, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou de soins à domicile, devrait viser à atteindre des normes plus élevées et comporter une extension progressive à des régions de plus en plus étendues, à mesure que le personnel et les moyens voulus deviennent disponibles. Le groupe préconise l'inclusion des points suivants dans un programme d'ensemble :

5.1 Administration

a) Ressources financières suffisantes ;

b) évaluation des besoins en

1) lits d'hôpitaux ;

2) services de soins à domicile ;

- c) dépistage des cas, accompagné d'un programme de soins prénatals et de la prompte déclaration des naissances prématurées ;
- d) service de transports ;
- e) étroite collaboration avec d'autres services d'hygiène publique et de prévoyance sociale, spécialement avec les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance ;
- f) surveillance ultérieure de l'enfant.

5.2 *Services médicaux, infirmiers et sociaux pour soins hospitaliers et soins à domicile*

Il serait important que tout pays s'efforçât d'avoir trois infirmières pour quatre enfants (par période de 24 heures), pour l'horaire d'une journée de travail de 8 heures. Le groupe insiste également sur le fait que la proportion des infirmières qualifiées par rapport aux infirmières auxiliaires devrait demeurer aussi élevée que possible.

5.3 *Programmes d'enseignement, à l'intention du personnel professionnel et du public.*

5.4 *Recherches, y compris l'analyse des statistiques démographiques (voir sous 7).*

6. Programme d'enseignement en vue de la spécialisation dans les soins aux prématurés

Il faudrait, dans certaines régions, instituer des cours de perfectionnement pour médecins, infirmières et sages-femmes, en matière de soins aux prématurés, et donner une plus grande extension à de tels cours dans d'autres régions où ils existent déjà. Tout pays qui entreprend l'exécution d'un programme de soins aux prématurés est invité à considérer comme condition préalable que les médecins, infirmières et sages-femmes aient bénéficié d'une bonne formation générale, notamment en pédiatrie, obstétrique et hygiène publique.

6.1 *Contenu*

Le groupe suggère que le programme de perfectionnement comprenne les points suivants :

- a) Stage pratique, sous une direction et un contrôle compétents, dans un centre pour enfants prématurés bien organisé et bien équipé, comportant des services hospitaliers, de soins à domicile et de surveillance ultérieure de l'enfant ;

b) enseignement et démonstration de techniques généralement admises pour les soins à donner aux prématurés, la durée des cours dépendant des besoins individuels du groupe professionnel intéressé ; formation du personnel en cours de service (« in-service training »), cours de répétition (« refresher courses ») fréquents pour médecins, infirmières et sages-femmes s'occupant déjà d'enfants prématurés.

Afin de développer l'esprit d'équipe, il est suggéré de réunir dans un même cours le personnel médical et le personnel infirmier, tout au moins pendant une certaine période. Le groupe estime, en outre, qu'il y aurait avantage à ce qu'un médecin et une ou deux infirmières travaillant dans un même centre puissent participer ensemble à un cours.

Le groupe souligne qu'il y aurait lieu de procéder à un échange de personnel, tant médical qu'infirmier, entre les centres pour enfants prématurés à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre. Cette remarque s'applique encore plus directement à tout nouveau projet-type pour lequel le personnel devrait être formé dans un centre situé soit dans le pays, soit à l'étranger.

7. Recherches

Pleinement conscient des nombreuses lacunes que présentent les connaissances en ce qui concerne l'ensemble des aspects de la prématurité, le groupe n'estime pas qu'il soit de sa compétence d'exposer en détail des programmes de recherches déterminés. Le groupe croit toutefois qu'il est utile de donner des exemples du genre de recherches dont le besoin se fait sentir avec urgence :

a) Création, dans des régions choisies, de groupes chargés d'étudier la corrélation entre la durée de la gestation, d'une part, le poids à la naissance et d'autres critères anthropométriques, anatomiques ou physiologiques de la prématurité, d'autre part. Il est suggéré de prendre en considération, pour ces recherches, divers groupements de poids et d'en examiner la relation par rapport à ces autres critères ;

b) étude de l'état alimentaire des femmes enceintes, en vue de déterminer les répercussions de la sous-alimentation sur la prématurité. Les travaux précédemment publiés ne sont pas concluants ;

c) étude des causes de la naissance prématurée : le besoin d'études de ce genre ressort du fait que, dans près de la moitié des cas de naissances prématurées, les causes sont indiquées comme inconnues ;

d) étude de la relation existant entre les facteurs économiques et sociaux et la fréquence des naissances et des décès d'enfants prématurés.

Le groupe signale qu'à son avis, les études mentionnées aux paragraphes *a)* et *b)* ci-dessus pourraient figurer dans les plans de l'OMS relatifs aux zones de démonstrations sanitaires.

8. Bourses d'études

Finalement, le groupe insiste pour que les gouvernements nationaux envisagent l'octroi de bourses de recherches et d'études, afin de faire progresser les connaissances dans le domaine de la prématurité et d'améliorer les méthodes employées dans les soins aux enfants prématurés.

9. Service d'information

Le groupe a adopté la résolution suivante :

Le Groupe d'experts sur la Prématurité

RECOMMANDE que l'OMS organise un service d'information sur la prématurité, dont l'activité comprendrait :

- a) la réunion d'informations sur la prématurité ;
- b) l'élaboration des données ainsi recueillies ;
- c) la diffusion de ces renseignements sur demande ou par l'intermédiaire des publications de l'OMS ;
- d) un service consultatif et d'indication de sources d'information.