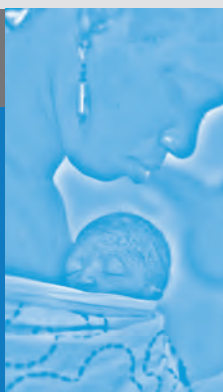


# Améliorer la santé des nouveau-nés prématurés

## Résumé

*Recommandations de l'OMS  
relatives aux interventions  
visant à améliorer la santé  
des nouveau-nés prématurés*



## Introduction

Au cours de la période néonatale, les bébés prématurés ont tendance à développer des maladies graves qui peuvent conduire au décès. À défaut de traitement approprié, ceux qui survivent présentent un risque accru d'incapacité à vie et de mauvaise qualité de vie. Les complications de la prématurité représentent la plus grande cause de décès néonatal et la deuxième cause majeure de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Les efforts mondiaux pour réduire encore davantage la mortalité infantile doivent comprendre des mesures urgentes visant à diminuer les naissances prématurées.

On peut réduire la mortalité et la morbidité infantiles dues à la prématurité en intervenant auprès de la mère avant et pendant la grossesse, et auprès du nourrisson prématuré après sa naissance. Les interventions peuvent concerner toutes les femmes à des fins de prévention primaire et de réduction du risque de naissance prématurée (par exemple des programmes d'arrêt du tabac) ou être utilisées pour minimiser le risque d'accouchement prématuré chez les femmes enceintes présentant des facteurs de risque connus (par exemple agents progestatifs, cerclage cervical). Cependant, l'ensemble d'interventions maternelles le plus bénéfique est celui qui peut améliorer les chances de survie et l'état de santé des nourrissons prématurés lorsque leur prématurité est inévitable. Ces interventions sont réalisées auprès de la mère peu avant ou pendant l'accouchement afin de surmonter les difficultés immédiates et futures liées à la santé

du nourrisson prématuré, telles que l'immaturité des poumons, la sensibilité aux infections et les complications neurologiques. Des soins essentiels et supplémentaires pour prévenir ou traiter les complications potentielles chez le nourrisson prématuré sont également indispensables à une survie sans incapacité.

Les manuels de l'OMS *Managing complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* (publié en 2000) et *Pocket book of hospital care for children* (publié en 2013) ont présenté les orientations en matière d'interventions auprès de la mère et du nourrisson, respectivement, susceptibles d'améliorer l'issue des naissances prématurées. Conformément aux procédures de l'OMS relatives à l'élaboration des lignes directrices, ces documents devaient être mis à jour pour intégrer les pratiques actuelles fondées sur des données factuelles et répondre aux États Membres demandant d'établir des orientations dans les domaines controversés de ces pratiques. Les présentes lignes directrices sont axées sur des interventions susceptibles d'être proposées pendant la grossesse, le travail et la période néonatale dans le but d'améliorer la santé des nourrissons prématurés. Les recommandations sur les interventions visant à prévenir et à réduire le risque de naissance prématurée, ou à modifier ce risque chez les femmes enceintes à risque, n'entrent pas dans le champ de ces lignes directrices.

## Public ciblé

Ces lignes directrices s'adressent principalement aux professionnels de la santé responsables de l'élaboration des protocoles et politiques sanitaires nationales et locales, ainsi qu'aux directeurs de programmes de santé maternelle et infantile et aux décideurs dans les différents contextes. Ces lignes directrices seront également utiles aux personnes qui soignent directement les femmes et les nourrissons prématurés, telles que les obstétriciens, les pédiatres, les sages femmes, les infirmières et les praticiens généralistes. Les informations contenues dans ce document s'avéreront utiles à l'élaboration d'aides et d'outils pour la formation préalable et continue des agents de santé afin d'améliorer les soins maternels et néonataux liés aux naissances prématurées.

## Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Ces lignes directrices ont été élaborées selon les modes opératoires normalisés conformément à la procédure décrite dans le manuel *WHO handbook for guideline development*. En bref, elles présentent i) l'identification des questions prioritaires et des résultats essentiels, ii) la démarche d'obtention des données factuelles, iii) l'évaluation et la synthèse des données factuelles, iv) la formulation des recommandations et v) le calendrier de la diffusion, de la mise en œuvre, de l'évaluation de l'impact et de la mise à jour des lignes directrices. La synthèse des données scientifiques qui sous-tendent ces recommandations a été réalisée au moyen de la méthode GRADE (gradation de l'évaluation, de l'élaboration et de l'appréciation des recommandations). Des revues systématiques actualisées ont permis de préparer des profils de données afin de dégager les questions prioritaires. L'OMS a ensuite convoqué une consultation technique en mai 2014 au cours de laquelle un groupe d'experts internationaux – le Groupe d'élaboration des lignes directrices – a formulé et approuvé les recommandations fondées sur les profils de données. En novembre 2014, une consultation en ligne du Groupe d'élaboration des lignes directrices a permis de revoir et de réviser les recommandations à la lumière des résultats d'un vaste essai de mise en place de corticothérapies dans des pays à faible revenu.

## Recommandations

La consultation technique de l'OMS a conduit à l'adoption de 10 recommandations principales (et 17 sous-recommandations supplémentaires) couvrant les domaines suivants : corticoïdes prénataux, tocolyse, sulfate de magnésium, prophylaxie antibiotique, mode d'accouchement prématuré (pour la mère) et soins « mère kangourou », enveloppement plastique, ventilation spontanée en pression positive continue, surfactant et oxygénothérapie (pour le nouveau-né). Pour chaque recommandation, la qualité des données pouvait être « très faible », « faible », « moyenne » ou « élevée ». Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a qualifié l'orientation et la force de chaque recommandation en prenant en compte la qualité des données factuelles et d'autres facteurs, notamment l'équilibre entre les bénéfices et les risques, les valeurs et les préférences des parties prenantes, et les ressources nécessaires à l'intervention. Pour s'assurer que chaque recommandation est bien comprise et appliquée dans la pratique, les experts ayant contribué aux recommandations ont formulé des remarques supplémentaires lorsque nécessaire. En cas de doute sur les fondements de ces remarques, les utilisateurs de ce document doivent faire référence à la version complète des lignes directrices qui contiennent ces remarques et les résumés des données.

Le tableau ci-dessous récapitule les recommandations d'interventions auprès des mères et des nouveau-nés pour améliorer la santé des nourrissons prématurés. Conformément aux procédures d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, ces recommandations seront constamment revues et actualisées lorsque de nouvelles données deviendront disponibles ; des revues et mises à jour majeures seront effectuées au minimum tous les cinq ans. L'OMS accueille avec intérêt les suggestions soulevant d'autres questions à inclure dans les futures mises à jour de ces lignes directrices.

## Liste récapitulative des recommandations de l'OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau nés prématurés

Interventions maternelles	Recommandations	Force de la recommandation et qualité des données <sup>a</sup>
<b>Corticoïdes prénatals pour améliorer la santé du nouveau né</b>	<b>1.0.</b> La corticothérapie prénatale est recommandée pour les femmes à risque d'accouchement prématuré entre 24 et 34 semaines de grossesse lorsque les conditions suivantes sont réunies : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'âge de la grossesse peut être estimé avec précision ;</li> <li>• l'accouchement prématuré est considéré comme imminent ;</li> <li>• il n'y a aucun élément clinique probant indiquant une infection maternelle ;</li> <li>• une prise en charge adéquate des nouveau nés est disponible (y compris la capacité de reconnaître et de prendre en charge sans risque un travail et un accouchement prématurés) ;</li> <li>• le nouveau né prématuré peut être pris en charge de manière adéquate si nécessaire (notamment réanimation, réchauffement, alimentation, traitement des infections et utilisation sans danger de l'oxygène).</li> </ul>	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne sur la santé des nouveau nés et de faible qualité sur la santé maternelle
	1.1. Pour les femmes concernées, la corticothérapie prénatale doit être administrée lorsque l'accouchement prématuré est considéré comme imminent, c'est à dire dans les 7 jours, voire dans les 24 heures, après le début du traitement.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de faible qualité
	1.2. La corticothérapie prénatale est recommandée pour les femmes à risque d'accouchement prématuré, que la grossesse soit simple ou gémellaire.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de faible qualité
	1.3. La corticothérapie prénatale est recommandée pour les femmes dont les membranes se sont rompues lors d'un travail prématuré et qui ne présentent aucun signe clinique d'infection.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne sur la santé des nouveau nés et de faible qualité sur la santé maternelle
	1.4. La corticothérapie prénatale <i>n'est pas</i> recommandée chez les femmes présentant un chorioamnionite, susceptibles d'accoucher prématurément.	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de très faible qualité
	1.5. La corticothérapie prénatale <i>n'est pas</i> recommandée chez les femmes qui subissent une césarienne programmée à un stade tardif de l'accouchement prématuré (34 à 36 <sup>+6</sup> semaines).	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de très faible qualité
	1.6. La corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant des problèmes d'hypertension pendant la grossesse, exposées à un risque d'accouchement prématuré imminent.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne sur la santé des nouveau nés et de faible qualité sur la santé maternelle
	1.7. La corticothérapie prénatale est recommandée pour les femmes à risque d'accouchement prématuré imminent d'un fœtus dont la croissance est limitée.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité
	1.8. La corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant un diabète prégestationnel ou gestationnel, à risque d'accouchement prématuré imminent ; le traitement doit s'accompagner d'interventions visant à optimiser le contrôle de la glycémie maternelle.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité
	1.9. Il est recommandé d'administrer par voie intramusculaire de préférence de la dexaméthasone ou de la bêtaméthasone (24 mg au total fractionnés en plusieurs doses) lorsque l'accouchement prématuré est imminent.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de faible qualité
1.10. Il est recommandé d'effectuer un seul cycle répété de corticothérapie prénatale si l'accouchement prématuré ne survient pas dans les 7 jours suivant la première dose, et qu'un examen clinique montre un risque élevé d'accouchement prématuré dans les 7 jours suivants.	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de qualité moyenne sur la santé néonatale et de faible qualité sur la santé maternelle	

<sup>a</sup> Pour les recommandations liées aux interventions maternelles, l'évaluation de la qualité des données s'applique à la fois à la santé de la mère et du nouveau né lorsque la qualité des données n'est pas présentée séparément.

Interventions maternelles	Recommandations	Force de la recommandation et qualité des données <sup>a</sup>
<b>Tocolytiques visant à inhiber le travail prématuré</b>	<b>2.0.</b> Pour préserver la santé des nouveau nés, les traitements tocolytiques (traitements d'urgence et d'entretien) <i>ne sont pas</i> recommandés chez les femmes à risque d'accouchement prématuré imminent.	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de très faible qualité
<b>Sulfate de magnésium pour protéger le fœtus contre les complications neurologiques</b>	<b>3.0.</b> L'administration de sulfate de magnésium est recommandée chez les femmes à risque d'accouchement prématuré imminent avant 32 semaines de grossesse pour prévenir la paralysie cérébrale chez le nourrisson et l'enfant.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
<b>Antibiotiques pour le travail prématuré</b>	<b>4.0.</b> L'administration systématique d'antibiotiques <i>n'est pas</i> recommandée pour les femmes en travail prématuré dont les membranes amniotiques sont intactes et qui ne présentent aucun signe clinique d'infection.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
	<b>5.0.</b> L'administration systématique d'antibiotiques est recommandée pour les femmes en prétravail prématuré dont les membranes sont rompues.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
	5.1. L'érythromycine est recommandée comme antibiotique privilégié pour la prophylaxie chez les femmes en prétravail prématuré dont les membranes sont rompues.	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de qualité moyenne
	5.2. L'utilisation d'une association d'amoxicilline et d'acide clavulanique (« co amoxiclav ») <i>n'est pas</i> recommandée pour les femmes en prétravail prématuré dont les membranes sont rompues.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
<b>Mode d'accouchement optimal</b>	<b>6.0.</b> L'accouchement systématique par césarienne dans le but d'améliorer la santé du nouveau né prématuré <i>n'est pas</i> recommandé, quelle que soit la présentation (céphalique ou par le siège).	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de très faible qualité
<b>Protection thermique des nouveau nés prématurés</b>	<b>7.0.</b> Les soins « mère kangourou » sont recommandés dans le cadre des soins de routine des nouveau nés dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2000 g, et doivent être mis en place dans les établissements de santé dès que les nouveau nés sont cliniquement stables.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
	7.1. Les nouveau nés dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2000 g doivent recevoir des soins aussi proches que possible des soins « mère kangourou » en continu.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne
	7.2. Si les soins « mère kangourou » en continu sont impossibles, il est recommandé d'opter pour des soins « mère kangourou » intermittents plutôt que pour des soins conventionnels.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de qualité moyenne

Interventions maternelles	Recommandations	Force de la recommandation et qualité des données <sup>a</sup>
<b>Protection thermique des nouveau nés prématurés (suite)</b>	7.3. Les nouveau nés instables dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2000 g, ou les nouveau nés stables pesant moins de 2000 g, qui ne peuvent bénéficier de soins « mère kangourou », doivent être placés dans un environnement thermique neutre avec des unités de chauffage radiants ou en couveuses.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité
	7.4. On manque de données sur l'efficacité des sacs/enveloppements plastiques utilisés pour fournir une protection thermique aux nouveau nés juste après leur naissance. Cependant, pendant la stabilisation et le transfert des nouveau nés prématurés vers le service spécialisé de soins néonataux, l'enveloppement dans des sacs/couvertures en plastique peut être considéré comme une alternative pour prévenir l'hypothermie.	<b>Recommandation conditionnelle</b> basée sur des données de très faible qualité
<b>Ventilation spontanée en pression positive continue pour les nouveau nés présentant un syndrome de détresse respiratoire</b>	8.0. La ventilation spontanée en pression positive continue est recommandée pour traiter les nouveau nés présentant un syndrome de détresse respiratoire.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de faible qualité
	8.1. La ventilation spontanée en pression positive continue pour les nouveau nés présentant un syndrome de détresse respiratoire doit être commencée dès que le diagnostic est posé.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité
<b>Administration de surfactant aux nouveau nés présentant un syndrome de détresse respiratoire</b>	9.0. Le traitement par surfactant est recommandé pour les nouveau nés intubés et ventilés présentant un syndrome de détresse respiratoire.	<b>Recommandation conditionnelle</b> (uniquement dans les établissements de santé en mesure d'assurer l'intubation, la ventilation, l'analyse des gaz du sang, les soins et la surveillance néonataux) basée sur des données de qualité moyenne
	9.1. Pour le traitement par surfactant des nouveau nés prématurés ventilés présentant un syndrome de détresse respiratoire, on peut utiliser soit des surfactants d'origine animale soit des surfactants synthétiques contenant des protéines.	<b>Recommandation conditionnelle</b> (uniquement dans les établissements de santé en mesure d'assurer l'intubation, la ventilation, l'analyse des gaz du sang, les soins et la surveillance néonataux) basée sur des données de qualité moyenne
	9.2. L'administration de surfactant avant l'apparition d'un syndrome de détresse respiratoire (traitement prophylactique) chez les nouveau nés prématurés <i>n'est pas</i> recommandée.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données factuelles de faible qualité
	9.3. Chez les nouveau nés prématurés présentant un syndrome de détresse respiratoire, le surfactant doit être administré précocement (dans les 2 heures suivant la naissance) plutôt que d'attendre une aggravation des symptômes avant un traitement en urgence.	<b>Recommandation conditionnelle</b> (uniquement dans les établissements de santé en mesure d'assurer l'intubation, la ventilation, l'analyse des gaz du sang, les soins et la surveillance néonataux) basée sur des données de faible qualité
<b>Oxygénothérapie et concentration en oxygène pour les nouveau nés prématurés</b>	10.0. Pendant la ventilation des bébés prématurés nés avant 32 semaines de grossesse, il est recommandé de commencer l'oxygénothérapie avec 30 % d'oxygène ou d'air (si l'oxygène mélangé n'est pas disponible), plutôt qu'avec 100 % d'oxygène.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité
	10.1. L'augmentation progressive des concentrations d'oxygène ne doit être envisagée que pour les nouveau nés sous oxygénothérapie si leur rythme cardiaque est inférieur à 60 battements par minute après 30 secondes de ventilation adéquate avec 30 % d'oxygène ou d'air.	<b>Recommandation forte</b> basée sur des données de très faible qualité



**Organisation  
mondiale de la Santé**



**Pour plus d'informations, veuillez contacter :**

Département Santé et Recherche génésiques  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,  
Switzerland  
E-mail: reproductivehealth@who.int

[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

Département Santé de la mère, du nouveau-né,  
de l'enfant et de l'adolescent  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
E-mail: mncah@who.int

[www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

Photo: UNICEF/Asselin

WHO/RHR/15.22 © Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int) . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

L'Organisation mondiale de la Santé a 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.