

## Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées

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

### Messages clés :

- La prématurité est la cause principale de mortalité et de morbidité périnatales et néonatales et la première cause de décès chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Il est possible de réduire la mortalité infantile et les incapacités à long terme consécutives à la prématurité en apportant des interventions appropriées à la mère qui présente une menace d'accouchement prématuré imminent et au nourrisson prématuré après la naissance.
- L'efficacité des interventions est optimale lorsqu'elles s'inscrivent dans un continuum de soins qui intègre la prise en charge des femmes présentant une menace d'accouchement prématuré immédiat et les soins postnatals des nourrissons prématurés.
- La détermination précise de l'âge gestationnel est essentielle afin de définir les soins appropriés. Il convient de veiller à dater la grossesse en utilisant la meilleure méthode disponible lors des premières consultations prénatales.

### Contexte

La prématurité est associée à des maladies graves ou au décès au cours de la période néonatale. Sans traitement approprié, les survivants sont souvent confrontés à des incapacités permanentes et à une mauvaise qualité de vie. Les complications de la prématurité constituent la cause principale de mortalité néonatale et la première cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Par conséquent, il est nécessaire que les efforts mondiaux visant à réduire davantage la mortalité chez l'enfant intègrent sans plus attendre des actions destinées à résoudre le problème de la prématurité.

Il est possible de réduire la mortalité et la morbidité infantiles consécutives à la prématurité en apportant des interventions appropriées à la mère qui présente une menace d'accouchement prématuré imminent et au nourrisson prématuré après la naissance. Ces interventions ciblent les morbidités immédiates et futures du nourrisson prématuré, telles que l'immatrité pulmonaire, la sensibilité aux infections et les complications neurologiques. Ces recommandations portent sur les soins prodigués aux femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent (accouchement à moins de 37 semaines d'âge gestationnel) et sur les soins apportés aux bébés prématurés pendant la période néonatale, dans l'objectif d'améliorer la santé des nourrissons prématurés. Elles ne couvrent pas la prévention de la prématurité.

### Résumé des pratiques recommandées et non recommandées visant à améliorer l'issue des naissances prématurées

	Chez la femme présentant une menace d'accouchement prématuré imminent (dans les 7 jours)	Chez le nourrisson prématuré (début de la période néonatale)
<b>Recommandées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticothérapie prénatale entre la 24<sup>ème</sup> et la 34<sup>ème</sup> semaine chez les femmes admissibles, sous réserve de certaines conditions</li> <li>• Antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme</li> <li>• MgSO<sub>4</sub> à des fins de neuroprotection fœtale à &lt; 32 semaines en cas de menace d'accouchement prématuré dans les 24 heures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode « mère kangourou » lorsque le nourrisson pèse 2 000 g ou moins mais qu'il est cliniquement stable</li> <li>• Ventilation en pression positive continue chez les nourrissons prématurés présentant un syndrome de détresse respiratoire (SDR)</li> <li>• Surfactant chez les nourrissons prématurés présentant un SDR dans les établissements remplissant les critères minimums</li> <li>• Début de l'oxygénothérapie à 30 % d'oxygène ou d'air (si le mélange air/oxygène n'est pas disponible) lors de la ventilation chez les nourrissons prématurés nés à ≤ 32 semaines.</li> <li>• Augmentation progressive des concentrations d'oxygène chez les nouveau-nés sous oxygénothérapie sur la base de critères définis</li> </ul>
<b>Non recommandées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocolyse (aiguë ou d'entretien) visant à améliorer la santé néonatale</li> <li>• Antibiothérapie en cas de travail prématuré à membranes intactes</li> <li>• Corticothérapie chez les femmes atteintes d'une chorioamniotite susceptibles d'accoucher prématurément</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surfactant prophylactique avant diagnostic de SDR</li> <li>• Débuter la ventilation à 100 % d'oxygène chez les nourrissons prématurés nés à ≤ 32 semaines</li> </ul>

## Interventions maternelles recommandées pour améliorer l'issue des naissances prématurées

Interventions visant à améliorer les naissances prématurées : justification et implications politiques pour l'intégration des nouvelles recommandations	
Recommandations 2015 de l'OMS	Justification et implications politiques
<b>I. Interventions maternelles</b>	
<b>Recommandation I : la corticothérapie prénatale pour améliorer la santé néonatale</b>	
<p>Recommandation I : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré entre 24 et 34 semaines d'âge gestationnel lorsque les conditions suivantes sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'estimation de l'âge gestationnel peut être réalisée précisément ;</li> <li>• l'accouchement prématuré est considéré comme imminent ;</li> <li>• il n'y a pas de preuve clinique d'infection maternelle ;</li> <li>• les soins adéquats sont disponibles pendant l'accouchement (notamment la capacité à reconnaître et prendre en charge en toute sécurité le travail et l'accouchement prématurés) ;</li> <li>• le nouveau-né prématuré peut recevoir les soins adéquats, le cas échéant (y compris la réanimation, les soins de protection thermique, les conseils en matière d'alimentation, le traitement des infections et l'utilisation sans danger de l'oxygène)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation repose principalement sur des données issues de milieux où le degré de certitude de l'estimation de l'âge gestationnel est élevé. Une évaluation précise et standardisée de l'âge gestationnel (dans l'idéal à partir de l'échographie du premier trimestre) est par conséquent essentielle pour garantir que toutes les mères admissibles reçoivent des corticoïdes et que le traitement non nécessaire chez les mères non admissibles soit évité. L'administration prénatale de corticoïdes ne doit pas être systématique dans les cas où l'âge gestationnel ne peut pas être confirmé, en particulier lorsque l'on suspecte un âge gestationnel supérieur à 34 semaines, car le risque d'effets nocifs pourrait être supérieur aux bénéfices si un bébé mature est exposé in utero aux corticoïdes.</li> <li>• Il convient de tenir dûment compte des limites locales de la viabilité fœtale afin de déterminer la limite inférieure d'âge gestationnel pour l'administration prénatale de corticoïdes, et notamment des données relatives à la morbidité et à la survie néonatales.</li> <li>• Des soins de référence appropriés pour la prise en charge des femmes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent devraient être apportés à la mère, le cas échéant. De plus, la corticothérapie doit être administrée dans un milieu hospitalier disposant des ressources nécessaires pour détecter et traiter les infections maternelles, prendre en charge de manière appropriée l'accouchement prématuré, et apporter les soins obstétricaux d'urgence.</li> <li>• Des soins essentiels et spécialisés pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés devraient être disponibles et prodigués au bébé en prévention ou en traitement de toute complication néonatale, liée ou non à la prématurité.</li> </ul>
<p>Recommandation I.1 : chez les femmes admissibles, une corticothérapie prénatale devrait être administrée lorsque l'accouchement prématuré est considéré comme imminent, dans les 7 jours à compter du début du traitement, y compris dans les premières 24 heures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des recommandations/protocoles nationaux de prestation de soins pour l'identification des femmes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent.</li> </ul>
<p>Recommandation I.2 : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une grossesse unique ou multiple.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation exclut l'administration systématique (ou prophylactique) de corticoïdes prénatals en cas de grossesse multiple, au motif d'un risque accru d'accouchement prématuré.</li> <li>• Bien que les bénéfices de la corticothérapie prénatale chez les femmes attendant plusieurs fœtus ne soient pas clairs, ce jugement se fonde sur l'amélioration générale des issues critiques chez les nourrissons en cas de grossesse unique et sur le fait que les estimations ponctuelles indiquaient toutes une réduction des risques d'issues essentielles indésirables signalées dans les grossesses multiples.</li> </ul>
<p>Recommandation I.3 : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant une rupture prématurée des membranes avant terme sans aucun signe clinique d'infection.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation met en garde contre l'utilisation prénatale de corticoïdes chez les femmes présentant une rupture prolongée des membranes associée à des signes de sepsis.</li> </ul>
<p>Recommandation I.4 : la corticothérapie prénatale n'est pas recommandée chez les femmes présentant une chorioamniotite susceptibles d'accoucher prématurément.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La corticothérapie prénatale ne devrait pas être démarrée au détriment de l'accouchement (en temps opportun) lorsque celui-ci est indiqué en raison de l'état maternel ou fœtal.</li> <li>• L'administration prénatale de corticoïdes devrait être évitée chez les femmes présentant des signes d'infection systémique, telles qu'une septicémie ou la tuberculose.</li> </ul>

**Interventions visant à améliorer les naissances prématurées : justification et implications politiques pour l'intégration des nouvelles recommandations**

Recommandations 2015 de l'OMS	Justification et implications politiques
Recommandation 1.5 : la corticothérapie prénatale n'est pas recommandée chez les femmes ayant une césarienne programmée à 34–36 <sup>+6</sup> semaines d'âge gestationnel (prématurité tardive).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien que certains bénéfices puissent lui être prêtés, des données suggèrent chez les prématurés tardifs des effets nocifs potentiels associés à l'administration prénatale de corticoïdes. La césarienne programmée ne devrait normalement pas être pratiquée à un âge gestationnel &lt; 39 semaines.</li> </ul>
Recommandation 1.6 : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant des troubles hypertensifs de la grossesse et une menace d'accouchement prématuré imminent.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins de référence appropriés pour la prise en charge des femmes présentant des troubles hypertensifs de la grossesse devraient être apportés à la mère en association avec la corticothérapie en milieu hospitalier.</li> </ul>
Recommandation 1.7 : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré en cas d'hypertrophie fœtale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dépit des inquiétudes quant à l'effet des corticoïdes prénatals sur la croissance du fœtus, aucune donnée ne suggère que leur effet sera différent dans ce sous-groupe comparativement à l'ensemble de la population prématurée.</li> </ul>
Recommandation 1.8 : la corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes atteintes d'un diabète pré-gestationnel et gestationnel présentant une menace d'accouchement prématuré imminent et devrait être associée à des interventions visant à optimiser le contrôle glycémique maternel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cliniciens devraient assurer un contrôle strict de la glycémie maternelle avant et/ou pendant la grossesse afin de réduire le risque de syndrome de détresse respiratoire chez le nouveau-né.</li> <li>• Chez les femmes dont le diabète est mal contrôlé, l'utilisation de corticoïdes devrait être envisagée à &gt; 34 semaines en cas d'immaturité pulmonaire diagnostiquée.</li> </ul>
Recommandation 1.9 : la dexaméthasone par voie intramusculaire (IM) ou la bétaméthasone par voie IM (24 mg au total en plusieurs doses) est le corticoïde prénatal de choix en cas d'accouchement prématuré imminent.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données sur l'efficacité comparative de la dexaméthasone et de la bétaméthasone ne sont pas suffisamment concluantes pour permettre de formuler une recommandation en faveur de l'un ou l'autre de ces corticoïdes.</li> <li>• Les doses et schémas posologiques utilisés dans les essais comparant la dexaméthasone à la bétaméthasone variaient légèrement mais dans la plupart des cas, un total de 24 mg de corticoïdes était administré en plusieurs doses à 12 ou 24 h d'intervalle. Les schémas posologiques les plus fréquemment utilisés dans les études étaient les suivants : quatre doses de 6 mg de dexaméthasone administrées par voie IM à 12 heures d'intervalle chacune ou deux doses de 12 mg de bétaméthasone administrées par voie IM à 24 heures d'intervalle chacune. Bien qu'aucune donnée sur la satisfaction des femmes ne soit disponible, il est probable que les femmes préfèrent recevoir le moins d'injections possible.</li> <li>• Les protocoles locaux relatifs au type et au schéma posologique de corticoïdes prénatals devraient tenir compte des préparations aisément disponibles dans l'établissement afin d'encourager leur acceptation, de faciliter leur utilisation par les prestataires de soins et d'éviter toute posologie incorrecte et/ou tout gaspillage des ressources.</li> </ul>
Recommandation 1.10 : il est recommandé de renouveler la corticothérapie prénatale une seule fois si l'accouchement prématuré n'est pas survenu dans les 7 jours après le traitement initial et si un examen clinique ultérieur révèle une menace élevée d'accouchement prématuré dans les 7 jours à venir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par renouveler la corticothérapie prénatale une fois, on entend administrer une dose complète de corticoïdes prénatals telle que recommandée dans ce document.</li> <li>• Cette recommandation s'applique uniquement aux femmes dont l'âge gestationnel est compris entre 24 et 34 semaines.</li> </ul>

**Interventions visant à améliorer les naissances prématurées : justification et implications politiques pour l'intégration des nouvelles recommandations**

Recommandations 2015 de l'OMS	Justification et implications politiques
<b>Recommandation 2 : la tocolyse pour inhiber le travail prématuré</b>	
<p>Recommandation 2 : les traitements tocolytiques (aigus et d'entretien) ne sont pas recommandés chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent dans le but d'améliorer la santé néonatale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparé à l'absence de traitement tocolytique, le traitement tocolytique n'est pas associé à une réduction des issues périnatales indésirables. Certains agents tocolytiques peuvent prolonger la grossesse de 2 à 7 jours, mais il n'a pas été démontré que cela améliore les issues néonatales critiques.</li> <li>• Chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent n'ayant pas eu d'autres complications au cours de la grossesse, la tocolyse aiguë pour prolonger la grossesse (jusqu'à 48 heures) peut être envisagée afin d'obtenir une fenêtre suffisante pour l'administration prénatale de corticoïdes et/ou le transfert du fœtus in utero vers un établissement de soins néonataux approprié. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas de preuve directe montrant que cette mesure améliore l'issue néonatale.</li> <li>• Lorsqu'une tocolyse est envisagée dans ce contexte, la nifédipine (un inhibiteur des canaux calciques) est l'agent à privilégier. Le schéma posologique suggéré est le suivant : une dose initiale de 20 mg par voie orale suivie de 10 à 20 mg toutes les 4 à 8 heures jusqu'à ce que le transfert ait été effectué ou jusqu'à 48 heures si le transfert dépasse ce délai. Lorsqu'une tocolyse est envisagée, l'association de plusieurs agents doit être exclue.</li> <li>• Afin de leur permettre de prendre une décision éclairée concernant les soins, il convient de discuter avec la femme et son partenaire des données disponibles relatives aux risques potentiels et au manque d'informations sur les effets à long terme de la tocolyse.</li> <li>• L'utilisation de tocolytiques doit être envisagée au cas par cas. De plus, les tocolytiques ne doivent pas être utilisés en cas de contre-indication médicale ou obstétricale à la prolongation de la grossesse, telle qu'une rupture prématurée des membranes avant terme.</li> </ul>
<b>Recommandation 3 : le sulfate de magnésium pour protéger le fœtus des complications neurologiques</b>	
<p>Recommandation 3 : l'utilisation de sulfate de magnésium est recommandée chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré imminent avant 32 semaines d'âge gestationnel en prévention de l'infirmité motrice cérébrale chez le nourrisson et l'enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice ne devrait être administré que si l'accouchement prématuré est susceptible de survenir dans les 24 heures.</li> <li>• Trois schémas posologiques (4 g par voie IV pendant 20 minutes, puis 1 g/heure jusqu'à l'accouchement ou pendant 24 heures ; 4 g par voie IV pendant 30 minutes ou bolus IV de 4 g en dose unique ; et 6 g par voie IV sur 20 à 30 minutes, puis perfusion d'entretien de 2 g/heure) ont été testés dans les essais ayant montré un effet protecteur contre l'infirmité motrice cérébrale et le décès ou l'infirmité motrice cérébrale seule.</li> <li>• Les données disponibles actuellement sont insuffisantes pour recommander un schéma posologique plutôt qu'un autre.</li> <li>• Cette recommandation s'applique aux grossesses uniques et multiples.</li> <li>• De plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer si un traitement répété par MgSO<sub>4</sub> à des fins de neuroprotection fœtale est approprié (si l'accouchement n'intervient pas immédiatement).</li> </ul>
<b>Recommandations 4 et 5 : l'antibiothérapie en cas de travail prématuré</b>	
<p>Recommandation 4 : l'administration systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée chez la femme en travail prématuré à membranes amniotiques intactes qui ne présente aucun signe clinique d'infection.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important que les femmes chez qui un diagnostic d'infection est posé, ou qui en présentent les signes cliniques, soient traitées en conséquence, par antibiotiques. Il n'existe pas de données montrant clairement que l'antibiothérapie prophylactique prolonge la grossesse. Dans l'ensemble, il n'existe aucune donnée statistiquement significative montrant que l'administration prophylactique d'antibiotiques réduise la mortalité périnatale, la mortalité ou la morbidité infantile sévère.</li> </ul>

## Interventions visant à améliorer les naissances prématurées : justification et implications politiques pour l'intégration des nouvelles recommandations

Recommandations 2015 de l'OMS	Justification et implications politiques
Recommandation 5 : l'antibiothérapie est recommandée chez la femme en cas de rupture prématurée des membranes avant terme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afin d'éviter l'administration fortuite d'antibiotiques à des femmes dont les membranes amniotiques sont intactes, des antibiotiques ne devraient être prescrits qu'en cas de diagnostic définitif de RPM avant terme. Par conséquent, une politique de prescription d'antibiotiques aux femmes qui présentent une RPM avant terme devrait être assortie d'un protocole pour en permettre le diagnostic fiable.</li> <li>• Surveiller les signes de chorioamnionite clinique chez la femme.</li> </ul>
Recommandation 5.1 : l'érythromycine est recommandée comme l'antibiotique de choix pour la prophylaxie chez la femme qui présente une rupture prématurée des membranes avant terme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 mg d'érythromycine par voie orale, quatre fois par jour pendant 10 jours (ou jusqu'à l'accouchement) devraient être administrés en antibioprofylaxie chez la femme qui présente une RPM avant terme. Lorsque l'érythromycine n'est pas disponible, de la pénicilline, comme l'amoxicilline, peut être utilisée.</li> </ul>
Recommandation 5.2 : l'utilisation de l'association amoxicilline-clavulanate de potassium (« co-amoxiclav ») n'est pas recommandée chez la femme qui présente une rupture prématurée des membranes avant terme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation est basée sur le risque accru d'entérocolite nécrosante lié à l'association amoxicilline-clavulanate de potassium par rapport au placebo et à l'érythromycine.</li> </ul>
<b>Recommandation 6 : le mode d'accouchement optimal</b>	
Recommandation 6 : l'accouchement systématique par césarienne dans le but d'améliorer la santé néonatale n'est pas recommandé, indépendamment d'une présentation céphalique ou du siège.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données sont insuffisantes pour recommander l'accouchement systématique par césarienne plutôt que par voie basse en cas de prématurité, indépendamment de la présentation du fœtus.</li> <li>• La césarienne devrait être pratiquée en cas d'indications obstétricales.</li> </ul>

## Interventions néonatales recommandées pour améliorer l'issue des naissances prématurées

<b>II. Interventions néonatales</b>	
<b>Recommandation 7 : la protection thermique du nouveau-né prématuré</b>	
Recommandation 7 : la méthode « mère kangourou » est recommandée pour les soins de routine des nouveau-nés pesant 2 000 g ou moins à la naissance. Dans les établissements de santé, les soins « kangourou » peuvent commencer dès que le nouveau-né est cliniquement stable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthode « mère kangourou » consiste à mettre un nouveau-né prématuré en contact peau-à-peau avec sa mère. Ses principales caractéristiques sont le contact peau-à-peau précoce, continu et prolongé entre la mère et le bébé, et l'allaitement au sein exclusif (solution idéale) ou l'alimentation au lait maternel.</li> <li>• Les problématiques liées à la méthode « mère kangourou » inhérentes aux systèmes de santé, comme l'environnement, le personnel et ses compétences, les critères pour la sortie de l'établissement et le suivi, devraient être incluses dans le manuel ou le guide de mise en œuvre.</li> </ul>
Recommandation 7.1 : chez le nouveau-né pesant 2 000 g ou moins à la naissance, la méthode « mère kangourou » devrait être aussi continue que possible.	
Recommandation 7.2 : chez le nouveau-né pesant 2 000 g ou moins à la naissance, la méthode « mère kangourou » intermittente est recommandée, au lieu des soins classiques, lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer les soins « kangourou » en continu.	
Recommandation 7.3 : le nouveau-né instable pesant 2 000 g ou moins à la naissance, ou le nouveau-né stable pesant moins de 2 000 g, chez qui la méthode « mère kangourou » ne peut être pratiquée, devrait être placé dans un environnement thermique neutre sous un appareil de chauffage radiant ou dans une couveuse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le choix de l'appareil visant à créer un environnement thermique neutre ainsi que les stratégies d'utilisation de cet appareil devraient être rigoureusement évalués en fonction du contexte. Ce contexte inclura la population de patients, déterminée selon la taille, la maturation et les maladies concomitantes, l'environnement physique, le personnel, le coût et d'autres ressources.</li> </ul>

<b>II. Interventions néonatales</b>	
Recommandation 7.4 : les données relatives à l'efficacité de l'enveloppement dans du plastique/l'utilisation de sacs en plastique dans le cadre des soins de protection thermique du nouveau-né prématuré immédiatement après la naissance sont insuffisantes. Cependant, pendant la stabilisation du nouveau-né et son transfert vers le service de néonatalogie, l'enveloppement dans du plastique/le placement dans un sac en plastique peut être envisagé comme solution alternative en prévention de l'hypothermie.	
<b>Recommandation 8 : la ventilation en pression positive continue chez les nourrissons présentant un syndrome de détresse respiratoire</b>	
Recommandation 8 : la ventilation en pression positive continue est recommandée dans le traitement du nouveau-né prématuré présentant un syndrome de détresse respiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant d'instaurer une quelconque intervention d'ordre respiratoire (y compris l'oxygénothérapie ou l'assistance ventilatoire) pour les nouveau-nés gravement malades dans les milieux de soins moins développés, il convient de tenir compte du contexte technologique et notamment la capacité à surveiller la saturation en oxygène et le statut cardio-respiratoire car ces interventions peuvent entraîner plus d'effets nocifs que d'effets bénéfiques.</li> <li>• Cette recommandation devrait être mise en œuvre dans les établissements de santé qui peuvent dispenser des soins de soutien de qualité aux nouveau-nés.</li> <li>• Si l'oxygénothérapie est associée à la ventilation en pression positive continue, il est fortement recommandé d'utiliser de faibles concentrations de mélange air/oxygène et d'augmenter les doses en fonction des niveaux de saturation en oxygène dans le sang. Lorsque des mélangeurs air/oxygène ne sont pas disponibles, de l'air devrait être utilisé. L'utilisation d'oxygène à 100 % n'est pas recommandée en raison des effets nocifs connus.</li> <li>• Le syndrome de détresse respiratoire peut être diagnostiqué au moyen de critères cliniques ou radiologiques.</li> </ul>
Recommandation 8.1 : chez le nouveau-né présentant un syndrome de détresse respiratoire, le traitement par ventilation en pression positive continue devrait être démarré dès que le diagnostic est posé.	
<b>Recommandation 9 : l'administration de surfactant chez le nouveau-né présentant un syndrome de détresse respiratoire</b>	
Recommandation 9 : le traitement substitutif par surfactant est recommandé chez le nourrisson intubé ou ventilé présentant un syndrome de détresse respiratoire (uniquement dans les établissements de santé où l'intubation, la ventilation, l'analyse des gaz du sang ainsi que des soins et un monitoring néonataux sont disponibles).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation appropriée du surfactant est associée à une réduction significative de la mortalité néonatale.</li> <li>• Dans les pays à revenu élevé, le traitement par surfactant peut réduire les frais hospitaliers, ce qui pourrait ne pas être le cas dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans bon nombre de ces pays, les implications en termes de ressources pourraient rendre le surfactant moins prioritaire.</li> </ul>
Recommandation 9.1 : des surfactants d'origine animale ou synthétiques contenant des protéines peuvent être utilisés pour le traitement substitutif par surfactant chez le nouveau-né prématuré ventilé qui présente un syndrome de détresse respiratoire.	
Recommandation 9.2 : l'administration de surfactant avant la survenue d'un syndrome de détresse respiratoire (administration prophylactique) chez le nouveau-né prématuré n'est pas recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans des études plus anciennes, les groupes témoins chez qui l'administration prophylactique était associée à des bénéfices n'incluaient pas la ventilation en pression positive continue, qui fait désormais partie des soins de référence. Les études récentes, dans lesquelles la ventilation en pression positive continue était administrée au groupe témoin, n'ont montré aucun bénéfice associé à l'administration prophylactique de surfactant.</li> </ul>
Recommandation 9.3 : chez le nouveau-né prématuré intubé présentant un syndrome de détresse respiratoire, le surfactant devrait être administré rapidement (dans les deux heures qui suivent la naissance) au lieu d'attendre que les symptômes ne s'aggravent pour administrer le traitement de rattrapage (uniquement dans les établissements de santé où l'intubation, la ventilation, l'analyse des gaz du sang ainsi que des soins et un monitoring néonataux sont disponibles).	

II. Interventions néonatales													
Recommandation 10 : l'oxygénothérapie et la concentration en oxygène chez le nouveau-né prématuré													
Recommandation 10 : lors de la ventilation du nouveau-né prématuré né à ou avant 32 semaines de grossesse, il est recommandé de débiter l'oxygénothérapie à 30 % d'oxygène ou d'air (si le mélange air/oxygène n'est pas disponible) au lieu de 100 % d'oxygène.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette recommandation est cohérente avec les recommandations de l'OMS en matière de réanimation cardiorespiratoire du nouveau-né.</li> </ul>												
Recommandation 10.1 : l'augmentation progressive des concentrations en oxygène devrait être envisagée chez le nouveau-né sous oxygénothérapie si son rythme cardiaque est inférieur à 60 battements par minute après 30 secondes de ventilation adéquate à 30 % d'oxygène ou d'air.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La concentration en oxygène à administrer devrait être déterminée en fonction des niveaux de saturation en oxygène dans le sang. Il n'en reste pas moins plus important de tenter de réanimer rapidement le nouveau-né prématuré. Par conséquent, la mesure de la saturation en oxygène devrait être effectuée deux minutes après la naissance.</li> <li>Les niveaux de saturation cibles indiqués ci-dessous sont cohérents avec les 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> percentiles (écart interquartile)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Temps</th> <th>Tous les nourrissons prématurés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A 2 minutes</td> <td>55–75 %</td> </tr> <tr> <td>3 minutes</td> <td>65–80 %</td> </tr> <tr> <td>4 minutes</td> <td>70–85 %</td> </tr> <tr> <td>5 minutes</td> <td>80–90 %</td> </tr> <tr> <td>10 minutes</td> <td>85–95 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>représentés dans les normogrammes issus des résumés des données</p>	Temps	Tous les nourrissons prématurés	A 2 minutes	55–75 %	3 minutes	65–80 %	4 minutes	70–85 %	5 minutes	80–90 %	10 minutes	85–95 %
Temps	Tous les nourrissons prématurés												
A 2 minutes	55–75 %												
3 minutes	65–80 %												
4 minutes	70–85 %												
5 minutes	80–90 %												
10 minutes	85–95 %												

## Mesures visant à surveiller le respect des recommandations afin d'améliorer l'issue des naissances prématurées

**Tableau I. Mesures préconisées pour surveiller le respect des recommandations**

Mesures et indicateurs pouvant être adaptés aux niveaux régional et national en vue d'évaluer le respect des recommandations	Indicateurs suggérés :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pourcentage de tous les bébés qui présentent un risque de naître à partir de 24 semaines de grossesse et avant 34 semaines, exposés à des corticoïdes administrés pendant la période prénatale.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pourcentage de tous les bébés qui présentent un risque de naître à 34 semaines de grossesse ou plus, exposés à des corticoïdes administrés pendant la période prénatale (utilisation inappropriée de la corticothérapie prénatale).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pourcentage de tous les bébés nés avant 32 semaines de grossesse et exposés, in utero, au sulfate de magnésium à des fins de neuroprotection fœtale.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pourcentage de femmes présentant une rupture prématurée des membranes avant terme qui ont reçu une antibioprofylaxie.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pourcentage de nouveau-nés pesant 2 000 g ou moins à la naissance qui ont bénéficié de soins « kangourou ».</li> </ul>

## Recommandations politiques et programmatiques

Le but ultime des présentes recommandations est d'améliorer la qualité des soins dispensés lors des naissances prématurées et la santé des nourrissons prématurés. Les pays devraient mettre à jour leurs activités et leur documentation politiques et programmatiques afin de soutenir la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations, notamment en prenant les mesures suivantes :

- Examiner/actualiser les recommandations cliniques et les supports de formation initiale et continue nationaux afin de veiller à ce qu'ils reflètent les recommandations de l'OMS visant à améliorer la santé des nourrissons prématurés.
- Mobiliser les associations nationales de gynécologues/obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes et sages-femmes afin qu'elles sensibilisent leurs membres aux nouvelles recommandations et aux données scientifiques sur lesquelles chacune d'elles se fonde (lors de réunions annuelles, par le biais de lettres d'information, de sessions de formation médicale continue, etc.).
- Renforcer les compétences des agents de santé afin de leur permettre de suivre les recommandations, notamment en développant des supports de formation/supervision simples et des aide-mémoires.
- Soutenir les activités visant à améliorer la qualité des soins aux femmes qui présentent une MAP dans les 7 jours et aux nourrissons prématurés, en mettant l'accent sur l'élimination des principaux obstacles liés au système de santé et aux soins, d'une part, et en identifiant des processus de soins et des indicateurs de résultats simples, d'autre part.
- Utiliser les plateformes existantes (SMS aux professionnels de santé, réunions mensuelles) pour rappeler régulièrement à ces derniers les pratiques recommandées.

- Dans le cadre des audits des décès maternels et périnataux réalisés dans les établissements, identifier les pratiques obsolètes pouvant s'avérer dangereuses et prévoir des mesures visant à améliorer le respect des recommandations de l'OMS.
- Accroître la disponibilité et la qualité d'un ensemble minimal de données pour soutenir la prise de décision, la gestion programmatique et les efforts d'amélioration de la qualité dont l'objectif est d'améliorer les soins et les résultats en matière de naissance prématurée.
- Sensibiliser les prestataires et la communauté aux signes de menace d'accouchement prématuré, à l'importance de consulter rapidement et à l'orientation vers le niveau de soins approprié.
- Examiner et actualiser les modalités d'orientation des femmes qui présentent une MAP appliquées par les agents de santé communautaires et les établissements.
- Afin de soutenir ces recommandations, élaborer et mettre en place des programmes dotés d'une forte composante d'évaluation et réaliser des études sur la mise en œuvre afin de générer des enseignements programmatiques primordiaux fondés sur des stratégies et des approches en matière de mise en œuvre issues de différents milieux.

Ce document d'orientation politique a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au titre de l'accord coopératif AID-OAA-A-14-00028. L'Organisation mondiale de la Santé et l'USAID ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Le contenu ne reflète pas nécessairement les opinions de l'OMS, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis. Toute demande d'information sur ce document d'orientation politique ou de permission de reproduire ou de traduire cette publication doit être adressée au service de Communication du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant à l'adresse suivante : [info@mcsprogram.org](mailto:info@mcsprogram.org). Pour plus de précisions sur les recommandations de l'OMS, veuillez contacter [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) ou [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int). Traduction réalisée par MCSP.

© Organisation mondiale de la Santé et Jhpiego 2015. Tous droits réservés. WHO/RHR/15.16. WHO/MCA/15.02

**Département OMS Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent**  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/)

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