

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 51

**COMITÉ D'EXPERTS
DE LA MATERNITÉ**

**Premier rapport
Etude préliminaire**

	Pages
1. Introduction	3
2. Rôle de la protection de la maternité dans le programme général de santé publique	4
3. Période pré-nuptiale	6
4. Soins pendant la période prénatale	8
5. Soins pendant le travail et la délivrance	15
6. Soins après l'accouchement	17
7. Rôles respectifs du médecin, de la sage-femme, de l'infirmière et de l'aide familiale	20
8. Formation du personnel	22
9. Analyse des résultats des programmes de protection de la maternité	25
10. Conclusions	26

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

JUN 1952

COMITÉ D'EXPERTS DE LA MATERNITÉ

Première session

Genève, 5-9 novembre 1951

Membres :

D^r O. Ayendaño, Professeur d'Obstétrique à l'Ecole de Médecine de l'Université du Chili, Santiago, Chili

M^{lle} K. Brotherus, Surveillante des soins infirmiers, Zone de démonstrations et d'enseignement du Comté d'Uusimaa, Helsinki, Finlande

D^r N. J. Eastman, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md., Etats-Unis d'Amérique (*Président*)

Professor W. C. W. Nixon, Director, Obstetric Hospital, University College Hospital, Londres, Royaume-Uni (*Rapporteur*)

D^r S. Pandit, Adviser in Maternity and Child Welfare, Directorate-General of Health Services, New-Delhi, Inde (*Vice-Président*)

Professeur S. Prawirohardjo, Clinique obstétricale et gynécologique, Ecole de Médecine de l'Université de l'Indonésie, Djakarta, République d'Indonésie

D^r W. Schmidt, Department of Maternal and Child Health, Harvard University, Boston, Mass., Etats-Unis d'Amérique

Professeur J. Snoeck, Université libre de Bruxelles ; Clinique gynécologique et obstétricale, Hôpital universitaire Saint-Pierre, Bruxelles, Belgique

Secrétariat :

D^r Jean Mackintosh, Expert-Conseil de l'OMS pour la protection de la maternité ; Senior Assistant Medical Officer of Health (for Maternity and Child Welfare), Public Health Department, Birmingham, Royaume-Uni

D^r L. Verhoestraete, Chef de la Section de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, OMS (*Secrétaire*)

Le rapport sur la première session de ce comité a paru primitivement sous forme de document photocopié (WHO/MCH/39), en date du 9 novembre 1951.

COMITÉ D'EXPERTS DE LA MATERNITÉ

Premier rapport : Etude préliminaire ¹

1. Introduction

En mai 1950, la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé avait approuvé la réunion d'un comité d'experts de la maternité.²

Le Comité d'experts de la Maternité a tenu sa première session à Genève, du 5 au 9 novembre 1951. Cette session a été ouverte par le D^r P. Dorolle, Directeur général adjoint ; le comité a élu à l'unanimité le D^r N. J. Eastman Président, le D^r S. Pandit Vice-Président, et le Professeur W. C. W. Nixon Rapporteur. L'ordre du jour a été approuvé et adopté.

Le comité a estimé souhaitable de définir tout d'abord la protection de la maternité comme suit :

« La protection de la maternité a pour objet de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, de leur apprendre les soins à donner aux enfants, de leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains. Dans son acception restreinte, l'expression « protection de la maternité » désigne les soins à donner à la femme enceinte, les soins obstétricaux nécessaires pour assurer un accouchement normal, l'examen de la mère après l'accouchement, les soins au nouveau-né et les mesures permettant le maintien de la lactation. Au sens large de l'expression, la protection de la maternité commence beaucoup plus tôt et comprend toutes les

¹ Ce rapport expose les principes généraux de la structure et de l'organisation des services de protection de la maternité.

Au cours de sa neuvième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du rapport du Comité d'experts de la Maternité sur sa première session ;
2. REMERCIE les membres du comité du travail accompli ;
3. CONSTATE qu'il s'agit d'un rapport préliminaire, et
4. EN AUTORISE la publication.

(Résolution EB9.R51, *Actes off. Org. mond. Santé*, 40, 17)

² Résolution WHA3.68, *Actes off. Org. mond. Santé*, 28, 40

mesures prises en faveur des jeunes gens susceptibles de devenir parents à leur tour, en vue d'améliorer leur bien-être et leur état de santé et de les aider à se faire une idée juste de la vie familiale et de la place de la famille dans la collectivité. La protection de la maternité doit comprendre également des conseils sur le rôle et la responsabilité qui incombent aux parents (parent-craft) et sur les problèmes que posent la stérilité et la procréation volontaire. »

Le comité a souligné que, la maternité étant essentiellement un processus physiologique, sa protection consiste, avant tout, à permettre qu'elle se déroule dans des conditions normales. Cependant, il se présente parfois des anomalies, dont certaines peuvent entraîner des conséquences graves, mais il est souvent possible de prévenir ou de limiter celles-ci par une surveillance prénatale appropriée. Cette surveillance offre une occasion exceptionnellement favorable d'appliquer les méthodes de l'hygiène publique et les principes de l'éducation sanitaire ; en outre, elle se prête particulièrement bien à une association de la médecine préventive et de la médecine curative.

Certaines recommandations particulières sur la manière de réaliser la protection de la maternité seront valables pour toutes les régions du monde ; d'autres, en revanche — qu'il s'agisse de mesures à prendre dans des milieux urbains ou dans des milieux ruraux — différeront selon qu'elles s'appliquent à des régions ayant atteint un haut degré de développement économique, ou, au contraire, à des régions économiquement moins évoluées, caractérisées par des types très divers de civilisation et par une vie collective intense.

2. Rôle de la protection de la maternité dans le programme général de santé publique

Il existe une corrélation étroite entre les soins qu'exigent les femmes enceintes et ceux qui doivent être assurés aux enfants : les programmes de santé publique doivent donc tenir compte de ces deux éléments de la population, et, comme les services correspondants, que l'on désigne communément sous le nom de « services de protection maternelle et infantile », s'adressent à un nombre très élevé de personnes, il convient de leur réserver une place appropriée dans tout programme envisagé.

Etant donné la force numérique du groupe de population considéré et son importance pour la collectivité, le comité désire souligner l'avantage qu'il y aurait à nommer, dans les administrations sanitaires, un médecin de la santé publique qui serait spécialement chargé des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance. Le comité rappelle, à ce propos, la recommandation suivante, qui a été formulée par le Comité d'experts pour

l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance lors de sa première session tenue en janvier 1949 :

« Le Comité ... RECOMMANDE que les gouvernements soient invités à établir et à financer une division administrative d'hygiène de la maternité et de l'enfance, placée sous la direction d'un spécialiste éminent possédant toutes les compétences requises, partout où une division de ce genre n'existe pas encore ; ... »³

Il est, à cet égard, encourageant de constater que les écoles de santé publique ont reconnu l'importance de la protection de la maternité et de l'enfance et lui réservent maintenant, dans leurs programmes d'études, un plus grand nombre d'heures que ce n'était le cas il y a dix ou vingt ans.

Le Comité d'experts de la Maternité

RECOMMANDE à l'Organisation Mondiale de la Santé de poursuivre ses efforts en vue d'amener les administrations sanitaires à donner suite à la recommandation formulée par le Comité d'experts pour l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance lors de sa première session et tendant à l'établissement de divisions administratives de l'hygiène de la maternité et de l'enfance.

Le comité souligne, en outre, l'influence primordiale que l'exécution de programmes généraux de santé publique exerce sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance, comme le montre l'amélioration des conditions de salubrité et la régression de certaines maladies très répandues telles que le paludisme, l'ankylostomiase ou les maladies par carence. Cette influence est d'autant plus importante que la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité rendent la mère particulièrement sensible à de nombreuses infections qui, en même temps qu'elle, atteignent fréquemment le fœtus, exposant ainsi deux vies humaines au danger de maladie.

La perte de la mère constitue, surtout lorsqu'il y a plusieurs enfants, l'un des plus grands malheurs qui puissent frapper la famille ou la collectivité. Dans de nombreux pays, néanmoins, les programmes généraux de santé publique ne comportent pas de mesures suffisantes pour la protection de la maternité. Bien que cette situation puisse s'expliquer dans ces pays par des raisons d'ordre économique, le comité exprime l'espoir qu'étant donné l'importance de cette question, les gouvernements se préoccuperont de consacrer à la protection de la maternité une juste proportion du budget de la santé publique.

Dans la plupart des pays, les services de maternité ont été organisés plus rapidement dans les villes que dans les campagnes. Partout où l'on peut recueillir des données statistiques, on observe que l'amélioration des services de maternité dans les régions urbaines se traduit par une baisse

³ *Actes off. Org. mond. Santé*, 19, 43

des taux de la mortalité maternelle et de la mortalité périnatale. Dans les territoires économiquement peu développés, les zones rurales sont, très souvent, complètement dépourvues de services de ce genre ; là où il a été possible d'en créer, dans le cadre du programme général de santé publique, les résultats enregistrés ont été tout aussi satisfaisants.

La protection de la maternité, en tant qu'élément du programme général d'hygiène de la maternité et de l'enfance, est étroitement associée aux activités des services sociaux, des services du travail et des établissements d'enseignement. Il s'ensuit que la réalisation d'un programme complet de protection de la maternité exige le concours de ces divers services gouvernementaux. Le comité tient à souligner, par conséquent, combien il importe que les gouvernements reconnaissent l'utilité d'une collaboration entre ces divers services sur le plan national.

3. Période prénuptiale

3.1 *Education sanitaire*

L'éducation sanitaire, dans son acception complète, comprend l'enseignement que l'on désigne, dans certains pays, sous le nom d'éducation familiale : c'est celui qui se rapporte au rôle et aux obligations des parents (parent-craft). Cet enseignement traite des besoins physiques, mentaux et affectifs des enfants, de l'importance que présente la santé des parents et de la nécessité d'une alimentation satisfaisante à tous les âges, du rôle et des responsabilités du père dans le foyer, de la place de la famille au sein de la collectivité et, jusqu'à un certain point, des problèmes et des ressources sanitaires de la communauté. Dans quelle mesure ces divers éléments devront-ils être inclus dans les programmes d'éducation sanitaire ? La réponse dépend, dans chaque cas, du niveau culturel du pays. Les familles étant moins nombreuses de nos jours dans les pays économiquement très développés, les jeunes gens ont moins souvent qu'autrefois l'occasion de grandir côte à côte avec des frères et sœurs plus jeunes et sont ainsi privés de la stimulation affective que constitueraient la présence de leurs cadets et l'obligation de veiller sur eux. Cette situation est encore aggravée par l'isolement relatif du groupe familial dans la vie urbaine. Par contre, dans les pays économiquement moins évolués, le lien étroit entre la famille et la collectivité est, en général, demeuré intact et continue à faire sentir ses effets. Il s'ensuit que l'importance donnée aux divers éléments de l'éducation sanitaire variera forcément selon les pays, et l'action éducative devra tenir compte de la situation existante. Les méthodes et le matériel d'enseignement différeront eux aussi suivant les besoins des collectivités particulières.

L'enseignement proprement dit du rôle et des obligations qui incombent aux parents doit être précédé par l'action même du père et de la mère,

qui doivent s'efforcer de répondre de façon simple et directe aux questions des enfants. Dans les pays économiquement peu évolués, cette initiation au sein de la famille tient, à l'heure actuelle, une place beaucoup plus considérable et s'étend au-delà de l'enfance, suppléant à l'enseignement de caractère plus formel qui, dans certains pays hautement développés, est donné en dehors de la famille. Il est, toutefois, regrettable que, dans bon nombre de pays économiquement évolués, ni la famille ni l'école ne se préoccupent d'éclairer convenablement les enfants à ce sujet.

Cet enseignement restera sans profit pour l'enfant si on ne lui a pas inculqué à l'école, avant la puberté, des notions exactes, encore qu'élémentaires, sur la physiologie humaine, y compris la physiologie des sexes. L'enseignement de la physiologie humaine doit faire partie du programme d'éducation sanitaire des écoles. Le Comité d'experts des Services d'Hygiène scolaire a montré, dans la section du rapport sur sa première session qui traite de l'éducation sanitaire,⁴ comment l'enseignement des principes d'une vie saine peut être aisément introduit dans ce programme.

Le comité estime que les écoles doivent assurer aux enfants pubères la possibilité de consulter librement un médecin sur les questions de cet ordre. D'autre part, les adolescents qui ont dépassé l'âge scolaire devraient pouvoir s'adresser aux centres sanitaires. Quant aux jeunes gens qui sont sur le point de se marier, ils devraient recevoir un enseignement et des conseils plus détaillés encore, qui les prépareraient à la vie conjugale, en leur donnant des indications sur les relations affectives et physiques entre mari et femme et sur les rapports entre parents et enfants.

Le comité estime que l'emploi impropre de l'expression « éducation sexuelle » tend à faire oublier que celle-ci fait avant tout partie de l'éducation sanitaire, dont il importe de ne pas l'isoler. L'éducation sexuelle, en tant que telle, peut être considérée comme comportant deux aspects : l'enseignement de la physiologie des sexes et l'éducation visant à susciter chez l'individu un comportement pleinement conscient dans les relations sexuelles. Il est à présumer que l'individu apportera, dans sa vie sexuelle, le même degré de discernement que celui dont il fera preuve dans les autres domaines de son comportement social.

3.2 Facteurs influant sur l'âge au mariage

Dans de nombreux pays, la période de fréquentation scolaire a été prolongée, parfois jusqu'à l'âge de 17 et de 18 ans, et même au-delà. Beaucoup de jeunes gens se trouvent ainsi dépendre économiquement de leurs parents à un moment de leur existence où ils souhaiteraient gagner eux-mêmes leur vie et devenir indépendants. Ce facteur, joint à diverses raisons d'ordre

⁴ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 30, 21

économique, peut amener, dans certains groupes de population, l'ajournement du mariage et de la maternité au-delà de l'âge de 25 ans. Le fait n'est pas sans importance du point de vue de la protection de la maternité, étant donné que les risques inhérents à l'enfantement s'accroissent notablement au-delà de cet âge et deviennent plus considérables encore après la trentaine. Il convient, en outre, de tenir compte des problèmes particuliers qui se posent en cas de première grossesse tardive. Le comité estime que l'on devrait s'efforcer de réduire les difficultés économiques qui s'opposent au mariage des adultes jeunes, soit par un système d'allocations familiales appropriées, soit par une diminution des impôts payés par les jeunes couples. Dans le cas des jeunes filles de moins de 15 ans, bien que la maternité ne comporte pas nécessairement de dangers sérieux lorsqu'elles reçoivent des soins obstétricaux satisfaisants, le comité estime que le mariage n'est pas souhaitable, car elles ne sont pas préparées à assumer les responsabilités sociales de la maternité.

3.3 *Examens pré-nuptiaux*

Le comité a examiné la question de l'examen médical pré-nuptial. A son avis, il ne servirait à rien de rendre cet examen obligatoire dans les pays où les mariages ne sont pas enregistrés ; le comité recommande donc que l'on s'efforce, en premier lieu, d'assurer l'enregistrement de tous les mariages. Il conviendrait ensuite d'encourager les jeunes gens, lorsque les conditions s'y prêtent, à se soumettre à un examen pré-nuptial, et l'on devrait envisager l'adoption à cet effet d'une législation appropriée.

4. Soins pendant la période prénatale

Le comité a souligné la grande importance de la période prénatale du point de vue de la santé de la mère. C'est pendant cette période qu'il est possible de prévenir de nombreuses anomalies susceptibles d'affecter non seulement la santé de la mère, mais encore les chances de survie et la santé future de l'enfant.

4.1 *Normes concernant les soins pendant la période prénatale*

Il est nécessaire de contrôler dès le début l'état de santé de la femme enceinte et de soumettre celle-ci à des examens périodiques afin d'assurer un aboutissement heureux de la grossesse. Il faut, par conséquent, encourager par tous les moyens les mères à se faire examiner le plus tôt possible. L'infirmière d'hygiène publique et la sage-femme peuvent être d'un grand secours à cet égard et veiller à ce que la mère reçoive promptement les soins nécessaires.

Le comité a décidé à l'unanimité de recommander l'adoption des normes optimums suivantes pour les soins de la période prénatale : La mère dont

la grossesse évolue normalement doit être examinée tous les mois depuis la première visite jusqu'à la 28^e semaine, tous les quinze jours entre la 28^e et la 36^e semaine, et toutes les semaines à partir de la 37^e semaine. Lors de la première visite, on interrogera la future mère sur ses antécédents et sur sa situation familiale. L'intéressée sera soumise à un examen médical général, ainsi qu'à un examen plus complet des régions abdominale et pelvienne. On procédera, à chaque visite, à une analyse d'urine, à la mesure de la tension artérielle et au contrôle du poids. L'examen du sang comportera la détermination du taux d'hémoglobine ainsi qu'un séro-diagnostic de la syphilis. Dans certains pays, il pourra être nécessaire de prévoir un examen radiologique des poumons, la détermination du facteur Rh, la recherche du paludisme par frottis sanguin et d'autres examens spéciaux. Pendant la période prénatale, les dents devraient si possible être soignées. Le secret professionnel devrait être respecté au cours des consultations et les futures mères devraient avoir le temps d'exposer leurs difficultés et leurs problèmes. Il y aura lieu de profiter de chaque visite pour leur inculquer les règles d'hygiène appropriées, leur indiquer le régime alimentaire à suivre et attirer leur attention sur certains symptômes qu'elles devraient signaler à l'accoucheur s'ils venaient à se produire.

Le comité a examiné s'il convenait de donner des instructions à la future mère sur la relaxation à observer et sur les exercices à pratiquer au cours de la grossesse. Il a relevé le contraste entre la facilité avec laquelle de nombreuses femmes peuvent accoucher toutes seules dans les pays d'Orient et les difficultés auxquelles se heurtent parfois les femmes des pays occidentaux. Il a été admis que cette complication est très souvent due à des facteurs psychologiques. L'ambiance de l'hôpital, où les femmes sont privées du confort et de l'appui moral dont elles bénéficiaient lorsqu'elles accouchaient à domicile, contribue également, dans certains cas, à prolonger le travail. Tenant compte de ces divers facteurs, le comité a estimé qu'il convient d'examiner la possibilité de faire pratiquer des exercices de détente et de donner des instructions sur l'utilisation des moyens analgésiques. Si le recours à ces exercices et à ces moyens est jugé souhaitable, il y aurait lieu de donner des explications à ce sujet dans les consultations prénatales.

Le comité s'est rendu compte que le plan exposé ci-dessus représente un idéal actuellement impossible à réaliser dans de nombreuses régions. Il a néanmoins estimé qu'à titre d'expédient temporaire, tous les pays qui sont en train de créer des services de protection de la maternité devraient s'efforcer d'instituer un minimum de six examens, dont deux au moins auraient lieu au cours du dernier mois. Ces examens devraient comporter à tout le moins un interrogatoire de l'intéressée sur ses antécédents, un examen médical général (avec mesure de la tension artérielle, contrôle du poids et examen de la région pelvienne), un séro-diagnostic de la syphilis,

une analyse d'urine et une détermination du taux d'hémoglobine. L'examen abdominal, le contrôle du poids, l'analyse d'urine et la mesure de la tension artérielle devraient être renouvelés à chaque visite. De l'avis du comité, les examens indiqués ci-dessus constituent un minimum au-dessous duquel on ne saurait descendre sans compromettre l'efficacité des soins prénataux. Le comité considère comme très important qu'un contrôle continu soit exercé par le médecin et par la sage-femme. Toutefois, les visites de la sage-femme doivent non pas remplacer, mais compléter la surveillance du médecin.

4.2 *Alimentation et nutrition*

Les questions d'alimentation et de nutrition doivent particulièrement retenir l'attention, même dans les pays d'abondance. Dans les régions souffrant d'une pénurie de vivres, les femmes enceintes, les mères qui allaitent et les nourrissons sont les premiers membres de la collectivité à être éprouvés. Dans tout système de rationnement, il convient par conséquent d'accorder la priorité à ces groupes pour les distributions de denrées. La malnutrition peut être une cause de mortalité maternelle et fœtale. C'est ainsi que dans certaines régions les anémies nutritionnelles ainsi que d'autres carences alimentaires sont dans une large mesure à l'origine de la mortalité et de la morbidité maternelles et affectent en outre la lactation. Les carences protidiques graves et une consommation excessive de sel comptent de même au nombre des facteurs alimentaires qui concourent à engendrer la maladie chez les femmes enceintes. Le comité attire l'attention sur les besoins d'ordre nutritionnel pendant la grossesse, tels qu'ils ont été formulés dans un rapport de la Commission mixte de l'Alimentation infantile créée par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et la Commission Intérimaire de l'OMS, en vue de conseiller le Fonds International de Secours à l'Enfance des Nations Unies (FISE) pour ce qui touche au programme d'alimentation,⁵ et il déclare approuver entièrement ces prescriptions. Cet exemple de coopération, réalisé sur le plan international, entre une organisation sanitaire et une organisation s'occupant des questions alimentaires et agricoles mériterait d'être suivi par les institutions correspondantes de chaque pays.

Pour tenir compte de ces considérations, il y aurait lieu de créer, auprès de chaque service de consultations prénatales, un bureau chargé de donner aux femmes enceintes des conseils théoriques et pratiques sur le régime alimentaire à suivre. On leur apprendrait comment elles doivent effectuer leurs achats, quelles denrées elles doivent se procurer et de quelle façon les

⁵ Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture & Commission Intérimaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, Commission mixte de l'Alimentation infantile (1947) *Rapport sur l'alimentation de l'enfance, préparé pour le Fonds International de Secours à l'Enfance des Nations Unies*, Lake Success, N.Y., p. 4

aliments doivent être préparés. Il conviendrait de les renseigner également, sans perdre de vue les habitudes locales de la population et ses ressources économiques, sur les denrées qui, parmi celles qui peuvent être obtenues dans la région, ont la plus grande valeur nutritive.

Etant donné les problèmes d'alimentation et de nutrition qui se posent dans certains pays, il y aurait avantage à établir des programmes d'alimentation tenant compte des besoins particuliers des mères et des enfants.

Le comité a noté avec satisfaction le vif intérêt que la FAO, le FISE et l'OMS portent à la question de l'alimentation des femmes enceintes, et il se félicite de savoir qu'une session du Comité mixte FAO/OMS d'experts de l'Alimentation et la Nutrition a été prévue pour 1952, pour discuter les problèmes posés par la malnutrition chez les mères, les nourrissons et les enfants. Le comité sera heureux de prendre connaissance des conclusions auxquelles aboutira cette session.

4.3 Conditions existant au foyer

Que la femme doive accoucher à l'hôpital ou chez elle, il est nécessaire d'examiner les conditions qui prévalent au foyer, de déterminer si ces conditions se prêtent à un accouchement à domicile dans les cas où cette solution est envisagée, et de contrôler les dispositions prises pour accueillir l'enfant, soit immédiatement à la naissance, soit lorsque la mère sortira de l'hôpital. Ce contrôle ne doit pas porter uniquement sur les préparatifs matériels proprement dits, mais s'étendre également au milieu dans lequel l'enfant devra vivre. L'état de la santé mentale et affective de la femme enceinte, les relations entre le père et la mère, et l'attitude heureuse, indifférente ou éventuellement hostile qu'ils manifestent devant la perspective de la naissance, sont autant de facteurs qui jouent un rôle important. Les réactions et les réflexions, favorables ou non, des autres membres du groupe familial ne doivent pas être non plus négligées.

Le Comité d'experts de la Santé mentale, lors de sa deuxième session, en septembre 1950, a recommandé que des informations soient données à la mère sur les questions suivantes :

- physiologie de la gestation et de l'accouchement,
- modifications somatiques et psychologiques susceptibles de se produire au cours de la grossesse,
- relations sexuelles au cours de la grossesse,
- justification des examens effectués,
- préparation (physique et psychologique) à l'accouchement,
- explications et apaisement relatifs à tous les phénomènes insolites de la grossesse,
- préparation psychologique des frères et sœurs,
- soins et attention exigés par les nourrissons.⁶

⁶ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 31, 9

Dans un grand nombre des pays économiquement développés, des cours ont été organisés à l'intention des pères et des mères, tantôt conjointement, tantôt séparément, afin de leur donner des informations et de leur offrir des possibilités de discussion. La méthode éducative à appliquer au stade prénatal dépendra du degré d'instruction des parents. La grande difficulté est de s'assurer qu'ils ont réellement et exactement compris ce qu'ils ont entendu, lu, vu ou discuté. Les entretiens directs avec la mère peuvent être d'une grande utilité à cet égard, en lui fournissant l'occasion d'exposer les questions qui la préoccupent spécialement.

Dans les pays économiquement moins avancés, où le type structural de la famille et de la communauté est demeuré fort, les problèmes affectifs ne jouent probablement pas, à l'heure actuelle, un rôle aussi considérable. Ils présentent, en revanche, une importance extrême dans les pays hautement développés, où les soucis de la femme enceinte proviennent sans doute avant tout de l'anxiété qu'elle ressent au sujet de l'issue de la grossesse. Cette anxiété peut être aggravée par un manque de psychologie de son entourage à son égard durant la période prénatale. D'un autre côté, dans les pays peu évolués, le problème affectif a moins directement trait à l'issue de la grossesse, mais est déterminé en grande partie par l'étrangeté et la nouveauté de l'ambiance que la femme enceinte trouve à l'hôpital et par le caractère inaccoutumé pour elle des examens du médecin et de la sage-femme. L'appréhension qu'elle éprouve de ce fait pourra être réduite, ou au contraire accrue, selon l'attitude qu'on aura observée envers elle au cours des examens prénataux effectués soit à l'hôpital, soit au centre sanitaire, soit à son domicile.

Dans les pays hautement développés du point de vue économique, la femme enceinte bénéficie habituellement des conseils du médecin, de la sage-femme et, éventuellement, de l'infirmière d'hygiène publique. Il faut, par conséquent, que les membres de ces diverses professions soient instruits, beaucoup mieux que cela n'a été le cas jusqu'ici, des problèmes affectifs que pose la grossesse et des difficultés qui peuvent en résulter au sein de la famille. Il importe, de même, dans les pays peu développés, de ne pas perdre de vue, lors de l'élaboration des programmes de formation professionnelle, la nécessité d'un enseignement qui réponde aux besoins spécifiques de ces pays.

4.4 *Prévention des complications*

L'un des buts essentiels des soins prénataux est de prévenir les complications susceptibles de se produire au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. L'une des complications les plus importantes est la toxémie, qui peut avoir de graves conséquences pour la mère et l'enfant. Il y a également lieu de mentionner les hémorragies, l'anémie, le travail prématuré et l'avortement spontané ou provoqué. Dans les pays avancés,

on accorde une attention croissante à la fréquence de la prématurité en tant que cause importante de mortalité périnatale. Il a été constaté que la fréquence de la prématurité dépend de la situation économique et de l'état de nutrition de la mère, mais qu'elle peut aussi être influencée par la qualité des soins prénataux dont celle-ci aura bénéficié. L'exercice d'une activité ou d'une profession extérieure pendant la grossesse semble nettement accroître la fréquence des naissances prématurées et d'autres complications, à moins que des précautions suffisantes ne soient prises. Il convient de tenir compte de ce fait chaque fois qu'il est question de l'emploi de femmes enceintes hors de leur foyer. Au sujet de la prématurité, le comité renvoie aux conclusions contenues dans le rapport du Groupe d'experts sur la Prématurité.⁷

En cas de complications, un diagnostic et un traitement précoces contribuent à éliminer ou à réduire les conséquences qui peuvent se produire. Il convient donc de prévoir dans les hôpitaux un nombre suffisant de lits pour les cas compliqués. Autrefois, les lits disponibles étaient principalement réservés à l'hospitalisation des femmes pendant et après l'accouchement, et la nécessité de disposer d'un nombre suffisamment grand de lits pour les femmes ayant une grossesse pathologique n'était pas pleinement prise en considération. Dans les pays économiquement peu évolués, le besoin de lits pour la période prénatale est encore plus accentué, en raison de la fréquence des maladies déjà existantes chez la mère. Dans certaines régions, l'expérience a prouvé que l'hospitalisation de la femme durant la période prénatale, en raison de complications de la grossesse, n'implique pas que l'accouchement doive nécessairement avoir lieu à l'hôpital; la femme pourra se trouver ultérieurement en état de rentrer chez elle pour y accoucher. Après discussion, le comité est arrivé à la conclusion que la proportion des lits à réserver pour les femmes dont l'état nécessite une hospitalisation avant leur accouchement ne doit pas être inférieure à 15 % de l'ensemble des lits disponibles dans les maternités, la proportion optimum étant de l'ordre de 25 %.

4.5 Protection de la maternité dans le cas des mères non mariées

Le comité a été heureux d'apprendre que les études effectuées par le Département des Questions sociales des Nations Unies⁸ révèlent un progrès constant dans la législation applicable aux enfants nés hors mariage. On a ainsi de plus en plus l'assurance que le bénéfice de tous les services

⁷ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 27

⁸ Nations Unies, Département des Questions sociales (1950) *Série législative et administrative. Protection de l'enfance et de la jeunesse*, Lake Success (Document ST/SOA/SER.E/1); Nations Unies, Département des Questions sociales (1951) *Rapport annuel sur la protection de l'enfance et de la jeunesse. Résumés des rapports annuels présentés par les gouvernements des Etats Membres pour l'année 1948-1949*, New-York (Document ST/SOA/SER.D/1)

sanitaires normalement prévus pour les femmes enceintes et les nourrissons s'étend également à la mère non mariée et à son enfant. Bien qu'elle n'ait pas pour effet d'accroître notablement le taux global de la mortalité infantile, la mortalité plus élevée que l'on constate parmi les enfants de mères non mariées ne se justifie aucunement, car il a été démontré que les chances de survivre jusqu'à la fin de la première année sont, pour les enfants en question, les mêmes que pour les autres enfants, lorsque la mère fait l'objet des soins et de la surveillance nécessaires pendant la période prénatale. Une attitude empreinte de compréhension à l'égard de la femme enceinte qui se trouve dans cette situation est indispensable pour sauvegarder, non seulement son propre bien-être physique et mental, mais également celui de l'enfant ; c'est ce que méconnaissent trop fréquemment ceux qui s'occupent d'elle durant cette période, soit à l'hôpital, soit chez elle. Tout en reconnaissant qu'un grand nombre de recherches importantes ont déjà été effectuées sur les facteurs sociaux et psychologiques qui interviennent en l'occurrence, le comité est d'avis que, étant donné la transformation des conditions sociales et les différences considérables qui existent, d'un pays à l'autre, il importe d'encourager les gouvernements à poursuivre régulièrement des études sur les facteurs déterminants dans ce domaine. Le comité a pris acte avec satisfaction du fait que les Nations Unies se proposent d'effectuer une étude à ce sujet, et il espère qu'il sera dûment tenu compte, à cette occasion, du rôle des facteurs psychologiques.

4.6 *Législation du travail et protection de la maternité*

Il ressort d'informations communiquées au comité que de nombreux pays ont largement développé la législation du travail applicable à la femme enceinte et que, dans un certain nombre d'entre eux, les prestations de maternité ont été étendues à toutes les femmes enceintes sans distinction. Le comité reconnaît que la Convention sur la Protection de la Maternité de 1919,⁹ qui a été élaborée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), a fortement contribué à améliorer la situation dans ce domaine. Le comité a été, d'autre part, heureux d'apprendre qu'en vue de faire progresser encore la législation applicable à la matière, l'OIT envisage de réviser la Convention actuellement en vigueur et d'adopter un certain nombre de recommandations, au cours de sa prochaine Conférence générale, et qu'elle a prié à cet effet l'OMS de lui présenter ses observations sur les répercussions sanitaires de cette Convention.

Le comité a approuvé les recommandations adressées à ce sujet à l'OIT par l'OMS ;¹⁰ il exprime l'espoir que l'OIT incorporera ces normes dans

⁹ Bureau International du Travail (1949) *Conférence internationale du Travail, Conventions et Recommandations, 1919-1949*, Genève, p. 13 (Convention 3)

¹⁰ Document de travail non publié WHO/MCH/38

la nouvelle Convention ainsi que dans ses recommandations, et qu'elle continuera à intervenir par la suite auprès des gouvernements pour les amener à donner effet à ladite Convention.

5. Soins pendant le travail et la délivrance

La proportion respective des accouchements à domicile et des accouchements dans les hôpitaux varie d'un pays à l'autre et dépend d'un certain nombre de facteurs tels que :

- 1) le nombre des lits disponibles dans les hôpitaux, l'existence d'un personnel suffisant pour assurer le service de ces lits et la mesure dans laquelle ceux-ci sont accessibles à la population, y compris l'existence de moyens de transport pour la mère et ses proches ;
- 2) le désir de la mère d'accoucher à l'hôpital et la coutume qui prévaut à cet égard dans le pays ;
- 3) la juste appréciation, par les médecins et les sages-femmes, des cas qui demandent une hospitalisation ;
- 4) les possibilités existantes :
 - a) d'assurer aux enfants les soins nécessaires en l'absence de la mère ;
 - b) d'assurer les soins du ménage ;
- 5) le coût de l'accouchement à l'hôpital par comparaison avec celui de l'accouchement à domicile.

5.1 *Accouchement à l'hôpital et accouchement à domicile*

Dans les régions économiquement peu développées, on se croit parfois obligé de suivre l'exemple de nombreux pays plus évolués et d'investir des sommes considérables dans les hôpitaux, plutôt que de consacrer ces fonds à l'amélioration des soins donnés à domicile. D'un autre côté, on tend actuellement, dans certains pays très avancés, à donner une certaine préférence à l'accouchement à domicile.

Lorsque le nombre de lits disponibles dans les maternités est insuffisant, ce sont, évidemment, les femmes dont la grossesse est anormale qui seront admises par priorité, tandis que les cas qui méritent l'attention en raison de circonstances sociales, ou ceux des primipares ou des grandes multipares, devront être examinés suivant la situation locale. Dans les pays où les hôpitaux qui ont des consultations prénatales sont peu nombreux, il conviendra, pour les mêmes raisons, de réserver avant tout ces consultations aux femmes dont la grossesse présente des complications ; ce seront alors les centres sanitaires qui assureront le contrôle médical des grossesses normales.

Le comité a été unanime à estimer que l'accouchement doit avoir lieu à l'hôpital dans tous les cas anormaux, mais certaines divergences d'opinions se sont manifestées sur la question de savoir s'il convenait d'encourager l'hospitalisation des cas normaux, ou de préconiser plutôt l'accouchement à domicile. Le comité a été d'avis que la sécurité des accouchements à domicile dépend de l'existence de conditions favorables au foyer, de la possibilité de recourir en cas de besoin aux services d'un hôpital ou d'une équipe mobile, et de divers autres facteurs tels que l'existence de médecins ayant une formation suffisante en obstétrique ainsi que de sages-femmes ou d'infirmières. Lorsque ces conditions se trouvent réalisées, l'accouchement à domicile comporte un degré élevé de sécurité et présente en outre divers avantages du point de vue affectif et psychologique. Dans les pays où les hôpitaux ne possèdent pas un nombre suffisant de lits pour pouvoir accueillir les cas de grossesse normale, l'accouchement à domicile, dans les conditions précitées, pourra donc être considéré comme entièrement satisfaisant à l'égard de la protection de la maternité. Tout en admettant qu'une maternité parfaitement équipée et dotée du personnel indispensable sera à même de traiter plus rapidement les urgences et offrira par conséquent la meilleure solution du point de vue de la sécurité matérielle, le comité reconnaît que l'hôpital se prête moins bien à la satisfaction des besoins affectifs et psychologiques de la femme durant cette période. Dans les pays où les ressources hospitalières sont limitées, l'organisation de services satisfaisants de soins à domicile, tels qu'ils ont été décrits plus haut, permettrait aux hôpitaux de se consacrer à des cas plus particuliers, tout en conservant la possibilité de répondre aux exigences générales du pays.

Le personnel d'une équipe mobile doit comprendre un accoucheur, une sage-femme expérimentée et, en cas de besoin, un anesthésiste ; ce personnel doit disposer de l'équipement nécessaire pour les transfusions sanguines, la réanimation et d'autres interventions. Indépendamment des divergences d'opinions qui peuvent se faire jour sur la question de savoir s'il convient, pour les grossesses normales, de préconiser le recours à l'hôpital ou l'accouchement à domicile, le comité reconnaît que les maternités qui servent de centres de formation pour les médecins et les sages-femmes doivent admettre une proportion raisonnable de cas normaux. De toute façon, il ne faut pas qu'il y ait concurrence entre l'hôpital et les services de soins à domicile. Chacun doit, de son côté, contribuer au bien-être des mères et des enfants.

5.2 Normes concernant les soins hospitaliers

Dans chaque pays, l'autorité sanitaire devrait fixer les normes applicables aux plans, à l'équipement, au personnel et aux méthodes de travail des maternités. Le système d'inspection prévu pour les maternités et les

hôpitaux doit permettre de vérifier également si le personnel médical et infirmier satisfait à toutes les exigences. Le comité est d'avis que les maternités et les hôpitaux doivent être placés sous la direction d'un accoucheur qualifié et que cette condition doit figurer parmi les normes fixées par l'autorité sanitaire.

Les grandes maternités doivent disposer d'un personnel comprenant des accoucheurs, des infirmières-sages-femmes, des infirmières ayant reçu une bonne formation en obstétrique, ainsi qu'un pédiatre chargé des soins aux nouveau-nés. Les établissements moins importants peuvent se contenter de médecins possédant une expérience plus limitée, mais ils devront alors être placés sous la surveillance d'un accoucheur et avoir la possibilité d'appeler en consultation les spécialistes nécessaires.

5.3 *Choix de l'emplacement des maternités*

Le comité a examiné également la question de l'emplacement des maternités. Il est souvent souhaitable, pour des raisons d'économie, d'installer les maternités sur les terrains mêmes des hôpitaux généraux. Il importe cependant de veiller à maintenir leur autonomie pour tout ce qui concerne les soins médicaux et les soins infirmiers spéciaux. Dans certains pays, on pourra, à titre de mesure provisoire, prévoir l'installation d'un nombre limité de lits dans un centre de santé.

6. Soins après l'accouchement

6.1 *Normes concernant les soins postnataux*

Pour les accouchements à domicile, les soins infirmiers peuvent être assurés à la mère et au nourrisson par la sage-femme et par l'infirmière d'hygiène publique. Tout en estimant qu'il est hautement souhaitable que les soins médicaux et infirmiers puissent être donnés sans interruption, et tout particulièrement au moment de l'accouchement et pendant le post-partum, le comité a reconnu que la pénurie actuelle de personnel qualifié ne permet pas facilement de réaliser ces conditions idéales. En aucun cas, toutefois, les soins après l'accouchement ne devront être confiés à un personnel insuffisamment préparé. En outre, en cas de complication, il doit être fait appel à un médecin possédant une bonne formation en obstétrique. Le premier examen de la mère après l'accouchement aura lieu pendant la deuxième semaine qui suit l'accouchement, et le second examen interviendra entre la quatrième et la sixième semaine. Cette seconde visite médicale devra comporter un examen des régions abdominale et pelvienne, un examen au spéculum, un examen des seins, une analyse d'urine, la détermination du taux d'hémoglobine, la mesure de la tension artérielle et le contrôle du poids.

Lorsque l'on dispose d'un nombre suffisant de lits, la durée de l'hospitalisation de la mère doit être de dix jours environ : d'une part, ce séjour permet à la mère de reprendre des forces et d'apprendre à mieux connaître son enfant et, d'autre part, la lactation a plus de chances de s'établir normalement. Toutefois, dans les régions où, pour des raisons locales, les conditions sont moins favorables à un accouchement à domicile et où le nombre de lits disponibles à l'hôpital est limité, il peut être indiqué d'hospitaliser la mère, dans son propre intérêt, même si son séjour ne doit pas dépasser cinq jours. Une hospitalisation inférieure à cinq jours est, en revanche, contre-indiquée et ne doit être envisagée que dans des cas d'urgence. Si la mère quitte l'hôpital avant le dixième jour, elle devra recevoir, autant que possible, la visite quotidienne d'une infirmière ou d'une sage-femme d'hygiène publique. En cas d'impossibilité pratique, il conviendra d'accorder une attention spéciale aux femmes dont l'état paraît exiger des soins plus sérieux. Après le dixième jour, toutes les mères devront recevoir, à intervalles réguliers, la visite de l'infirmière d'hygiène publique.

Le comité conseille un retour progressif de l'accouchée à l'activité physique et, notamment, des exercices respiratoires sous surveillance médicale, qui doivent débiter de 12 à 48 heures après l'accouchement, et des exercices de marche, d'une durée croissante, au cours des premiers jours. Bien que les avis diffèrent à ce sujet, le comité estime que les avantages de ces exercices l'emportent sur leurs inconvénients éventuels.

Si, dans de nombreuses régions du monde, la mère et l'enfant ne sont jamais séparés durant la période d'hospitalisation, il n'en est pas de même dans certains pays, où la pratique de la séparation s'est généralisée depuis quelques années. L'avantage de ce système a été toutefois remis en question récemment, et l'on s'efforce au contraire, maintenant, d'encourager le plus possible le maintien d'un contact étroit entre la mère et l'enfant pendant l'hospitalisation. A cet effet, le mieux est de placer le berceau du nouveau-né à côté du lit de sa mère. Dans ce cas, il faut prévoir des pouponnières comportant un nombre restreint de lits pour y loger les enfants dont la mère se trouverait malade, ainsi que les nourrissons trop agités pendant la nuit. Dans l'établissement des plans des maternités, il conviendra de tenir compte de cette nécessité. Il importe davantage encore d'amener les médecins et infirmières — qui ne sont pas toujours favorables à ce système — à mieux comprendre le lien intime, tant physique que moral, qui existe entre la mère et l'enfant et qu'il convient de renforcer en maintenant entre eux un contact étroit. Il n'est pas moins indispensable d'autoriser le père à rendre visite chaque jour à la mère et à l'enfant, même si les autres visites sont limitées. Si l'aménagement matériel et le plan de certaines maternités rendent difficile l'application de ces principes, on devrait s'efforcer d'apporter à ces institutions les modifications nécessaires. De toute façon, les pouponnières devront ne comporter qu'un nombre

limité de lits et ne jamais être encombrées. Le nouveau-né devra être régulièrement amené à sa mère pour les repas et, même pendant la nuit, l'alimentation au sein sera préférée à l'alimentation artificielle.

6.2 *Allaitement maternel*

Dans de nombreux pays, l'allaitement maternel est de règle ; dans d'autres, toutefois, il tend nettement à devenir moins fréquent. Il semble que, dans ces derniers pays, la nécessité de l'allaitement maternel soit moins nettement ressentie aujourd'hui à la suite des progrès réalisés dans les méthodes d'alimentation artificielle, progrès qui sont allés de pair avec la baisse des taux de mortalité infantile. Cette régression de l'allaitement maternel s'explique sans doute par l'apparente inaptitude d'un grand nombre de femmes à l'allaitement, que celle-ci soit due à quelque incapacité physique ou à des résistances psychologiques qui peuvent parfois aller jusqu'à l'aversion. L'attitude du père à cet égard peut avoir une certaine influence. Des exhortations excessives, loin de remédier à la situation, risquent de provoquer un état de tension mentale qui peut entraîner un effet opposé à celui que l'on recherche. Afin de comprendre et de diminuer, si possible, l'appréhension que la maternité et notamment l'allaitement maternel font naître chez un grand nombre de femmes, il est nécessaire d'étudier ce problème dans ses relations avec les conceptions et les coutumes en vigueur au sein de la collectivité et de rechercher l'influence que celles-ci ont pu exercer sur l'intéressée au cours des premières années de sa vie. Des considérations d'ordre économique sont également susceptibles de s'opposer à l'allaitement maternel : il est donc indispensable que les employeurs accordent aux mères qui travaillent la possibilité de continuer à nourrir leur enfant. Les difficultés auxquelles se heurte l'allaitement maternel peuvent tenir aussi, pour une part au fait que les femmes qui ont accouché à l'hôpital en sortent souvent plus tôt qu'il ne conviendrait.

Dans certains pays, un système rigide d'alimentation des nourrissons a été à l'honneur au cours des dernières décennies. Une meilleure compréhension des besoins physiologiques et affectifs des nouveau-nés a amené, dans nombre de ces pays, l'adoption d'un régime plus souple. Cette tendance nouvelle constitue un progrès réel.

6.3 *Aides familiales*

Lorsque la mère a besoin d'une aide au foyer pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou après celui-ci, il faut qu'elle puisse disposer des services d'une aide familiale. Il convient d'éviter l'envoi des autres enfants de la famille dans un home, et le recours à une crèche doit également être considéré comme moins satisfaisant que le concours d'une aide familiale. Le comité a été heureux de constater que, depuis quelques années,

on tend de plus en plus, dans de nombreux pays, à faire appel aux aides familiales au lieu de placer les enfants dans des institutions de ce genre.

6.4 *Limitation des naissances*

Dans les pays où une certaine limitation des naissances pourrait être considérée comme désirable pour l'application d'une politique démographique, ou pour assurer le bien-être des mères et des enfants qui risqueraient d'être affecté par des maternités trop fréquentes, ou encore pour des raisons sociales ou économiques, le soin de donner les avis appropriés devrait être confié aux organismes de protection maternelle.

L'époque la plus favorable pour fournir ces avis et conseils est celle qui suit l'accouchement, les convictions religieuses, les traditions de la famille et les préférences de la mère étant dûment prises en considération.

7. Rôles respectifs du médecin, de la sage-femme, de l'infirmière et de l'aide familiale

Le comité estime que, dans les hôpitaux, la direction de la maternité devrait être entièrement confiée à l'accoucheur. Il n'est pas souhaitable, en principe, que le médecin de la famille soit chargé des soins, lorsqu'une de ses clientes entre à la maternité, mais il convient de l'encourager à étudier les méthodes qui y sont pratiquées d'une façon générale et notamment à rendre visite à ses propres clientes. Toutefois, comme de nombreux pays ne disposent pas d'un nombre suffisant d'accoucheurs, il faudra veiller tout spécialement à assurer la formation requise aux praticiens qui sont parfois obligés d'exercer dans des régions isolées, en étant abandonnés à eux-mêmes et empêchés par la distance de recourir à l'aide d'un spécialiste. Dans les accouchements à domicile, le médecin appelé par la sage-femme ne possède fréquemment qu'une formation insuffisante en obstétrique. Le comité est d'avis qu'il importe de remédier sans retard à cette situation, si de tels praticiens doivent continuer à assurer ces responsabilités.

Dans la réalisation des programmes de soins prénataux et postnataux, il convient de s'assurer, dans la mesure du possible, la participation d'un pédiatre expérimenté. En cas de complications au cours de la grossesse, il pourra être utile d'appeler le pédiatre en consultation, afin qu'il partage les responsabilités de l'accoucheur dans les décisions susceptibles d'affecter à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant. Les accoucheurs et les pédiatres doivent intervenir principalement pour surveiller, conseiller et enseigner.

Pour déterminer le rôle respectif de l'infirmière d'hygiène publique et de la sage-femme et les fonctions qui leur incombent dans la protection de la maternité, il importe de tenir compte des besoins différents qui existent suivant les pays, ainsi que des services déjà établis. Le comité estime cependant que, dans les pays où les programmes de santé publique — dont la protection de la maternité constitue l'un des éléments — sont encore peu développés, l'infirmière d'hygiène publique est, de tous les membres de l'équipe médicale, la personne la plus qualifiée pour conseiller la famille sur toutes les questions de santé ; c'est sur elle que la famille doit pouvoir compter pour les conseils d'hygiène, pour la surveillance de l'état de santé de ses membres et pour une aide en cas de difficultés économiques et sociales intéressant le bien-être familial.

Au point de vue plus particulier des tâches qui lui incombent dans les soins de maternité à domicile, l'infirmière d'hygiène publique devra bénéficier, dans certains pays, de la collaboration d'une sage-femme qualifiée ; celle-ci surveillera la future mère au cours de sa grossesse, donnera les soins obstétricaux proprement dits ainsi que tous ceux qui seront nécessaires après l'accouchement. La sage-femme doit être et sera en mesure de collaborer en qualité de membre de l'équipe de santé publique. Dans les pays où les sages-femmes ne possèdent pas une formation aussi complète, la surveillance exercée par l'infirmière d'hygiène publique revêt la plus haute importance. Dans ces cas, l'infirmière d'hygiène publique devrait être en même temps une sage-femme expérimentée.

Il existe des pays où une proportion considérable des naissances ont lieu, actuellement encore, avec le concours de sages-femmes dépourvues de toute formation ou n'ayant reçu qu'une formation incomplète (par exemple les « dais », les « dukyuns », les « curiosas »¹¹). Il incombe, dans ces cas, à l'infirmière-sage-femme d'hygiène publique ou à une sage-femme diplômée d'enseigner les règles élémentaires d'asepsie et de faire connaître les symptômes dont l'apparition exige l'intervention d'une sage-femme expérimentée.

Dans les régions où les accouchements normaux ont lieu à l'hôpital sous le contrôle d'un personnel médical, une infirmière spécialisée en obstétrique devra être placée à la tête du service infirmier. Dans d'autres régions, la direction de ce service et la responsabilité des accouchements normaux dans les hôpitaux seront confiées à une infirmière-sage-femme hautement qualifiée et expérimentée, et le personnel devra compter une aussi forte proportion que possible d'infirmières-sages-femmes. En outre, si l'hôpital est destiné à servir également de centre d'enseignement, toutes

¹¹ Une « dai » est une sage-femme autochtone de l'Inde, avec ou sans formation professionnelle ; une « dukyun » est une sage-femme autochtone de l'Indonésie ; une « curiosa » est une sage-femme autochtone de l'Amérique latine.

les sages-femmes devront être des infirmières-sages-femmes qualifiées possédant, de préférence, des connaissances générales en santé publique. Dans un établissement d'enseignement de ce genre, la responsabilité des soins aux nouveau-nés devra être confiée à une infirmière puéricultrice spécialisée.

Il existe, dans certains pays, des aides familiales ayant reçu une formation spéciale et qui sont en mesure d'apporter une contribution efficace à la réalisation des programmes de protection de la maternité. Pendant les couches, l'aide familiale remplace la mère au foyer. Son concours est particulièrement précieux lorsqu'elle est rattachée à l'équipe médicale et travaille sous le contrôle de l'infirmière d'hygiène publique ou de la sage-femme.

8. Formation du personnel

8.1 Principes généraux

Lorsqu'un choix s'impose entre les diverses dépenses que peut comporter la réalisation d'un programme de protection de la maternité, la priorité doit être donnée à celles qui sont nécessaires pour assurer une formation satisfaisante du personnel. Les programmes de formation doivent porter sur tous les aspects, physiques et psychiques, de la protection de la maternité. Du point de vue des aspects psychiques, le comité déclare approuver les vues exprimées par le Comité d'experts de la Santé mentale, qui, lors de sa deuxième session, a souligné que, dans l'enseignement de l'hygiène mentale dispensé à toutes les catégories de personnel de santé publique, le principe fondamental doit être de donner aux intéressés « une connaissance suffisante de la structure et du développement de la personnalité et de les aider à comprendre et à modifier le comportement humain ». De l'avis dudit comité, « l'éducation relative à l'hygiène mentale doit rendre la compréhension du comportement humain plus facile à l'agent de la santé publique et ne doit pas consister en un cours de psychiatrie théorique ». En deuxième lieu, ce comité estime que « les éléments fournis aux élèves seront d'un meilleur rendement s'ils sont intégrés dans les différents cours que s'ils font l'objet d'un cours spécial ».¹²

8.2 L'étudiant en médecine

La conception moderne selon laquelle l'étudiant en médecine doit, durant la période de ses études, avoir son attention attirée sur les aspects préventifs et sociaux des maladies qu'il étudie, ainsi que sur les conséquences qu'elles entraînent pour le patient, vaut tout particulièrement, semble-t-il, dans le domaine de la protection de la maternité. Etant donné que

¹² *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 31, 45, 47

le médecin de famille doit être à même de se rendre pleinement compte des problèmes affectifs susceptibles de se poser dans une situation familiale donnée, il importe d'insister sur ce point dans la formation dispensée aux étudiants en médecine. Le comité est d'avis également que l'enseignement de l'obstétrique doit comporter des accouchements pratiques à domicile, un stage dans un dispensaire de district assurant les soins prénataux et postnataux, ainsi qu'un stage dans une maternité. Il arrive fréquemment que les étudiants en médecine n'aient pas une expérience suffisante des soins à donner aux nouveau-nés, ce qui s'explique en partie par les difficultés résultant du fait que les nourrissons sont séparés de leur mère et placés dans des pouponnières. Il convient de prendre des dispositions pour assurer aux étudiants une formation satisfaisante à cet égard.

8.3 *Le médecin de famille*

Le comité estime que le médecin de famille appelé à pratiquer les accouchements doit avoir reçu une formation post-universitaire d'une durée de six mois dans une maternité. Un médecin ayant bénéficié d'une telle formation pourra être considéré comme qualifié pour intervenir à la demande de la sage-femme et prêter son aide dans les soins obstétricaux donnés à domicile. Les médecins en question devraient pouvoir, par la suite, suivre des cours de perfectionnement donnés à intervalles réguliers dans des cliniques obstétricales.

8.4 *L'accoucheur*

Le comité est d'avis que, pour être agréé comme accoucheur, un médecin doit avoir suivi des cours de gynécologie et acquis parallèlement l'expérience des principales interventions gynécologiques. La durée des études prévues pour cette formation spécialisée varie selon les pays, les différences tenant souvent au fait qu'il est difficile, par suite de la forte pénurie du personnel qualifié, de trouver un nombre suffisant d'accoucheurs pour les maternités. De l'avis du comité, une période de formation spécialisée de trois années en qualité d'interne dans un hôpital agréé à cet effet constitue le minimum acceptable pendant toute période de transition.

8.5 *Le personnel infirmier*

Le Comité d'experts des Soins infirmiers, qui s'est déjà occupé de la formation des infirmières,¹³ a brièvement examiné la question de la formation de sages-femmes.

¹³ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 24, 12 ; voir aussi *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1952, 49.

Le Comité d'experts de la Maternité

RECOMMANDE à l'Organisation Mondiale de la Santé de réunir en temps opportun un comité mixte, dont les membres seraient choisis parmi les spécialistes inscrits au Tableau d'experts des Soins infirmiers et au Tableau d'experts de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, et qui aurait pour tâche de poursuivre l'étude de la formation, à tous les échelons, du personnel chargé des soins obstétricaux. Ce comité devrait comprendre des sages-femmes monitrices. Il y a lieu d'espérer que le comité envisagé étudiera les exigences auxquelles doit satisfaire la formation des sages-femmes, aussi bien dans les régions où la protection de la maternité est très bien organisée que dans celles où elle est d'un niveau moins élevé. Antérieurement à la réunion d'un comité mixte de ce genre, il est suggéré de recueillir, auprès de divers pays, les informations nécessaires sur l'organisation actuelle des services de maternité et sur la formation du personnel.

Le comité se rend compte que, si l'on veut améliorer la protection de la maternité dans un proche avenir, il faudra reconnaître, dans de nombreux pays, le rôle des sages-femmes autochtones dépourvues de formation ou ne possédant qu'une préparation incomplète (telles que les « dais », les « dukyuns » et les « curiosas »¹⁴) et s'efforcer d'utiliser plus judicieusement leurs services. La formation qui sera donnée à ce personnel autochtone devra être adaptée aux besoins particuliers des pays intéressés. Toutefois, elle ne devra être considérée que comme une mesure temporaire, et il sera nécessaire d'inaugurer en même temps un programme à long terme en vue de remplacer ultérieurement ce personnel non qualifié par un personnel compétent ; le programme en question devra être établi de telle façon que, à l'expiration d'un nombre déterminé d'années, l'effectif du personnel qualifié soit suffisant pour répondre aux besoins en sages-femmes et en sages-femmes monitrices. Dans tous les pays où l'on envisagera d'organiser la formation d'un personnel de cette catégorie, il sera nécessaire de prendre des dispositions législatives et administratives en vue d'assurer le contrôle et la surveillance de la pratique obstétricale.

8.6 *Choix du lieu pour la formation*

De l'avis du comité, les divers types de formation qui ont été examinés dans le présent rapport devront être, si possible, dispensés dans le pays même de l'étudiant. Dans les pays où les moyens de formation disponibles sur place sont insuffisants, il conviendra de donner, dans les programmes, la préférence aux mesures destinées à renforcer et à développer l'enseignement professionnel plutôt qu'à celles qui visent à étendre les services de

¹⁴ Voir note 11, à la page 21.

soins existants. Les stages à l'étranger ne seront, en principe, facilités qu'à des personnes ayant déjà effectué de longues études spécialisées ou pratiqué longtemps leur spécialité dans leur pays ou leur région. Le comité a été heureux de constater que l'OMS a progressivement modifié son attitude à cet égard et qu'elle considère de plus en plus l'attribution de bourses comme l'un des éléments d'un programme coordonné visant à améliorer une branche déterminée des services sanitaires d'un pays. L'application de ce principe s'impose tout particulièrement en matière de protection de la maternité.

9. Analyse des résultats des programmes de protection de la maternité

Le comité a estimé que l'analyse des résultats des programmes de protection de la maternité exigeait avant tout l'enregistrement exact et complet des données statistiques et démographiques et, plus spécialement, de celles qui concernent les mariages et les naissances d'enfants vivants, ainsi que la mortalité fœtale, néo-natale et maternelle par cause de décès. Le comité reconnaît l'importance de l'uniformité dans la compilation des données et il admet, pour cette raison, les définitions qui ont été proposées pour les expressions « naissance d'enfant vivant » et « mort fœtale » par le Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement (sous-comité du Comité d'experts des Statistiques sanitaires).¹⁵ Le comité a, d'autre part, accepté comme base pour la terminologie la Sixième révision des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès¹⁶ qui a été adoptée par la conférence internationale réunie en 1948. A partir de ces données ainsi soigneusement établies, les services nationaux d'hygiène de la maternité et de l'enfance devraient entreprendre périodiquement des études statistiques en collaboration avec des experts statisticiens dont il conviendrait de s'assurer le concours dès le stade des travaux préparatoires.

Le comité recommande qu'en plus des études statistiques précitées, des recherches systématiques soient effectuées, à l'échelon local et régional, sur les taux de mortalité maternelle, fœtale et néo-natale. Ces enquêtes devraient être entreprises par des commissions comprenant des cliniciens et des spécialistes compétents ainsi que des médecins de la santé publique chargés de l'administration de services de protection de la maternité et de l'enfance. Elles devraient viser non seulement à déterminer la cause immédiate du décès, mais à établir si, en fait, il aurait été possible d'éviter celui-ci. Les résultats de ces recherches permettraient de proposer des mesures préventives.

¹⁵ Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, **25**, 11, 12.

¹⁶ Organisation Mondiale de la Santé (1950) *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès*, **1**, Genève (*Bull. Org. mond. Santé, Suppl. 1*). L'édition française du volume 2 est sous presse.

A l'heure actuelle, la classification des causes de mortalité maternelle et néo-natale d'après les circonstances (âge, nombre de grossesses, antécédents de la mère, etc.) varie considérablement d'un pays à l'autre, et il est recommandé que des organismes compétents entreprennent les études nécessaires pour établir une classification et des méthodes d'enregistrement uniformes, susceptibles d'être appliquées dans l'ensemble du monde.

10. Conclusions

Au cours de ses discussions, le comité s'est efforcé, autant que le permettaient les informations disponibles, de garder une claire vision des différences existant entre les pays du point de vue de leur développement économique, ainsi que de la diversité des besoins dans le domaine de la protection de la maternité, comme dans d'autres branches de la santé publique. Le comité reconnaît qu'il n'est pas possible d'établir un plan général susceptible d'être appliqué dans l'ensemble du monde, mais il a néanmoins décidé de recommander certaines normes en matière de protection de la maternité qui, au cours d'une période déterminée, pourraient être adoptées progressivement dans les pays où les progrès sont encore très limités à cet égard. D'autre part, le comité a estimé qu'à certains points de vue, dans les pays économiquement très évolués, l'organisation de la protection de la maternité n'a pas toujours été conçue de la façon la plus judicieuse. Le comité exprime l'espoir que les recommandations formulées dans le présent rapport serviront de guide aux gouvernements et que ceux-ci s'en inspireront pour créer les services requis, qui sont d'une si haute importance pour la santé et le bien-être de la collectivité. De même que le Comité d'experts des Soins infirmiers,¹⁷ le Comité d'experts de la Maternité a constaté l'urgente nécessité de recherches approfondies en vue de déterminer les besoins sanitaires essentiels.

Le Comité d'experts de la Maternité

RECOMMANDE à l'Organisation Mondiale de la Santé d'entreprendre des recherches approfondies en vue de déterminer les besoins effectifs des divers pays sur le plan sanitaire en général, et d'examiner, à cette occasion, les besoins existants en matière de protection de la maternité, ainsi que la meilleure façon d'y répondre.

¹⁷ Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 24 ; 1952, 49.