

# Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive





Recommandations de l'OMS concernant  
les soins prénatals pour que la grossesse  
soit une expérience positive

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience].

ISBN 978-92-4-254991-1

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Design and layout by Green Ink ([www.greenink.co.uk](http://www.greenink.co.uk))

Imprimé en [ajouter le pays - pour les douanes]

# Table des matières

Remerciements	v
Acronymes et abréviations	vii
Résumé d'orientation	ix
1. Introduction	1
2. Méthodes	4
3. Preuves et recommandations	13
A. Interventions nutritionnelles	14
B. Évaluation de la mère et du fœtus	43
C. Mesures préventives	67
D. Interventions face à des signes cliniques courants	79
E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals	91
4. Mise en œuvre de la directive et des recommandations sur les soins prénatals : introduction du modèle OMS 2016 de soins prénatals	112
5. Conséquences pour la recherche	125
6. Diffusion, applicabilité et actualisation de la directive et des recommandations	128
Références	131
Annexe 1: Experts externes et membres de l'OMS ayant participé à la préparation de la présente directive	143
Annexe 2: Autres directives de l'OMS comportant des recommandations pertinentes pour les soins prénatals systématiques	147
Annexe 3: Résumé des déclarations d'intérêt des membres du Groupe d'élaboration de la directive et solutions apportées	149
Annexe 4: Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals	151

## **Annexes consultables en ligne : *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive\****

Annexe 1 consultable en ligne : Questions et résultats prioritaires pour les interventions de soins prénatals identifiées dans la présente directive (disponible en anglais)

Annexe 2 consultable en ligne : Changements par rapport à la portée approuvée de la présente directive (disponible en anglais)

Annexe 3 consultable en ligne : Avis du Groupe d'élaboration de la directive concernant les recommandations (disponible en anglais)

## **Supplément consultable en ligne : *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive\****

Les critères normalisés utilisés dans le classement des preuves et les tableaux GRADE ont été publiés dans ce supplément séparé consultable en ligne. Dans le présent document, il est fait référence à ces tableaux de preuves par un nombre précédé de EB (« evidence base ») pour repérer facilement les références.

---

\* consultable sur : [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)

**« Pour réaliser la vision de l'initiative 'Chaque femme, chaque enfant' et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, nous avons besoin d'approches des soins prénatals innovantes et fondées sur des données factuelles. Je salue ces recommandations qui visent à placer les femmes au cœur des soins, à améliorer leur expérience de la grossesse et à garantir que les bébés aient le meilleur départ possible dans la vie. »**

Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies

# Remerciements

Les Départements de Santé et recherche génésique (RHR), Nutrition pour la santé et le développement (NHD), et Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remercient chaleureusement les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de la présente directive.

A. Metin Gülmezoglu, Matthews Mathai, Olufemi Oladapo, Juan Pablo Peña-Rosas et Özge Tunçalp faisaient partie du Groupe d'orientation de l'OMS qui a guidé le processus d'élaboration de la présente directive. Les membres du Groupe d'élaboration de la directive (GDG) comprenaient Mohammed Ariful Aram, Françoise Cluzeau, Luz Maria De-Regil, Aft Ghérissi, Gill Gyte, Rintaro Mori, James Neilson, Lynnette Neufeld, Lisa Noguchi, Nafissa Osman, Erika Ota, Tomas Pantoja, Bob Pattinson, Kathleen Rasmussen, Niveen Abu Rmeileh, Harshpal Singh Sachdev, Rusidah Selamat, Charlotte Warren et Charles Wisonge. James Neilson a présidé le GDG.

Nous souhaitons remercier également les conseillers régionaux suivants de l'OMS pour leur contribution : Karima Gholbzouri, Gunta Lazdane, Bremen de Mucio, Mari Nagai, Leopold Ouedraogo, Neena Raina et Susan Serruya. Nous tenons également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution au processus d'élaboration de la directive, notamment la définition de sa portée : Manzi Anatole, Rifat Atun, Himanshu Bhushan, Jacquelyn Caglia, Chompilas Chongsomchai, Morseda Chowdhury, Mengistu Hailemariam, Stephen Hodgins, Annie Kearns, Ana Langer, Pisake Lumbiganon, Taiwo Oyelade, Jeffrey Smith, Petra ten Hoop-Bender, James Tielsch et Rownak Khan.

Nous remercions particulièrement les auteurs des revues systématiques Cochrane utilisées dans la présente directive pour leur assistance et leur collaboration dans leur préparation ou leur actualisation. Sonja Henderson, Frances Kellie et Nancy Medley ont coordonné l'actualisation des revues systématiques Cochrane pertinents. Soo Downe et Kenny Finlayson ont réalisé les examens sur la portée et les revues qualitatives sur les opinions des femmes et des prestataires au sujet des soins prénatals. Pour les preuves relatives aux interventions, Edgardo Abalos, Monica Chamillard et Virginia Dias ont examiné et classé les données scientifiques. Pour les preuves concernant l'exactitude des tests, Khalid Khan et Ewelina Rogozinska ont examiné et classé les données scientifiques. Theresa Lawrie a examiné le classement des preuves et rédigé les synthèses des preuves. Simon Lewin et Claire Glenton ont contribué à la préparation des synthèses des preuves relatives aux options de délivrance de soins prénatals et ont fourni une assistance technique pour le cadre DECIDE (Developing & Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions & Practice based on Evidence). Emma Allanson a coordonné la population couverte par les cadres DECIDE. Jenny Moberg a examiné et synthétisé les preuves indirectes sur la délivrance de soins prénatals. Ipek Gurol-Urganci, Charles O'Donovan et Inger Scheel ont examiné les données sur la mise en œuvre des soins prénatals ciblés à partir d'études de cas dans différents pays afin d'étayer les recommandations de la directive. Les membres du Groupe d'orientation de l'OMS et Theresa Lawrie ont rédigé le document final de la directive.

Nous remercions les observateurs qui ont représenté diverses organisations pendant le processus d'élaboration de la directive, notamment : France Donnay de la Fondation Bill & Melinda Gates ; Rita Borg-Xuereb de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) ; Diogo Ayres-de-Campos et CN Purandare de la Fédération internationale de gynécologie-obstétrique (FIGO) ; Luc de Bernis du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ; et Roland Kupka du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; et Deborah Armbruster et Karen Fogg de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Nous apprécions la rétro-information fournie par un grand nombre d'acteurs internationaux pendant l'exercice de cadrage qui faisait partie du processus d'élaboration de la directive. Nous voudrions remercier également les personnes suivantes qui ont contribué à ce processus et ont révisé le document de la directive : Andrea Bosman, Maurice Bucagu, Jhanvi Daru, Claudia Garcia-Moreno, Haileyesus Getahun, Rodolfo Gomez, Tracey Goodman, Tamar Kabakian, Avinash Kanchar, Philipp Lambach, Gilles Landrison, Sarah de Masi, Frances McConville, Antonio Montesor, Justin Ortiz, Anayda Portela, Jeremy Pratt, Lisa Rogers, Nathalie Roos, Silvia Schwarte, Maria Pura Solon, João Paulo Souza, Petr Velebil, Teodora Wi, Ahmadu Yakubu, Yacouba Yaro et Gerardo Zamora.

Le financement de cette directive a été assuré par l'USAID et la Fondation Bill & Melinda Gates, complété par le budget principal du Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP). Les points de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la présente directive.

# Acronymes et abréviations

CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research
CREP	Centro Rosarino de Estudios Perinatales
DECIDE	Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence
DM	différence moyen
ECR	essai clinique randomisé
FIGO	Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GDG	Groupe d'élaboration de la directive
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GRC	Comité d'examen des directives
GREAT	Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge
Hb	hémoglobine
HGPO	hyperglycémie provoquée par voie orale
HRP	Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
HU	hauteur utérine
IC	intervalle de confiance
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
IMC	indice de masse corporelle
IVR	Initiative pour la recherche sur les vaccins
MCA	Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (de l'OMS)
NHD	Département Nutrition pour la santé et le développement (de l'OMS)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAHO	Organisation panaméricaine de la Santé (Bureau régional de l'OMS des Amériques)
OR	odds ratio
PICO	population (P), intervention (I), comparator (C), outcome (O)
PMNCH	Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement pays à revenu faible ou intermédiaire
RCIU	retard de croissance intra-utérine
Rh	Rhésus
RHR	Département Santé et recherche génésique (de l'OMS)
RPM	rupture prématurée des membranes
RR	risque relatif
TDF	fumarate de ténofovir disoproxil
TPIg	traitement préventif intermittent pendant la grossesse
TPIg-SP	traitement préventif intermittent pendant la grossesse par la sulfadoxine-pyriméthamine

UFC	unité formant colonie
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIMMAP	Préparation internationale de l'ONU pour les micronutriments multiples
US \$	dollar des États-Unis d'Amérique
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPS	violence du partenaire sexuel

# Résumé d'orientation

## Introduction

En 2016, en ce début de l'ère des objectifs de développement durable (ODD), la morbidité et la mortalité évitables liées à la grossesse restent inacceptablement élevées. Bien que des progrès substantiels aient été enregistrés, les pays doivent consolider et faire progresser ces acquis et élargir leurs objectifs pour aller au-delà de la survie, en visant, pour leurs populations, un niveau de santé et de potentiel optimal.

La vision de l'OMS est un monde où toute femme enceinte et tout nouveau-né reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Dans un continuum avec les soins de santé reproductive, les soins prénatals (SPN) constituent une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage et le diagnostic et la prévention des maladies. Il est aussi établi que, grâce à la mise en œuvre en temps utile de pratiques appropriées fondées sur les preuves, les soins prénatals peuvent sauver des vies. Point également déterminant : ces soins offrent l'opportunité de communiquer avec les femmes enceintes, les familles et les communautés, et de les soutenir, à un moment critique de la vie de ces femmes. Le processus d'élaboration de ces recommandations concernant les soins prénatals a mis en lumière l'importance d'une communication efficace sur les questions physiologiques, biomédicales, comportementales et socioculturelles et d'un soutien efficace, notamment sur le plan social, culturel, affectif et psychologique, à l'intention des femmes enceintes, tout en traitant celles-ci avec respect. Ces fonctions de communication et de soutien des soins prénatals, sont essentielles non seulement pour sauver des vies, mais aussi pour en améliorer d'autres, ainsi que pour l'utilisation des soins de santé et la qualité de ces soins. Les expériences positives des femmes pendant les soins prénatals et l'accouchement peuvent créer les bases d'une maternité en bonne santé.

Le présent document expose des recommandations exhaustives de l'OMS sur les soins prénatals systématiques à l'intention des femmes enceintes et des adolescentes. Le but de ces recommandations est de compléter les directives de l'OMS existantes sur la prise en charge des complications spécifiques associées à la grossesse. Elles sont destinées à refléter et à répondre à la nature complexe des problèmes entourant la pratique et la délivrance des soins prénatals et à donner la priorité à la santé et au bien-être de la personne – et pas seulement à la prévention de la mortalité et de la morbidité – selon une démarche visant le respect des droits de l'homme.

L'élaboration de ces recommandations s'est appuyée sur une analyse systématique de la perception des femmes, qui montre que celles-ci veulent faire de leur grossesse une expérience positive à travers les soins prénatals. Une expérience positive pour la grossesse se définit comme la préservation de l'intégrité physique et socioculturelle, vivre une grossesse saine pour la mère et l'enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès), bien vivre le travail et l'accouchement et avoir une maternité heureuse (concept couvrant notamment la confiance en soi, la compétence et l'autonomie des mères).

Reconnaissant que la façon dont les femmes vivent les soins est essentielle pour transformer les soins prénatals et favoriser la prospérité des familles et des communautés, les présentes recommandations s'efforcent de répondre aux questions suivantes :

- **Quelles pratiques** fondées sur les preuves et mises en œuvre pendant les soins prénatals pourraient améliorer les issues de la grossesse et déboucher sur une expérience positive pour cette phase de la vie ?
- **Comment** délivrer ces pratiques ?

## Méthodes d'élaboration des recommandations

Ces recommandations relatives aux soins prénatals sont destinées à étayer la mise au point de politiques de soins de santé et de protocoles cliniques pertinents. Elles ont été élaborées à partir de procédures opératoires standard, en conformité avec le processus décrit dans le document *Handbook for guideline development* de l'OMS. En bref, ces procédures couvrent :

i) l'identification des questions et des résultats prioritaires ; ii) l'obtention des preuves et leur synthèse ; iii) l'évaluation des preuves ; iv) la formulation de recommandations ; et (v) la planification de la mise en œuvre, la diffusion, l'évaluation de l'impact et l'actualisation des recommandations. La qualité des preuves scientifiques à la base des recommandations a fait l'objet d'une cotation par les démarches GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) et CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research), pour les preuves quantitatives et qualitatives, respectivement. Des revues systématiques actualisées ont servi à préparer les profils de preuves pour les questions prioritaires. Le cadre DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence), un outil pour aller de la preuve à la décision prenant en compte les effets de l'intervention, les attentes des femmes, les ressources, l'équité, l'acceptabilité et les critères de faisabilité, a été utilisé pour guider la formulation et l'approbation des recommandations par un groupe d'élaboration des directives – un groupe international d'experts constitué dans le but de mettre au point ces recommandations – lors de trois consultations techniques organisées d'octobre 2015 à mars 2016.

## Recommandations

Les groupes d'élaboration des directives de l'OMS ont mis au point 39 recommandations concernant cinq types d'intervention : A. Interventions nutritionnelles, B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus ; C. Mesures préventives ; D. Interventions face à des signes cliniques courants ; et E. Interventions pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals. Les interventions étaient recommandées, non recommandées ou recommandées dans certaines conditions sur la base des appréciations du GDG en fonction des critères DECIDE, qui apportaient des informations sur la direction et le contexte éventuel de la recommandation. Pour garantir que chaque recommandation est correctement comprise et appliquée dans la pratique, le contexte de toutes les recommandations spécifiques à un contexte est clairement indiqué avec chacune d'entre elles et les experts qui y ont contribué ont ajouté des remarques supplémentaires, le cas échéant. Les utilisateurs des recommandations devront se référer à ces remarques, qui sont présentées en parallèle avec les résumés des preuves dans la version complète des recommandations. En outre, des recommandations pertinentes pour les soins prénatals, tirées d'orientations actuelles émises par d'autres départements de l'OMS, ont été identifiées de manière systématique et 10 de ces recommandations ont été regroupées pour constituer une directive en vue de fournir un document complet aux utilisateurs finaux. La totalité des 49 recommandations concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive sont récapitulées dans le Tableau 1.

Conformément aux normes d'élaboration des directives de l'OMS, ces recommandations seront révisées et mises à jour après l'identification de nouvelles preuves, des révisions et des mises à jour de grande ampleur devant intervenir tous les cinq ans au minimum. L'OMS accueille favorablement les suggestions portant sur des questions supplémentaires à inclure dans les futures mises à jour de cette directive.

Les groupes d'élaboration des directives ont discuté les considérations relatives à la mise en œuvre des différentes recommandations et de la directive dans son ensemble. Le GDG, en attirant l'attention sur les éléments qui indiquent une augmentation de la mortalité fœtale et une moindre satisfaction des femmes avec un modèle de soins prévoyant quatre visites (également appelé soins prénatals ciblés ou de base), a décidé d'accroître le nombre recommandé de prises de contact entre la mère et les prestataires de soins à des moments susceptibles de faciliter l'évaluation du bien-être et la délivrance d'interventions pour améliorer les issues de la grossesse au cas où des problèmes sont identifiés (voir recommandation E.7 dans le Tableau 1). Les recommandations de cette directive devront être mises en œuvre en parallèle avec d'autres activités d'amélioration de la qualité. Les produits dérivés de cette directive comprendront un manuel de mise en œuvre pratique à l'intention des praticiens dispensant les soins, qui intégrera les recommandations relatives aux soins prénatals et les bonnes pratiques cliniques établies. Le Tableau 1 récapitule la liste de toutes les interventions évaluées par les groupes d'élaboration de directives et contiendra donc les interventions recommandées, celles recommandées uniquement dans certaines conditions (y compris la recherche) et celles non recommandées.

**Tableau 1: Liste récapitulative des recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals (SPN) pour que la grossesse soit une expérience positive**

Ces recommandations s'appliquent aux femmes enceintes et aux adolescentes dans le contexte des soins prénatals systématiques

A. Interventions nutritionnelles		
	Recommandation	Type de recommandation
Interventions diététiques	<b>A.1.1:</b> Des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse sont recommandés pour les femmes enceintes afin qu'elles restent en bonne santé et n'enregistrent pas un gain de poids excessif. <sup>a</sup>	Recommandée
	<b>A.1.2:</b> Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition sur l'augmentation de l'apport énergétique et protéique quotidien est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque d'un faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte
	<b>A.1.3:</b> Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéique équilibrée est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de mortinaissance et de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés.	Recommandation spécifique au contexte
	<b>A.1.4:</b> Dans les populations sous-alimentées, une forte supplémentation en protéines n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de fer et d'acide folique	<b>A.2.1:</b> Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire <sup>b</sup> et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique <sup>c</sup> est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme. <sup>d</sup>	Recommandée
	<b>A.2.2:</b> Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire et 2800 µg (2,8 mg) d'acide folique une fois par semaine, est recommandée pour les femmes enceintes en vue d'améliorer les issues maternelles et néonatales de la grossesse si la prise quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison d'effets secondaires, et dans les populations où le taux de prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est inférieure à 20 %. <sup>f</sup>	Recommandation spécifique au contexte
Suppléments de calcium	<b>A.3:</b> Dans les populations où la prise alimentaire de calcium est faible, une supplémentation quotidienne (1,5-2,0 g de calcium élémentaire par voie orale) est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire les risques de prééclampsie. <sup>g</sup>	Recommandation spécifique au contexte
Suppléments de vitamine A	<b>A.4:</b> Une supplémentation en vitamine A n'est recommandée pour les femmes enceintes que dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère, <sup>h</sup> dans le but de prévenir la cécité nocturne. <sup>i</sup>	Recommandation spécifique au contexte

a Un régime alimentaire sain pendant la grossesse comprend des apports suffisants en énergie, protéines, vitamines et minéraux, fournis par la consommation d'une grande variété d'aliments, dont des légumes verts et oranges, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des produits laitiers pasteurisés et des fruits.

b 60 mg de fer élémentaire sont équivalents à 300 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 180 mg de fumarate ferreux ou à 500 mg de gluconate ferreux.

c Il convient de débiter la prise d'acide folique aussi tôt que possible (dans l'idéal, avant la conception) pour prévenir les anomalies du tube neural.

d Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure, trouvé dans la publication de l'OMS, *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women* (non traduit en français) (2012).

e 120 mg de fer élémentaire sont équivalents à 600 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 360 mg de fumarate ferreux ou à 1000 mg de gluconate ferreux.

f Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure, trouvé dans la publication de l'OMS, *Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women* (en anglais) (2012).

g Cette recommandation est compatible avec les *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie* (2011) et se substitue à la recommandation, trouvé dans la publication de l'OMS, *Guideline: calcium supplementation in pregnant women* (en anglais) (2013).

h Les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère si  $\geq 5\%$  des femmes dans une population ont subi des épisodes de cécité nocturne lors de leur grossesse la plus récente au cours des 3-5 dernières années, ayant débouché sur une naissance vivante, ou si  $\geq 20\%$  des femmes enceintes présentent un taux de rétinol sérique  $< 0,70 \mu\text{mol/l}$ . Déterminer si les carences en vitamine A représentent un problème de santé publique suppose d'estimer la prévalence de ce type de carence dans une population en utilisant des indicateurs biochimiques et cliniques spécifiques du statut pour la vitamine A.

i Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure, trouvé dans la publication de l'OMS, *Directive: supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte* (2011).

Suppléments de zinc	<b>A.5:</b> La supplémentation en zinc chez les femmes enceintes n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée avec rigueur.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Suppléments de micronutriments multiples	<b>A.6:</b> La supplémentation en micronutriments multiples n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)	<b>A.7:</b> La supplémentation en vitamine B6 (pyridoxine) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamines E et C	<b>A.8:</b> La supplémentation en vitamines E et C n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamine D	<b>A.9:</b> La supplémentation en vitamine D n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>j</sup>	Non recommandée
Restriction de la prise de caféine	<b>A.10:</b> Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), <sup>k</sup> une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque d'arrêt de grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte

## B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus<sup>l</sup>

	Recommandation	Type de recommandation
--	----------------	------------------------

### B.1: Évaluation de l'état de la mère

Anémie	<b>B.1.1:</b> La numération formule sanguine complète est la méthode recommandée pour le diagnostic de l'anémie pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, un dosage sur place de l'hémoglobine avec un hémoglobinomètre est préconisé, de préférence à l'utilisation de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine, comme moyen de diagnostic de l'anémie chez la femme enceinte.	Recommandation spécifique au contexte
Bactériurie asymptomatique	<b>B.1.2:</b> La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de Gram sur place de l'urine du milieu du jet est recommandée de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte
Violence du partenaire sexuel (VPS)	<b>B.1.3:</b> Il faut sérieusement envisager une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel (VPS) lors des visites prénatales lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par de telles violences en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, lorsque les capacités pour apporter une réponse sous forme de soutien (y compris l'orientation vers un centre spécialisé, si nécessaire) sont disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées. <sup>m n</sup>	Recommandation spécifique au contexte

j Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure, trouvé dans la publication de l'OMS, *Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women* (en anglais) (2012).

k Ce chiffre couvre tous les produits, boissons ou aliments contenant de la caféine (c'est-à-dire café ou thé infusé, boissons sucrées de type cola, boissons énergétiques caféinées, chocolat ou comprimés de caféine).

l Les preuves concernant les activités de base dans le cadre des soins prénatals telles que la prise de tension et la pesée de la mère et le contrôle des bruits du cœur du fœtus n'ont pas été évaluées par le groupe d'élaboration de la directive car ces activités sont considérées comme faisant partie des bonnes pratiques.

m Ces exigences minimales sont : un protocole/une procédure opératoire standard ; une formation sur la façon d'interroger les femmes à propos des VPS et de fournir une réponse minimale, voire plus ; des conditions d'intimité pour cet interrogatoire ; la garantie de la confidentialité ; un système d'orientation en place et un temps suffisant pour permettre à la femme de révéler ses problèmes dans de bonnes conditions.

n Cette recommandation est compatible avec les directives cliniques et politiques trouvés dans la publication de l'OMS, *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques* (2013).

<b>Recommandations intégrées à partir d'autres directives de l'OMS et intéressant le soin prénatal « Evaluation de l'état de la mère »</b>		
Diabète gestationnel	<b>B.1.4:</b> Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS. <sup>o</sup>	Recommandée
Tabagisme	<b>B.1.5:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>p</sup>	Recommandée
Consommation de substances psychoactives	<b>B.1.6:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>q</sup>	Recommandée
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis	<b>B.1.7:</b> Dans les contextes de forte prévalence du VIH, on considérera le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataires de soins (PITC) comme une composante systématique du paquet de soins administré aux femmes enceintes dans toutes les visites prénatals. Dans les contextes de faible prévalence, ces prestations peuvent être envisagées pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals comme une composante clé des efforts pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et pour intégrer le dépistage de ce virus à celui de la syphilis, de maladies virales ou d'autres affections importantes, en fonction du contexte, et également pour renforcer les systèmes de santé sous jacents de la mère et de l'enfant. <sup>r</sup>	Recommandée
Tuberculose	<b>B.1.8:</b> Dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100 000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals. <sup>t</sup>	Recommandation spécifique au contexte

## **B.2: Evaluation de l'état du fœtus**

Comptage quotidien des mouvements du fœtus	<b>B.2.1:</b> Le comptage quotidien des mouvements fœtaux, par exemple en relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied, n'est recommandé que dans le contexte de recherches menées de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Mesure de la hauteur utérine	<b>B.2.2:</b> Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur utérine pour l'évaluation de la croissance fœtale n'est pas recommandé pour améliorer les issues périnatales de la grossesse. Il n'est pas recommandé de modifier la pratique habituelle (palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine) dans un contexte particulier.	Recommandation spécifique au contexte
Cardiotocographie prénatale	<b>B.2.3:</b> La cardiotocographie prénatale systématique <sup>u</sup> n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée

o Il n'y a pas de recommandation sur le dépistage de routine de l'hyperglycémie au cours de la grossesse. Cette recommandation a été adaptée et intégrée à partir de la publication l'OMS, *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy* (en anglais) (2013), qui spécifie qu'un diabète gestationnel doit être diagnostiqué à tout moment pendant la grossesse, si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 5,1-6,9$  mmol/l ( $92-125$  mg/dl) ;
- glycémie plasmatique à 1 heure  $\geq 10,0$  mmol/l ( $180$  mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
- glycémie plasmatique à 2 heures  $8,5-11,0$  mmol/l ( $153-199$  mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g.

Un diabète pendant la grossesse devra être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 7,0$  mmol/l ( $126$  mg/dl) ;
- glycémie plasmatique à 2 heures  $\geq 11,1$  mmol/l ( $200$  mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
- glycémie plasmatique aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/l ( $200$  mg/dl) en présence de symptômes du diabète.

p Intégrée à partir des recommandations trouvés dans la publication de l'OMS, *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy* (en anglais) (2013).

q Intégrée à partir des directives trouvés dans la publication de l'OMS *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (en anglais) (2014).

r Les contextes de forte prévalence sont définis en 2015, dans la publication de l'OMS *Consolidated guidelines on HIV testing services* (en anglais), comme des contextes où la prévalence du VIH dans la population dépistée est supérieure à 5 %. Les contextes sont dits de faible prévalence lorsque la prévalence parmi la population dépistée est inférieure à 5 %. Dans les contextes où sévit une épidémie de VIH généralisée ou concentrée, les femmes négatives pour le VIH devront subir à nouveau un dépistage au troisième trimestre de grossesse en raison du risque important de contracter une infection à VIH pendant la grossesse; pour plus de détails, consultez la Recommandation B.1.7.

s Adaptée et intégrée à partir des recommandations trouvés dans la publication de l'OMS *Consolidated guidelines on HIV testing services* (en anglais) (2015).

t Adaptée et intégrée à partir des recommandations trouvés dans la publication de l'OMS *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations* (en anglais) (2013).

u La cardiotocographie est un enregistrement en continu de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions utérines obtenu par un transducteur à ultrasons placé sur l'abdomen de la mère.

Échographie	<b>B.2.4:</b> Une échographie avant 24 semaines de grossesse (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse par les femmes.	Recommandée
Échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux	<b>B.2.5:</b> L'examen par échographie Doppler systématique n'est pas recommandé chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>v</sup>	Non recommandée

### C. Mesures préventives

	Recommandation	Type de recommandation
Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique	<b>C.1:</b> Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un petit poids de naissance.	Recommandée
Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes	<b>C.2:</b> Une prophylaxie antibiotique n'est recommandée pour prévenir les infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes enceintes que dans un contexte de recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D	<b>C.3:</b> Une prophylaxie prénatale avec de l'immunoglobuline anti-D à 28 et 34 semaines de grossesse chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées, dans le but de prévenir une allo immunisation RhD, n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Traitement antihelminthique préventif	<b>C.4:</b> Dans les zones d'endémie, <sup>w</sup> un traitement anthelminthique préventif est recommandé chez les femmes enceintes après le troisième trimestre de grossesse dans le cadre des programmes de lutte contre les vers. <sup>x</sup>	Recommandation spécifique au contexte
Vaccination par l'anatoxine tétanique	<b>C.5:</b> La vaccination par l'anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos. <sup>y</sup>	Recommandée
<b>Recommandations intégrées à partir d'autres directives de l'OMS et pertinentes pour les soins prénatals</b>		
Prévention du paludisme : traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPI)	<b>C.6:</b> Dans les zones d'endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L'administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses. <sup>z</sup>	Recommandation spécifique au contexte
Prophylaxie préexposition pour la prévention du VIH	<b>C.7:</b> Une prophylaxie orale préexposition incluant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) devra être proposée en tant qu'option préventive supplémentaire aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection à VIH dans le cadre des approches préventives combinées. <sup>aa</sup>	Recommandation spécifique au contexte

v L'échographie Doppler évalue les formes de l'onde de pouls au niveau de l'artère ombilicale (et d'autres artères fœtales) pour évaluer le bien-être du fœtus au cours du troisième trimestre de grossesse.

w Zones où le taux de prévalence de l'ensemble des géohelminthiases est supérieur à 20 %.

x Compatible avec la directive de l'OMS, *Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups* (en anglais) (2017).

y Cette recommandation est compatible avec les directives de l'OMS, *Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1* (en anglais) (2006). Le calendrier d'administration dépend de l'exposition antérieure à la vaccination antitétanique.

z Intégrée à partir des directives trouvés dans la publication de l'OMS, *Guidelines for the treatment of malaria, third edition* (en anglais) (2015), qui indiquent aussi que l'OMS préconise, dans les zones de transmission modérée à forte du paludisme d'Afrique, d'administrer le TPI-SP à toutes les femmes enceintes lors de chaque visite de délivrance des soins prénatals programmée, en débutant le plus tôt possible au cours du deuxième trimestre, sous réserve que les doses de SP soient données à au moins un mois d'intervalle. L'OMS recommande un module d'interventions pour prévenir le paludisme pendant la grossesse, comprenant la promotion et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que le TPI-SP. Pour garantir que les femmes enceintes vivant dans les zones d'endémie débutent le TPI-SP aussitôt que possible au cours du deuxième trimestre, les décideurs devront s'assurer que le système de santé prend contact avec elles à 13 semaines de grossesse.

aa Intégrée à partir des directives de l'OMS, *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV* (en anglais) (2015). On définit un risque substantiel d'infection par le VIH comme la présence d'une incidence des infections à VIH en l'absence de prophylaxie préexposition suffisamment élevée (>3 %) pour rendre l'offre de la PrEP potentiellement économique (ou d'un bon rapport coût/efficacité). Proposer la PrEP à des personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH maximise les bénéfices par rapport aux risques et aux coûts.

D. Interventions face à des signes cliniques courants		
	Recommandation	Type de recommandation
Nausées et vomissements	<b>D.1:</b> Gingembre, camomille, vitamine B6 et/ou acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Brûlures d'estomac	<b>D.2:</b> Des conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie sont recommandés pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations antiacides peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie.	Recommandée
Crampes dans les jambes	<b>D.3:</b> Il est possible d'utiliser du magnésium, du calcium ou des options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Douleurs lombaires et pelviennes	<b>D.4:</b> L'exercice régulier est préconisé pendant la totalité de la grossesse pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes. Il existe un certain nombre de solutions thérapeutiques applicables telles que la kinésithérapie, les ceintures de maintien et l'acupuncture, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Constipation	<b>D.5:</b> On peut utiliser des suppléments à base de son de blé ou d'autres fibres pour soulager la constipation pendant la grossesse si celle-ci ne répond pas aux modifications du régime alimentaire, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Varices et œdèmes	<b>D.6:</b> Des options non pharmacologiques telles que bas et chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau peuvent être appliquées pour prendre en charge les varices et les œdèmes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée

E. Interventions pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals		
	Recommandation	Type de recommandation
Notes de consultation détenues par les femmes	<b>E.1:</b> Il est recommandé que chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse.	Recommandée
Continuité des soins sous la direction de sages-femmes	<b>E.2:</b> Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de soins obstétricaux fonctionnent bien.	Recommandation spécifique au contexte
Soins prénatals de groupe	<b>E.3:</b> Des soins prénatals de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels aux femmes enceintes dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse, en fonction des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénatals de groupe soient disponibles.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)

Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien	<b>E.4.1:</b> La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité. <sup>ab</sup> Les groupes de femmes participatifs représentent une opportunité pour les femmes de discuter de leurs besoins pendant la grossesse, et notamment des obstacles pour parvenir jusqu'aux soins, et également d'améliorer le soutien apporté aux femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte
	<b>E.4.2:</b> Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatales à domicile sont recommandés pour améliorer l'utilisation des soins prénatals et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.	Recommandation spécifique au contexte
Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation des tâches <sup>ac</sup>	<b>E.5.1:</b> La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés <sup>ad</sup> à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommandée
	<b>E.5.2:</b> La délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels recommandés et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommandée
Recrutement et rétention du personnel dans les zones rurales et reculées <sup>ae</sup>	<b>E.6:</b> Les décideurs politiques devront envisager des interventions éducatives, réglementaires, financières et sous forme de soutien personnel ou professionnel pour recruter et retenir du personnel soignant qualifié dans les zones rurales et reculées.	Recommandation spécifique au contexte
Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals	<b>E.7:</b> Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.	Recommandée

ab Intégrée à partir des recommandations de l'OMS, *Recommandation de l'OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d'apprentissage et d'action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs* (2014).

ac Recommandations adaptées et intégrées à partir de la directive concernant l'optimisation de la SMN, trouvé dans la publication de l'OMS *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale* (2012).

ad Y compris la promotion des éléments suivants : comportements de recours aux soins et utilisation des soins prénatals ; préparation à l'accouchement et aux complications ; sommeil sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; soins qualifiés à l'intention du nouveau-né ; accompagnement du travail et de l'accouchement ; conseils nutritionnels ; suppléments nutritionnels ; autres suppléments et interventions spécifiques au contexte ; dépistage du VIH pendant la grossesse ; allaitement exclusif au sein ; soins postnatals et planification familiale ; vaccination en fonction des directives nationales.

ae Recommandation adaptée et intégrée à partir des recommandations de l'OMS, trouvés dans la publication, *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations* (en anglais) (2010).

## Références

1. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012
2. ([http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily\\_ifa\\_supp\\_pregnant\\_women/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/), consulté le 28 septembre 2016).
3. Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
4. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334\\_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1), consulté le 29 septembre 2016).
5. Guideline: calcium supplementation in pregnant women (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
6. Directive : supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
7. Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf), consulté le 4 octobre 2016).
8. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, consulté le 29 septembre 2016).
9. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; [http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia\\_In\\_Pregnancy/en/](http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/), consulté le 29 septembre 2016).
10. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>, consulté le 29 septembre 2016).
11. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/), consulté le 29 septembre 2016).
12. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015 (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
13. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations (en anglais seulement ?). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://www.who.int/tb/publications/Final\\_TB\\_Screening\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
14. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (sous presse).
15. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1 (pas de traduction en français). Genève, Département pour une grossesse à moindre risque, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
16. Guidelines for the treatment of malaria, third edition (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).

17. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
18. Recommandation de l'OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d'apprentissage et d'action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/), consulté le 29 septembre 2016).
19. Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
20. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, consulté le 28 septembre 2016).

# 1. Introduction

## 1.1 Cadre général

Le droit international relatif aux droits de l'homme prévoit des engagements fondamentaux des États pour donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de survivre à leur grossesse et leur accouchement au titre de leurs droits en matière de sexualité et de procréation et de leur droit de vivre dignement (1). L'organisation mondiale de la Santé (OMS) envisage un monde dans lequel « chaque femme enceinte et chaque enfant bénéficient de soins de qualité pendant toute la durée de la grossesse, à l'accouchement et pendant la période postnatale » (2). Cependant, près de 303 000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement (3). Près de 99 % des décès maternels surviennent dans des contextes de faibles ressources et la plupart peuvent être évités (4). De même, près de 2,6 millions d'enfants sont mort-nés en 2015, essentiellement aussi dans des contextes de faibles ressources (5). Néanmoins, on a la preuve qu'il existe des interventions efficaces à un coût raisonnable pour la prévention ou le traitement de toutes les complications potentiellement mortelles (6), et près des deux tiers de la charge de morbidité mondiale liée aux maladies maternelles et néonatales pourraient être atténués par une adaptation optimale et une intégration des résultats de la recherche existants (7). Cependant, une approche fondée sur les droits de l'homme ne se limite pas à éviter la mortalité et la morbidité : elle vise à promouvoir la santé et le bien-être dans le respect de la dignité et des droits.

Les soins prénatals peuvent être définis comme étant les soins dispensés par des professionnels de santé qualifiés aux femmes et adolescentes enceintes afin de garantir les meilleures conditions de santé à la fois pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse. Les soins comprennent l'identification des risques, la prévention et la prise en charge de maladies liées à la grossesse ou concomitantes ainsi que l'éducation sanitaire et la promotion de la santé.

Les soins prénatals réduisent la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales à la fois directement, par la détection et par le traitement de complications liées à la grossesse, et indirectement, par l'identification des femmes et des jeunes filles exposées à un risque accru de développement de complications pendant le travail et l'accouchement, garantissant donc un transfert vers

un établissement offrant un niveau de soins approprié (8). En outre, comme des causes indirectes de morbidité et de mortalité maternelles, telles que des infections par le VIH et le paludisme, contribuent à environ 25 % des décès maternels et des décès évités de justesse (9), les soins prénatals offrent également une importante opportunité d'éviter et de prendre en charge les maladies concomitantes par une prestation de services intégrés (10).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire faible ou intermédiaire, le recours aux soins prénatals a augmenté depuis l'introduction en 2002 du modèle de soins prénatals de l'OMS, appelé « Soins prénatals ciblés » ou « Soins prénatals de base » qui est une approche axée sur les objectifs pour assurer des interventions fondées sur des données factuelles à quatre moments clés pendant la grossesse (11, 12). Cependant, au niveau mondial, pendant la période 2007 - 2014, seulement 64 % des femmes enceintes ont effectué les quatre contacts prénatals recommandés par l'OMS, ce qui suggère qu'il reste encore beaucoup à faire pour traiter les problèmes du recours aux soins prénatals et de la qualité.

Actuellement, les recommandations de l'OMS se rapportant aux soins prénatals systématiques sont fragmentées et publiées dans plusieurs directives et manuels différents. Le manuel de mise en œuvre des soins prénatals ciblés de 2002, par exemple (12), ne contient pas de recommandations pertinentes spécifiques au contexte et celles-ci doivent être recherchées ailleurs. En outre, des preuves concernant les effets négatifs potentiels du modèle de soins prénatals ciblés sont récemment devenues disponibles et doivent être examinées.

La présente directive actualisée et regroupant les informations sur les soins prénatals systématiques a été élaborée par le Département Santé et recherche génésique (RHR) de l'OMS en collaboration avec le Département Nutrition pour la santé et le développement (NHD) ainsi que le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA), en tant que partie du travail normatif de l'OMS appuyant des politiques et des pratiques reposant sur des bases factuelles. Après avoir examiné, actualisé et rassemblé les recommandations de l'OMS relatives aux soins prénatals sur « ce qui » devrait être proposé et « comment » il faudrait le présenter dans cette directive, on espère que les décideurs pourront

plus aisément adapter, adopter et mettre en œuvre ces nouvelles recommandations sur les soins prénatals ; elles sont présentées dans le chapitre 3 et ont également été configurées pour constituer le modèle de soins prénatals de l'OMS 2016, présenté dans le chapitre 4.

Un examen exploratoire servant de base à cette directive a été réalisé et a montré que les femmes souhaitent et attendent des soins prénatals qu'ils « fassent de leur grossesse une expérience positive ».

#### **Une expérience positive pour la grossesse peut être définie comme suit :**

- préserver l'intégrité physique et socioculturelle
- vivre une grossesse saine pour la mère et l'enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès)
- bien vivre le travail et l'accouchement, et
- avoir une expérience positive de la maternité (concept couvrant notamment la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des mères) (13).

Les besoins affectifs, psychologiques et sociaux peuvent être plus importants parmi les adolescentes et les groupes vulnérables (incluant des femmes handicapées, ayant des problèmes de santé mentale, vivant avec le VIH, professionnelles du sexe, déplacées et victimes de guerres, appartenant à des minorités ethniques et raciales, entre autres). C'est pourquoi la présente directive a pour but de fournir un cadre, fondé sur des données factuelles en matière de délivrance de soins prénatals, qui permet à toutes les femmes et adolescentes enceintes d'accéder au type de soin centré sur la personne qu'elles souhaitent et dont elles ont besoin, selon une démarche respectueuse des droits de l'homme. La présente directive sur les soins prénatals entre dans le cadre du travail en cours de l'OMS consistant à élaborer des directives fondées sur des preuves afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux mères et à leurs enfants dans un continuum couvrant les périodes prénatale, intrapartum et postnatale.

## **1.2 Public visé**

Les recommandations de la présente directive doivent servir de base à l'élaboration des politiques de santé et des protocoles cliniques aux niveaux national et local. C'est pourquoi, le public visé par la présente directive comprend les personnes chargées d'élaborer les politiques de santé publique, celles qui les mettent en œuvre et les administrateurs de programmes de santé maternelle et infantile aux niveaux national et local, les organisations

non gouvernementales et autres organisations concernées, les associations professionnelles impliquées dans la planification et la gestion des services de santé maternelle et infantile, les professionnels de santé (notamment, les obstétriciens, les sages-femmes, le personnel infirmier et les médecins généralistes) et le personnel universitaire chargé de la formation des professionnels de santé.

## **1.3 Portée de la directive**

### **Population concernée**

La présente directive concerne toutes les femmes et adolescentes enceintes bénéficiant de soins prénatals dans tout établissement de santé ou dans toute structure communautaire, ainsi qu'à leurs fœtus et nouveau-nés. La directive traite de la détection des complications liées à la grossesse et de la prévention des maladies concomitantes dans le cadre des visites de soins prénatals systématiques mais elle ne couvre pas le traitement ultérieur de complications ou maladies dont la détection entraîne une orientation vers un centre spécialisé pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge supplémentaire ou de soins spécialisés délivrés par un autre prestataire. La prise en charge de femmes et adolescentes présentant une grossesse à haut risque n'entre donc pas dans le champ de la présente directive sur les soins prénatals dont l'objet est de présenter des recommandations sur les soins prénatals systématiques. La présente directive est donc complémentaire de la directive de l'OMS existante traitant des complications liées à la grossesse.

### **Questions prioritaires**

Les questions et résultats prioritaires guidant l'examen et la synthèse des preuves pour les recommandations formulées dans cette directive sur les soins prénatals sont indiqués dans l'Annexe 1 consultable en ligne selon les cinq titres suivants qui correspondent aux cinq types d'interventions traitées dans les recommandations, telles que présentées dans le chapitre 3 de ce document :

#### **A. Interventions nutritionnelles**

#### **B. Evaluation de l'état de la mère et du fœtus**

#### **C. Mesures préventives**

#### **D. Interventions face à des signes cliniques courants**

#### **E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals.**

Pour plus d'informations, voir la section 2.6 : Identification des questions et résultats prioritaires. Les modifications introduites dans la portée validée des questions prioritaires pour la directive figurent dans l'Annexe 2 consultable en ligne.

## Résultats attendus

Les résultats attendus concernaient les issues maternelles et fœtales/néonatales ainsi que l'exactitude des tests et les systèmes de santé (Encadré 1).

### Encadré 1: Résultats attendus de la directive

Issues maternelles	Issues fœtales/néonatales
Infections	Infections néonatales
Anémie	Petite taille pour l'âge gestationnel
Prééclampsie/éclampsie	Faible poids à la naissance
Diabète gestationnel	Prématurité
Mode d'accouchement	Anomalies congénitales
Gain de poids excessif	Macrosomie/grande taille pour l'âge gestationnel
Violence du partenaire sexuel	Mortalité fœtale/néonatale
Effets secondaires	
Soulagement symptomatique	
Mortalité maternelle	
Satisfaction maternelle et/ou appréciation du traitement par les femmes	
Exactitude des tests	Systèmes de santé
Sensibilité et spécificité	Couverture par les soins prénatals
	Accouchement dans un établissement de santé

## 2. Méthodes

La directive a été élaborée selon les méthodes décrites dans le manuel de l'OMS *WHO handbook for guideline development* (14). En résumé, le processus comprend : l'identification des questions et résultats prioritaires, la recherche des preuves, l'évaluation et la synthèse des preuves, la formulation de recommandations, et la planification de la mise en œuvre, la diffusion, l'évaluation de l'impact et l'actualisation de la directive.

### 2.1 Groupe d'orientation de l'OMS

Le Groupe d'orientation de l'OMS qui a guidé l'ensemble du processus d'élaboration de la directive comprenait des membres du personnel de l'OMS du Département Santé et recherche génésique (RHR), du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) et du Département Nutrition pour la santé et le développement (NHD) (voir la liste des membres dans l'Annexe 1). Les conseillers régionaux des Régions de l'OMS ont également participé au processus d'élaboration de la directive. Le Groupe d'orientation a rédigé la formulation initiale de la portée de la directive et les questions relatives aux recommandations clés selon le modèle PICO (population, intervention, comparator, outcome), a identifié les personnes à inviter à participer au projet en tant que méthodologistes de la directive et en tant que membres des équipes d'examen systématique, du Groupe d'élaboration de la directive et du Groupe d'examen externe, a supervisé la recherche et la synthèse des preuves, a organisé les consultations techniques (ou les réunions du GDG), a formulé les recommandations, a finalisé et publié le document de la directive. En outre, le Groupe d'orientation supervisera la diffusion de la directive.

### 2.2 Groupe d'élaboration de la directive

Le groupe d'orientation a identifié et invité 20 experts externes et acteurs concernés des six Régions de l'OMS pour constituer le GDG, assurant une représentation géographique, la parité des sexes et évitant les conflits d'intérêt importants. Le GDG était un groupe diversifié de personnes ayant une expérience en recherche, méthodes d'élaboration de directives, de politiques cliniques et de programmes en lien avec les interventions de soins prénatals et la prestation de services ; il comprenait également un représentant des patients/consommateurs. Les curriculum vitae des membres ont été publiés sur le site Web du Département RHR avant les réunions du

GDG (qui ont eu lieu entre octobre 2015 et mars 2016). À chaque réunion, des sous-groupes ont été invités sur la base de leur expertise.

Les membres du GDG sélectionnés ont apporté leur contribution à la formulation de la portée de la directive, aux questions PICO et à la hiérarchisation des résultats, qui ont guidé les examens des preuves. L'ensemble du GDG a évalué les preuves utilisées pour servir de base à la directive, a donné des conseils sur l'interprétation de ces preuves, a formulé les recommandations finales lors de réunions en face-à-face et a examiné et approuvé le document final de la directive avant sa soumission au Comité d'examen des directives (GRC) de l'OMS pour sa validation. Une liste des membres du GDG figure dans l'Annexe 1.

### 2.3 Groupe d'examen externe

La composition du Groupe d'examen externe était équilibrée géographiquement et en termes de parité des sexes, et aucun conflit d'intérêt important empêchant la participation d'un des membres n'a été constaté (voir la liste des membres dans l'Annexe 1). L'ERG comprenait six membres, notamment des experts techniques et acteurs concernés souhaitant contribuer à la délivrance de soins prénatals fondés sur des données factuelles. Ce groupe a réexaminé le document final de la directive pour identifier d'éventuelles erreurs factuelles et a commenté la clarté du texte, les aspects contextuels et les implications pour la mise en œuvre. Le groupe a veillé à ce que le processus de prise de décision de la directive prenne en compte et intègre les valeurs contextuelles et les préférences des personnes concernées par les recommandations, notamment les femmes enceintes, les professionnels de santé et les décideurs. Il n'entraîne pas dans les attributions de l'ERG de modifier des recommandations préalablement formulées par le GDG.

### 2.4 Groupe de travail technique

Le groupe de travail technique comprenait des équipes d'examen systématique et des méthodologistes de la directive. En ce qui concerne les preuves quantitatives de l'efficacité de différentes interventions, le Groupe « Grossesse et accouchement » - Collaboration Cochrane a contribué à la définition du champ d'application de la directive et a supervisé l'actualisation de tous les examens systématiques pertinents selon les procédures

ordinaires de la Collaboration Cochrane. Le Groupe d'orientation de l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec des méthodologistes du Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), en Argentine, pour évaluer les preuves issues des examens systématiques en utilisant la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (15).

En ce qui concerne les données qualitatives relatives au point de vue des femmes et des professionnels de santé sur les soins prénatals, deux experts en méta-synthèses qualitatives de l'université du Central Lancashire, au Royaume-Uni de Grande Bretagne et en Irlande du Nord (Royaume-Uni), ont systématiquement examiné les études qualitatives et synthétisé les preuves pour étayer la prise de décision du GDG, en collaboration avec le Groupe d'orientation et des méthodologistes de l'Institut norvégien de santé publique.

En outre, des méthodologistes de la Queen Mary University of London, au Royaume-Uni, ont réalisé des examens de l'exactitude des tests de diagnostic concernant les prestations de soins prénatals, en appui à la présente directive. Le Groupe d'orientation a également travaillé en étroite collaboration avec des experts de l'Institut norvégien de santé publique qui ont apporté une contribution sur les questions méthodologiques en rapport avec les outils GRADE, CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research) (16), et DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence) (17) (voir les sections 2.8, 2.10 et 2.11). En outre, le Groupe d'orientation a consulté deux chercheurs de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de l'Institut norvégien de santé publique, qui ont examiné des études de cas dans différents pays pour analyser les questions liées à la mise en œuvre du modèle OMS de soins prénatals ciblés. La liste des membres du groupe de travail technique figure dans l'Annexe 1.

## 2.5 Partenaires et observateurs externes

Des représentants de la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (FIGO), de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont été invités à la réunion finale du GDG en tant qu'observateurs. Toutes ces organisations sont susceptibles de prendre part à la mise en œuvre de la directive proposée ; elles collaborent depuis longtemps avec les Départements Santé et recherche génésique

(RHR) et Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) de l'OMS pour la diffusion et la mise en œuvre de directives.

## 2.6 Identification des questions et résultats prioritaires

Le Département RHR de l'OMS, en collaboration avec des méthodologistes du CREP, a effectué un exercice de cadrage en 2014 pour identifier et ordonner les directives sur la pratique clinique en rapport avec les soins prénatals. Quarante-deux documents comportant des recommandations de soins prénatals ont été identifiés – 15 en lien avec les soins prénatals systématiques et 70 avec des situations spécifiques pertinentes pour les soins prénatals (18). Parmi les 15 études en rapport avec les soins prénatals systématiques, trois ont été publiées par l'OMS (19-21), tandis que les autres ont été publiées par des organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) en Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, à Hong Kong, en Inde, au Japon, en Pologne et au Royaume-Uni. De même, parmi les 70 directives en rapport avec des situations spécifiques pertinentes pour les soins prénatals, 91% provenaient du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis, c'est-à-dire de pays à revenu élevé, alors que les pays à revenu faible ou intermédiaire étaient faiblement représentés. Aucune directive récente, actualisée et pertinente pour les soins prénatals systématiques qui soit acceptable dans des contextes de ressources différents n'a été identifiée. Cet exercice de cadrage a également servi de base au choix des résultats attendus de la directive sur les soins prénatals, laquelle a été complétée par des résultats identifiés par une recherche préliminaire d'examen systématiques essentiels en rapport avec la période prénatale dans la base de données Cochrane d'examen systématiques.

Sur la base de ces étapes initiales, le Groupe d'orientation de l'OMS a élaboré un cadre de discussion lors d'une réunion de cadrage qui s'est tenue en avril 2014 à Genève afin d'identifier les questions prioritaires relatives aux prestations de soins prénatals et de servir de base à la définition du champ d'application de la directive en termes d'approche, de cible, de questions et de résultats. Au cours de cette réunion, il a été décidé que la portée de la présente directive devait être axée en priorité sur l'applicabilité des interventions dans les contextes des pays à revenu faible ou intermédiaire. On a estimé que les tests génétiques spécifiques pour la détection d'affections héréditaires sortaient du cadre de la présente directive. En outre, le processus de cadrage a mis en évidence la nécessité d'identifier les interventions et les résultats centrés sur les femmes pour les soins prénatals. À cette fin, une analyse

qualitative systématique a été effectuée pour comprendre les souhaits de la femme, ses besoins et ce qui compte pour elle dans la grossesse et les soins prénatals. (22). Les résultats de cet examen systématique suggèrent que le résultat principal pour les femmes enceintes est une « expérience positive de la grossesse » (telle que définie dans la section 1.1), ce qui nécessite des pratiques cliniques efficaces (interventions et tests), des informations pertinentes et fournies en temps utile ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, prodigués par des praticiens ayant de bonnes compétences cliniques et relationnelles, dans un système de santé qui fonctionne bien. Initialement, une liste des résultats de soins prénatals a été établie pour l'ensemble de la période de soins prénatals. Cependant, en raison des différences importantes entre les types d'interventions et l'éventail des résultats potentiels, ces résultats ont été hiérarchisés séparément pour chacune des questions. À partir des informations tirées de l'analyse qualitative des opinions des femmes, notamment les valeurs et préférences liées aux soins prénatals, nous avons inclus l'évaluation de la satisfaction maternelle pour une intervention particulière et le classement maternel de l'utilité d'une intervention particulière.

Pendant tout le processus de cadrage, le Groupe d'orientation a consulté des membres d'autres départements de l'OMS qui ont publié des directives ayant des incidences pour la période prénatale et a intégré leur rétro-information et leur expertise technique dans la définition de la portée. Le processus et l'approche ont également été présentés à un certain nombre de réunions et de conférences internationales entre avril 2014 et mars 2015 pour susciter d'autres rétro-informations de la part des acteurs concernés.

Ce processus de cadrage et de consultation a débouché sur l'identification de questions et résultats prioritaires en termes d'efficacité des pratiques cliniques, d'exactitude des tests et d'interventions des systèmes de santé pour que la grossesse soit une expérience positive, ce qui inclut la bonne santé de la mère et de l'enfant. La liste de ces questions et résultats figure dans l'Annexe 1 consultable en ligne.

## 2.7 Recommandations concernant les soins prénatals dans d'autres directives de l'OMS

Afin d'éviter les doublons et de garantir une harmonisation des recommandations dans les différents départements et publications de l'OMS, nous avons recherché toutes les directives approuvées par le Comité d'examen des directives de l'OMS et avons identifié 21 directives contenant des recommandations pertinentes pour les soins

prénatals (voir l'Annexe 2). Ces recommandations ont été rapprochées des questions prioritaires pour cette nouvelle directive et le Groupe d'orientation a pris contact avec les départements et unités techniques de l'OMS qui avaient publié la directive concernée pour établir une collaboration avec ces derniers durant tout le processus d'élaboration de cette nouvelle directive. Les recommandations identifiées dans d'autres directives de l'OMS qui traitent de la santé et de l'identification de facteurs de risque (par exemple, tabagisme, VIH) pendant les soins prénatals ont été considérées comme entrant dans le cadre de la présente directive, tandis que les recommandations sur la prise en charge et le traitement des facteurs de risque, les complications et les maladies concomitantes ont été jugées en dehors du cadre de la directive ; l'utilisateur de la présente directive est invité à se rapporter à la recommandation de l'OMS particulière pertinente via un lien sur le Web permettant d'accéder également aux « remarques » faisant suite à chaque recommandation.

## 2.8 Cible et approche

Pour saisir et examiner la nature complexe des questions importantes pendant la période de soins prénatals dans le contexte des systèmes de santé et du continuum de soins, la présente directive est centrée sur l'ensemble de soins prénatals essentiels que toutes les femmes et adolescentes enceintes devraient recevoir, en conservant la possibilité d'utiliser une variété d'options selon le contexte spécifique au pays concerné (c'est-à-dire en termes de contenu du modèle, de personnes délivrant les soins, de l'endroit où ils sont délivrés et de la mesure dans laquelle ils répondent aux besoins des femmes). Dès lors, les questions principales traitées dans la présente directive sont centrées sur les points suivants :

- **Quelles** sont les pratiques fondées sur des données factuelles pendant la période de soins prénatals permettant d'améliorer les résultats en lien avec les thèmes suivants ?
  - interventions nutritionnelles (voir section 3.A)
  - évaluation de l'état de la mère et du fœtus (voir section 3.B)
  - mesures préventives (voir section 3.C)
  - interventions face à des signes cliniques courants (voir section 3.D)
- **Comment** ces pratiques fondées sur des données factuelles devraient-elles être exercées pour améliorer les résultats ?
  - interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals (voir section 3.E).

La présente directive est centrée sur l'ensemble de soins prénatals essentiels que toutes les femmes et adolescentes enceintes devraient recevoir au cours des visites systématiques de soins prénatals. La prise en charge des complications ou maladies concomitantes ou facteurs de risque nécessitant un traitement supplémentaire ou des soins spécialisés et un suivi est jugée en dehors du cadre de la présente directive.

Le cadre DECIDE est un outil qui a été élaboré pour aider les décideurs à prendre en compte un ensemble de critères pertinents, notamment les avantages, les inconvénients, les valeurs, les ressources, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité (17). Pour synthétiser et examiner les preuves dans les différents domaines de DECIDE (voir section 2.11), le travail préparatoire relatif à la directive sur les soins prénatals a été organisé selon cinq axes de travail, en utilisant à la fois des sources de données quantitatives et qualitatives, comme résumé dans l'Encadré 2.

## 2.9 Identification et recherche de preuves

Les preuves sur lesquelles est fondée la présente directive ont été obtenues à partir d'un certain nombre de sources par le Groupe de travail technique de méthodologistes et les équipes procédant à l'examen systématique des preuves qui ont collaboré étroitement avec le Groupe d'orientation. Les preuves relatives à l'efficacité ont été principalement obtenues à partir d'examen Cochrane d'essais cliniques randomisés (ECR). Le Groupe d'orientation, en collaboration avec le Groupe Cochrane « Grossesse et accouchement » et les méthodologistes du CREP, a initialement identifié

l'ensemble des examens systématiques Cochrane et des protocoles en rapport avec les soins prénatals. Le fichier Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register<sup>1</sup> a été consulté pour y rechercher de nouveaux essais et les examens systématiques concernés ont été actualisés en conséquence. L'actualisation ou les compléments apportés aux examens Cochrane relevaient d'un processus collaboratif entre auteurs des différents examens, l'équipe du Groupe Cochrane « Grossesse et accouchement » et les méthodologistes du CREP.

Dans l'évaluation de la qualité des études individuelles incluses dans les examens Cochrane portant sur des études d'intervention, des méthodes spécifiques et explicites ont été appliquées pour évaluer le risque de biais en utilisant six critères standard présentés dans *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (23). Chaque étude retenue a été évaluée et classée par les examinateurs comme présentant un risque de biais faible, élevé ou incertain pour la génération de séquences, l'assignation secrète, la mise en aveugle du personnel et des participants de l'étude, l'attrition, la notification sélective et autres sources de biais, telles que le biais de publication. L'évaluation de ces six critères permet de déterminer

1 Le fichier Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register est tenu par le coordonnateur du Pregnancy and Childbirth Group Trial Search et contient des essais identifiés à partir de : recherches mensuelles dans le fichier Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) ; recherches hebdomadaires sur MEDLINE ; recherches hebdomadaires sur Embase ; recherches manuelles dans 30 revues et comptes rendus de conférences majeures ; alertes hebdomadaires « current awareness » pour 44 autres revues ; et alertes mensuelles par courrier électronique BioMed Central (24). Pour plus d'informations, voir : <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>

### Encadré 2 : Cinq axes de travail pour la préparation de la directive sur les soins prénatals

Axes de travail	Méthodologie	Évaluation des preuves
Interventions particulières pour les pratiques cliniques et les prestations de soins prénatals	Examens d'efficacité, examens systématiques	GRADE
Tests prénatals	Examens de l'exactitude des tests de diagnostic	GRADE
Obstacles et éléments facilitant l'accès aux soins prénatals et à leur délivrance	Synthèse des preuves qualitatives	GRADE-CERQual
Examen des programmes à grande échelle/études de cas dans différents pays	Examen d'approches combinées, centré sur les facteurs contextuels et les facteurs propres au système de santé qui affectent la mise en œuvre	Sans objet
Interventions au niveau du système de santé pour améliorer l'accès aux soins prénatals et à leur délivrance	Examens de l'efficacité	GRADE

un risque global de biais qui indique l'importance et la direction probable du biais et comment il est susceptible d'impacter les résultats de l'examen.

Le Groupe d'orientation de l'OMS et les méthodologistes du groupe de travail technique ont déterminé dans quelle mesure chaque examen systématique Cochrane était approprié pour constituer la base de données factuelles pour les questions clés PICO. Pour les examens appropriés, les méthodologistes du CREP ont recherché les preuves en rapport avec les résultats de la directive sur les soins prénatals, qui ont été évaluées selon des procédures opératoires standard approuvées par le Groupe d'orientation.

Lorsque l'examen d'une question prioritaire était de faible qualité ou en l'absence d'un examen systématique, un nouvel examen systématique a été mandaté auprès d'experts externes. Cela a été le cas pour toutes les revues de l'exactitude de tests diagnostiques, les analyses qualitatives sur les opinions des femmes et celles des prestataires de soins prénatals et l'analyse sur les « facteurs affectant la mise en œuvre des interventions de soins prénatals au niveau du pays ». Dans ces situations, les chercheurs externes ont été priés de préparer des protocoles standard avant de commencer les examens systématiques, en incluant des questions PICO claires, des critères pour l'identification des études (notamment, des stratégies de recherche dans différentes bases de données bibliographiques), des méthodes d'évaluation du risque de biais et le plan d'analyse des données. Les protocoles ont été examinés et validés par le Groupe d'orientation et par des experts du domaine sélectionnés parmi les membres du GDG. Des spécialistes en recherche d'informations de l'OMS ont examiné les stratégies de recherche.

Pour trois questions relatives aux systèmes de santé (notes de consultation détenues par les femmes, soins prénatals de groupe et interventions pour communiquer avec les femmes enceintes et les soutenir), outre les preuves issues de l'analyse Cochrane, des preuves indirectes ont été recherchées en raison du faible nombre de preuves directes. Ce travail a été mandaté auprès d'experts de l'Institut norvégien de santé publique qui ont mené une recherche systématique de preuves indirectes sur les effets de ces interventions au cours des cinq années précédentes (de janvier 2011 à janvier 2016) mais n'ont pas trouvé de preuves supplémentaires.

Les examens de l'exactitude des tests diagnostiques d'hémoglobine et d'urine ont été mandatés auprès des méthodologistes de la Queen Mary University de Londres, au Royaume-Uni. Pour ces analyses, les recherches ont

été effectuées sur Embase, LILACS, MEDLINE (OVID), SCOPUS et Web of Science depuis le début jusqu'à janvier 2015 ; les recherches dans la littérature grise ont été effectuées sur GreyOpen.

Deux analyses quantitatives ont été mandatées auprès d'experts de l'University of Central Lancashire, Royaume-Uni :

1. Pour étudier les opinions, attitudes et expériences des femmes enceintes et en période postnatale dans des pays à revenu élevé, moyen et faible en relation avec des facteurs qui peuvent constituer des obstacles ou faciliter leur recours aux prestations de soins prénatals systématiques.
2. Pour étudier les opinions, attitudes et expériences des prestataires de soins dans des pays à revenu élevé, moyen et faible en relation avec des facteurs qui peuvent constituer des obstacles ou faciliter la délivrance de soins prénatals systématiques de bonne qualité par ces prestataires.

Les études publiées avant 2000 ont été exclues pour s'assurer que les données reflètent le point de vue de la génération actuelle de femmes qui peuvent recevoir des soins prénatals et celui de la génération actuelle de prestataires de soins prénatals. Cette période a également été choisie pour prendre en compte la période postérieure à l'introduction en 2002 des soins prénatals ciblés de l'OMS ou modèle de soins prénatals de base qui comprend quatre visites de soins prénatals ciblées (12).

Enfin, deux chercheurs de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de l'Institut norvégien de santé publique ont entrepris un examen d'études de cas mentionnant les expériences de différents pays. Cet examen était axé sur les méthodes d'adoption et de mise en œuvre du modèle de soins prénatals ciblés de l'OMS, sur les problèmes rencontrés par les utilisateurs des services et par d'autres acteurs concernés, et sur un contexte élargi. Les données ont été collectées à partir d'études publiées, de rapports et autres documents d'orientation (voir le complément consultable en ligne<sup>2</sup> pour la stratégie de recherche), et à partir d'entretiens semi-structurés avec des acteurs clés pour chaque étude de cas dans différents pays, à savoir l'Argentine, le Kenya, la Thaïlande et la République unie de Tanzanie.

L'ensemble du processus d'élaboration des examens systématiques était itératif, les méthodologistes étant en constante communication avec le Groupe d'orientation

2 Consultable sur: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)

pour discuter des problèmes et s'accorder sur des solutions. Les stratégies d'identification et recherche de preuves figurent dans le supplément consultable en ligne.

## 2.10 Évaluation de la qualité et classement des preuves

L'approche GRADE (15) a été utilisée pour évaluer la qualité des preuves quantitatives concernant tous les résultats critiques identifiés dans les questions PICO et un profil GRADE a été préparé pour chaque résultat quantitatif correspondant à chaque question PICO. En conséquence, la qualité de la preuve a été classée en « élevée », « modérée », « faible » ou « très faible » pour chaque résultat sur la base d'un ensemble de critères. Les ECR ont fourni des preuves de « qualité élevée » tandis que les essais non randomisés et les études d'observation ont fourni des preuves de « faible qualité ». Cette notation de la qualité de référence a ensuite été abaissée pour tenir compte du risque de biais, d'incohérences, d'imprécisions, du caractère indirect des données et du biais de publication. Pour les études d'observation, d'autres éléments, tels que l'ampleur de l'effet, ont été pris en compte, entraînant éventuellement un relèvement de la notation en l'absence de limitations indiquant la nécessité de son abaissement. La notation des preuves de la revue Cochrane et des preuves de l'exactitude des tests diagnostiques a été effectuée par le CREP et les méthodologistes de la Queen Mary University of London, respectivement, selon des procédures opératoires standard approuvées par le Groupe d'orientation.

Les études identifiées pour les analyses qualitatives ont été soumises à un système simple d'évaluation de la qualité en utilisant un instrument validé classant les études selon 11 critères, puis en leur attribuant un score allant de A à D, D indiquant la présence de failles importantes susceptibles d'affecter la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et/ou la possibilité de confirmer l'étude (25). Les études classées D ont été exclues en raison de leur faible qualité.

La qualité des résultats des analyses qualitatives a été évaluée en utilisant l'outil GRADE-CERQual (16, 26). Cet outil, qui utilise une approche conceptuelle similaire à celle d'autres outils GRADE, fournit une méthode transparente pour évaluer et estimer le niveau de confiance qui peut être attribué dans les analyses de recherche qualitative. L'équipe chargée des analyses qualitatives a utilisé l'outil GRADE-CERQual pour évaluer la confiance attribuable aux résultats des analyses qualitatives classés selon les domaines de preuve sur les valeurs, l'acceptabilité et la faisabilité en fonction de quatre composantes : limitations méthodologiques des études individuelles, adéquation des

données, cohérence et pertinence, par rapport à la question analysée, des études individuelles contribuant aux résultats de l'analyse.

## 2.11 Formulation des recommandations

Le Groupe d'orientation a supervisé et finalisé la préparation des résumés des preuves et des profils de preuves en collaboration avec les méthodologistes de la directive, en utilisant le cadre DECIDE (17). DECIDE est un outil permettant d'aller des preuves à la décision, qui inclut des éléments explicites et systématiques à prendre en compte dans six domaines : effets, valeurs, ressources, équité, acceptabilité et faisabilité. Pour chaque question prioritaire, l'impact de l'intervention dans chacun de ces domaines est évalué afin d'apporter des informations et d'orienter le processus de prise de décision. En utilisant le cadre DECIDE, le Groupe d'orientation a élaboré des documents de synthèse pour chaque question prioritaire couvrant les preuves dans chacun des six domaines.

- **Effets:** Les preuves concernant les issues maternelles et périnatales ont été décrites. Lorsque les avantages surpassaient clairement les inconvénients, ou vice versa, un jugement clair en faveur ou en défaveur de l'option, respectivement, était plus vraisemblable. L'incertitude à propos des avantages ou des inconvénients nets ainsi qu'à propos de faibles avantages nets a souvent entraîné une décision ne favorisant ni l'intervention, ni l'option comparée. Plus élevé est le niveau de certitude des preuves relatives aux avantages pour l'ensemble des résultats, plus élevée est la probabilité d'une décision en faveur de l'intervention.
- **Valeurs:** Il s'agit de l'importance relative attribuée aux résultats de l'intervention par les personnes qui en bénéficient, de la façon dont l'importance varie dans un contexte donné et d'un contexte à l'autre, et de l'incertitude associée ou non à cette importance. La directive sur les soins prénatals a été étayée par un examen exploratoire sur les attentes des femmes relatives aux soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes estimaient généralement qu'une « expérience positive de la grossesse » était obtenue par trois composantes des soins prénatals, chacune de même importance : des prestations de pratiques cliniques efficaces (interventions et tests), des informations pertinentes et fournies en temps utile ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, l'ensemble étant prodigué par des praticiens ayant de bonnes compétences cliniques et relationnelles, dans un système de santé fonctionnant efficacement. Les

examineurs avaient une confiance élevée dans les preuves. Les interventions facilitant cet ensemble de résultats étaient donc plus susceptibles de conduire à une décision favorable à l'intervention.

■ **Ressources:** Les ressources les plus pertinentes dans le cadre de la mise en œuvre des interventions de soins prénatals dans la présente directive comprennent principalement les coûts pour pouvoir disposer des médicaments, des fournitures, du matériel et de ressources humaines compétentes. Une décision respectivement en faveur ou en défaveur de l'intervention était sans ambiguïté lorsque les ressources étaient clairement avantageuses ou désavantageuses. L'évaluation des coûts s'est basée sur des estimations notifiées au cours du processus de recherche de preuves, sur un rapport de 2013 ayant pour objet les hypothèses relatives au traitement (27), sur le répertoire de l'OMS des technologies médicales novatrices dans des contextes de faibles ressources (WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings) (28), ainsi que sur les expériences et opinions des membres du GDG. Il a été reconnu que les coûts réels des interventions dépendaient spécifiquement du contexte et n'étaient pas applicables à une directive mondiale.

■ **Équité:** Cette section repose sur les informations contenues dans le rapport de l'OMS de 2015 sur les inégalités en matière de santé maternelle, des nouveau-nés et de l'enfant, qui a montré que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales ont une moins bonne couverture de soins prénatals et des issues de la grossesse plus défavorables que les femmes plus favorisées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (29). La santé de leurs nouveau-nés est également plus compromise. Dès lors, les décisions seront vraisemblablement plus favorables aux interventions si elles permettent de réduire les différences sanitaires entre les différents groupes de femmes et leurs familles.

■ **Acceptabilité:** Les preuves qualitatives obtenues à partir des examens systématiques sur les valeurs et préférences des femmes et des prestataires ont servi de base au choix des décisions dans ce domaine. Une décision en faveur de l'intervention est d'autant moins probable que l'acceptabilité est faible.

■ **Faisabilité:** La faisabilité est déterminée par des facteurs tels que les ressources disponibles, les

infrastructures et la formation. Les décisions dans ce domaine ont été fondées sur des preuves qualitatives obtenues à partir des examens systématiques et des études de cas dans différents pays. La présence d'obstacles rend moins probable une décision en faveur de l'intervention.

Des preuves supplémentaires concernant les effets négatifs potentiels ou des conséquences non désirées ont été décrites dans les sous-sections « Autres éléments pris en compte » de chaque synthèse de preuves (voir le texte de chaque recommandation présentée dans le Chapitre 3).

Trois types de projets de recommandations ont été émis :

- Recommandé
- Recommandation spécifique au contexte :
  - uniquement dans le contexte d'une recherche approfondie
  - uniquement avec un suivi et une évaluation ciblés
  - uniquement dans d'autres contextes spécifiques.
- Non recommandé

En l'absence de preuve concernant les avantages, la preuve d'un effet négatif potentiel a entraîné une recommandation en défaveur de cette option. Lorsque des preuves d'effets négatifs potentiels ont été trouvées pour certaines interventions qui présentaient également des avantages importants, celles-ci ont plutôt fait l'objet de recommandations spécifiques au contexte en fonction du niveau de certitude des preuves relatives à l'effet négatif et de son impact vraisemblable (avec mention explicite du contexte).

Ces synthèses de preuves et projets de recommandations, notamment les tableaux GRADE et d'autres documents afférents, ont été soumis aux membres du GDG pour recueillir leurs commentaires préalablement à une série de trois consultations techniques sur la directive sur les soins prénatals. Le niveau de certitude des preuves en termes d'efficacité a été systématiquement indiqué dans le texte conformément à la recommandation sur la notification des preuves examinées proposée par le Groupe Cochrane sur l'efficacité des pratiques et l'organisation des soins (Cochrane Effective Practice and Organization of Care, EPOC) (30).

Les membres du GDG et d'autres participants ont ensuite été invités à participer aux trois consultations techniques (appelées également réunion GDG) organisées au siège de l'OMS à Genève, en Suisse, les deux premières en octobre 2015 et la troisième en mars 2016 (voir la liste complète des participants dans l'Annexe 1) pour examiner les preuves

et formuler des recommandations dans le cadre de la directive sur les soins prénatals. Lors de ces réunions, sous la direction du président du GDG, les membres du GDG ont examiné les synthèses de preuves, les projets de recommandations et tous les commentaires reçus en retour en tant qu'observations préliminaires. Les réunions avaient pour but d'atteindre un consensus sur chaque décision et chaque recommandation, notamment son objectif et le contexte (le cas échéant), et de débattre de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation ainsi que des priorités de recherche en rapport avec les recommandations.

## 2.12 Prise de décision pendant les réunions du GDG

Un protocole clair a été appliqué lors des réunions du GDG. Chacune des trois réunions était conçue pour permettre aux participants de discuter de chacun des projets de recommandations préparés par le Groupe d'orientation. Si nécessaire, chacune de ces recommandations était révisée selon un processus de discussion de groupe. L'adoption finale de chaque recommandation a été confirmée par consensus (c'est-à-dire un accord unanime de l'ensemble des membres du GDG). Lors de ces réunions, le GDG a également déterminé le contexte des recommandations par le même processus de consensus, basé sur des discussions quant à l'équilibre des preuves des avantages et des inconvénients des interventions dans les domaines évalués. Lorsque les membres du GDG étaient incapables d'atteindre un consensus, la recommandation controversée ou toute autre décision a été soumise au vote à main levée.

## 2.13 Déclaration d'intérêt des contributeurs externes

Conformément au manuel de l'OMS pour l'élaboration de directives (*WHO handbook for guideline development*) (14), tous les membres du GDG, les membres de l'ERG et autres collaborateurs externes ont été priés de déclarer par écrit tout conflit d'intérêt (lié à des activités universitaires, de nature financière ou autre) au moment de leur invitation à participer au processus d'élaboration de la directive sur les soins prénatals. Le formulaire OMS normalisé pour la déclaration d'intérêt a été rempli et signé par chaque expert et envoyé par courrier électronique à l'conseiller technique chargé de cette tâche. Le Groupe d'orientation de l'OMS a examiné tous les formulaires de déclaration d'intérêt avant de finaliser les invitations des experts à participer au processus d'élaboration de la directive. Tous les experts ont été informés qu'ils devaient notifier à l'conseiller technique tout changement pertinent survenant en cours de processus afin de mettre à jour et d'examiner les conflits

d'intérêt en conséquence. En outre, les experts ont été priés de soumettre un curriculum vitae par courrier électronique en même temps que le formulaire de déclaration d'intérêt. L'conseiller technique responsable a rassemblé et examiné les formulaires de déclaration d'intérêt signés ainsi que les curriculum vitae, en concertation avec le directeur du Département Santé et recherche génésique de l'OMS et, avec l'aide du Groupe d'orientation, a déterminé s'il existait un conflit d'intérêt. Lorsqu'un conflit d'intérêt était déclaré, le Groupe d'orientation a déterminé s'il était suffisamment important pour affecter la capacité de la personne à avoir des avis objectifs sur les preuves ou les recommandations. Pour garantir la cohérence, le Groupe d'orientation a appliqué les critères d'évaluation de gravité d'un conflit d'intérêt du document de l'OMS *WHO handbook for guideline development* (14).

Toutes les informations tirées des déclarations de conflit d'intérêt ont été gérées au cas par cas conformément aux directives de l'OMS relatives aux déclarations d'intérêt. Lorsqu'un conflit d'intérêt n'a pas été considéré comme suffisamment important pour poser un risque pour le processus d'élaboration de la directive ou pour réduire sa crédibilité, l'expert a seulement été prié de déclarer ce conflit à la réunion du GDG et aucune autre mesure n'a été prise. Les conflits d'intérêt qui ont amené le personnel de l'OMS à prendre des mesures sont apparus lorsque les experts avaient effectué des recherches préalables ou un examen systématique en rapport avec une quelconque des recommandations de la directive ; dans de tels cas, les experts n'ont pas été autorisés à participer aux discussions et/ou à la formulation des recommandations en rapport avec le domaine de leur conflit d'intérêt. Lors de la réunion finale du GDG, les membres ont été à nouveau priés de déclarer ouvertement tout conflit d'intérêt à l'ensemble du groupe et de soumettre une version signée et actualisée de leurs déclarations d'intérêt antérieures. Une synthèse des déclarations d'intérêt et des informations sur la manière dont les conflits d'intérêt ont été gérés figurent dans l'Annexe 3.

## 2.14 Préparation des documents et examen par des pairs

Après ces trois réunions du GDG, les membres du Groupe d'orientation ont préparé un projet de document complet de la directive, révisions incluses, reflétant les délibérations et les décisions des participants au GDG. Ce projet de directive a ensuite été envoyé par courrier électronique aux participants pour qu'ils fassent d'autres commentaires avant de l'envoyer à l'ERG. Le Groupe d'orientation a soigneusement évalué les informations fournies par

les examinateurs pairs en vue de leur inclusion dans le document de la directive et a procédé aux révisions du projet de directive si nécessaire. Après les réunions du GDG et le processus d'examen par des pairs, les autres modifications de la directive par le Groupe d'orientation se sont limitées à des corrections d'erreurs factuelles et à des améliorations rédactionnelles pour éviter tout manque de clarté. La version révisée finale a été renvoyée par courrier électronique au GDG pour validation finale.

## 2.15 Présentation du contenu de la directive

Un résumé des recommandations est présenté dans le Tableau 1 figurant dans le résumé d'orientation au début de la présente directive. L'évaluation des preuves étant basée sur plusieurs résultats et six domaines (effets, valeurs, ressources, équité, acceptabilité, faisabilité) pour chaque recommandation, nous n'avons pas indiqué les décisions relatives à la qualité des preuves dans ce tableau résumé. Les tableaux résumés des principaux éléments pris en compte (notamment le niveau de certitude des preuves relatives aux effets) pour chaque recommandation figurent dans l'Annexe 3 consultable en ligne.

La section « Preuves et recommandations » de la directive (Chapitre 3) fait la synthèse des preuves et autres éléments examinés par le GDG lors des consultations techniques. Pour améliorer la lisibilité, le domaine « Attentes » a été décrit (et mis en évidence dans un encadré intitulé « Attentes des femmes ») au début de chaque sous-section pour les cinq types d'interventions, plutôt que pour chaque recommandation, pour éviter les répétitions. Le langage utilisé pour interpréter les preuves issues de la revue Cochrane sur les effets est conforme à l'approche sur l'efficacité des pratiques et l'organisation des soins (EPOC) (30). Les preuves dont le niveau de certitude a été évalué comme très faible ne sont pas présentées dans le texte mais figurent dans le supplément consultable en ligne.

Le Groupe d'orientation a rassemblé les recommandations dans la présente directive à partir d'autres directives récentes de l'OMS, approuvées par le GRC, en rapport avec la délivrance de soins prénatals complets, intégrés et systématiques destinés aux femmes dans certains contextes ou pour certaines affections. Dans la plupart des cas, ces recommandations sont identiques à celles qui figurent dans la directive spécifique correspondante. Lorsque nous avons intégré des recommandations, leur force et la qualité des preuves, telles que déterminées par les GDG respectifs dans ces autres directives, ont été notées dans la section « Remarques » de la recommandation. Il est spécifié, dans une note de bas de page dans la présente directive sur les soins prénatals, à partir de quelle autre directive ces recommandations ont été intégrées. Quelques recommandations ont nécessité une adaptation pour les besoins de la directive sur les soins prénatals et le Groupe d'orientation a consulté les départements de l'OMS qui avaient élaboré ces recommandations spécifiques pour confirmer que les adaptations étaient cohérentes avec les recommandations d'origine. Il est spécifié, dans une note de bas de page dans la présente directive sur les soins prénatals, à partir de quelle autre directive ces recommandations ont été adaptées et intégrées. On peut citer à titre d'exemple la recommandation sur la délégation de tâches dans laquelle les recommandations relatives à de multiples interventions ont été adaptées exclusivement aux interventions de soins prénatals systématiques. Dans tous les cas, les utilisateurs de la présente directive doivent se reporter à la recommandation spécifique de l'OMS pour plus de détails, notamment les éléments pris en compte pour la mise en œuvre de ces recommandations. La mise en œuvre de la directive et des recommandations sur les soins prénatals est traitée dans le Chapitre 4 et les éléments pris en compte pour la mise en œuvre, en rapport avec chaque recommandation du GDG, figurent dans l'Annexe 4.

## 3. Preuves et recommandations

La présente directive sur les soins prénatals comprend 39 recommandations adoptées par le Groupe d'élaboration de la directive, et 10 recommandations en rapport avec les soins prénatals qui ont été regroupées dans la présente directive à partir d'autres directives existantes de l'OMS, récemment approuvées par le Comité d'examen des directives. Les preuves concernant l'efficacité des interventions proviennent de 47 revues systématiques (41 revues systématiques Cochrane, deux revues de l'exactitude des tests et quatre revues non Cochrane d'études non randomisées) et ont été synthétisées dans des tableaux GRADE. Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a apporté des informations sur leurs attentes. Deux examens systématiques qualitatifs sur les opinions des femmes et des prestataires et un examen d'études de cas dans différents pays ont apporté des preuves concernant l'acceptabilité et la faisabilité des interventions. Les recommandations du GDG ont été également étayées par des preuves et des considérations relatives à l'équité et aux ressources.

Ce chapitre présente les recommandations, associées aux résumés descriptifs correspondants et groupées selon le type d'intervention, à savoir :

### A. Interventions nutritionnelles

### B. Evaluation de l'état de la mère et du fœtus

### C. Mesures préventives

### D. Interventions face à des signes cliniques courants

### E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals.

Les tableaux GRADE correspondant aux recommandations sont désignés dans cette section « tableaux des recommandations fondées sur des preuves » et sont numérotés selon les recommandations spécifiques auxquelles ils se réfèrent. Ces tableaux sont présentés séparément dans le supplément à ce document consultable en ligne.<sup>3</sup> Les tableaux des preuves, sur lesquelles s'appuient les décisions, reprennent les opinions du GDG en rapport avec les preuves et les considérations relatives à l'ensemble des domaines et sont présentés dans l'Annexe 3 consultable en ligne de la présente directive. En outre, les considérations sur la mise en œuvre et les recherches prioritaires en rapport avec ces recommandations, basées sur les discussions du GDG pendant les consultations techniques, figurent dans les chapitres suivants de la directive (Chapitre 4 : Mise en œuvre de la directive et des recommandations sur les soins prénatals; Chapitre 5 : Conséquences pour la recherche).

<sup>3</sup> Consultable sur : [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)

# A. Interventions nutritionnelles

## Cadre général

La grossesse nécessite un régime sain qui comprend un apport énergétique, en protéines, vitamines et sels minéraux, répondant aux besoins de la mère et de fœtus. Cependant, pour de nombreuses femmes enceintes, l'apport alimentaire sous forme de légumes, de viande, de produits alimentaires et de fruits est souvent insuffisant pour couvrir ces besoins, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où des carences alimentaires multiples coexistent souvent. Dans les pays à faibles ressources de l'Afrique subsaharienne, d'Asie du centre-sud et d'Asie du sud-est, la prévalence de la dénutrition maternelle est élevée et est reconnue comme étant un déterminant clé des issues périnatales défavorables (31). Cependant, l'obésité et le surpoids sont également associés à des issues de la grossesse défavorables et de nombreuses femmes dans divers contextes présentent des prises de poids excessives pendant la grossesse. Alors que, historiquement, l'obésité était associée à la prospérité, certaines preuves indiquent un basculement de la charge de surpoids et d'obésité des populations privilégiées vers les populations défavorisées (32).

L'anémie est associée à des carences en fer, en folate et en vitamine A. On estime qu'elle affecte 38,2 % des femmes enceintes dans le monde, la prévalence étant la plus élevée dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est (48,7 %) et d'Afrique (46,3 %), moyenne dans la Région de la Méditerranée orientale (38,9 %) et la plus faible dans les Régions de l'OMS du Pacifique occidental (24,3 %), des Amériques (24,9 %) et d'Europe (25,8 %) (33).

Les principaux facteurs contribuant à l'anémie sont notamment les infections parasitaires telles que le paludisme, l'ankylostomiase et la schistosomiase, dans des régions dans lesquelles ces infections sont endémiques. En outre, des infections chroniques, telles que la tuberculose et le VIH, ainsi que des hémoglobinopathies, telles que l'anémie falciforme, contribuent à la prévalence de l'anémie. On estime que 0,8 million de femmes enceintes dans le monde souffrent d'anémie sévère (définie par une concentration d'hémoglobine sanguine < 70 g/l) (33). Pendant la grossesse, une anémie sévère est associée à un risque accru de mortalité maternelle et infantile (34). On estime que près de la moitié des

anémies observées chez les femmes enceintes peut être traitée par une supplémentation en fer (33) : cependant, l'effet de ce traitement peut être très variable et sera vraisemblablement beaucoup plus faible dans les zones d'endémie du paludisme.

Non seulement la carence en fer provoque une anémie, mais elle affecte aussi négativement l'utilisation des sources d'énergie par les muscles et, partant, la capacité physique et la performance au travail ; elle affecte également négativement le statut immunitaire et la morbidité due aux infections (35). Il existe également un lien entre l'observation de malformations du tube neural et la concomitance d'une carence en folate (vitamine B9) et d'une anémie (36). Près de 19 millions de femmes enceintes souffrent de carence en vitamine A, principalement en Afrique et en Asie du sud-est, provoquant une cécité nocturne (37).

La carence en calcium est associée à une augmentation du risque de prééclampsie (38), et le rôle dans la prééclampsie de carences en d'autres vitamines et minéraux, tels que vitamines E, C, B6 et zinc, a également été postulé. La carence en zinc est associée à une déficience immunitaire (39). L'apport en vitamine C augmente l'absorption du fer à partir de l'intestin ; cependant, le zinc, le fer et d'autres suppléments minéraux peuvent entrer en compétition pour l'absorption et l'éventualité de conséquences pour la santé liées à ces interactions n'est pas claire (39).

Dans le cadre de la directive sur les soins prénatals, le GDG a évalué les preuves concernant différents suppléments de vitamines et de minéraux pouvant théoriquement entraîner une amélioration des issues maternelles et périnatales. En outre, comme une sous- ou suralimentation peut avoir des conséquences négatives pour les femmes enceintes et leurs enfants, le GDG a également évalué les preuves concernant les effets de différentes interventions nutritionnelles visant à réduire l'impact de ces déséquilibres. La caféine est probablement la substance psychoactive la plus largement utilisée dans le monde (40), et le GDG a également évalué les preuves concernant l'impact potentiel de la restriction de la prise de caféine pendant la grossesse.

## Valeurs: ce qui compte pour les femmes

Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes attachent de l'importance à une expérience positive de la grossesse, ce qui inclut des pratiques cliniques efficaces (interventions et tests, notamment des suppléments nutritionnels), des informations pertinentes et fournies en temps utile (notamment des conseils diététiques et nutritionnels) ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, prodigués par des praticiens compétents, respectueux et attentifs, pour optimiser la santé de la mère et du nouveau-né (confiance élevée dans la preuve).

## A.1: Interventions diététiques

### A.1.1: Conseils en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique

**RECOMMANDATION A.1.1 : Des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse sont recommandés pour les femmes enceintes afin qu'elles restent en bonne santé et n'enregistrent pas un gain de poids excessif pendant leur grossesse. (Recommandée)**

#### Remarques

- Une alimentation saine assure un apport énergétique, en protéines, vitamines et sels minéraux, fourni par la consommation de différents aliments, notamment des légumes verts et orangés, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des céréales complètes et des fruits (41).
- Les acteurs concernés peuvent envisager des interventions en faveur d'une alimentation saine et d'exercices culturellement appropriés pour éviter une prise de poids excessive pendant la grossesse, en particulier pour des populations dans lesquelles la prévalence du surpoids et de l'obésité est élevée, en fonction des ressources et des préférences des femmes. Les interventions devraient être axées sur les femmes et prodiguées dans une attitude dénuée de jugement et conçues de façon à assurer un gain de poids approprié (pour plus d'informations, voir les points ci-après).
- Un mode de vie sain comprend une activité physique aérobie et des exercices de renforcement musculaire destinés à maintenir une bonne forme physique pendant la grossesse, sans essayer d'atteindre une condition physique maximale ou de s'entraîner pour une compétition athlétique. Les femmes devraient choisir des activités présentant un risque minimal de perte d'équilibre et de traumatisme fœtal (42).
- La plus grande part du gain de poids gestationnel normal se produit après 20 semaines ; la définition de « normal » fait l'objet de variations régionales mais devrait prendre en compte l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse. Selon un classement de l'Institut de médecine (43), les femmes en insuffisance pondérale au début de la grossesse (c'est-à-dire IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) devraient viser un gain de poids de 12,5 à 18 kg, les femmes ayant un poids normal en début de grossesse (c'est-à-dire IMC de 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>) devraient viser un gain de poids de 11,5 à 16 kg, les femmes en surpoids (c'est-à-dire IMC de 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>) devraient viser un gain de poids de 7 à 11,5 kg, et les femmes obèses (c'est-à-dire IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) devraient viser un gain de poids de 5 à 9 kg.
- La plupart des preuves concernant les interventions relatives à une alimentation saine et aux exercices physiques proviennent de pays à revenu élevé et le GDG a noté qu'au moins 40 essais étaient en cours dans ces pays. Le GDG a noté qu'il était nécessaire de mener des recherches sur les effets, la faisabilité et l'acceptabilité des interventions relatives à une alimentation saine et aux exercices physiques dans les pays à revenu faible et moyen.
- La grossesse peut être le moment optimal pour des interventions visant un changement de comportement dans des populations dans lesquelles la prévalence du surpoids et de l'obésité est élevée ; l'impact à plus long terme de ces interventions sur les femmes, les enfants et les partenaires nécessite une investigation.
- Le GDG a noté qu'une formation solide des praticiens était nécessaire, notamment des recommandations normalisées sur l'alimentation. Les recommandations devraient être fondées sur des preuves, être durables, reproductibles, accessibles et adaptables à différents contextes culturels.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets des interventions relatives à l'alimentation et aux exercices par rapport à l'absence de telles interventions (Tableau EB A.1.1 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets des interventions relatives à une alimentation saine et aux exercices physiques ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 65 essais cliniques randomisés (ECR), principalement menés dans des pays à revenu élevé (44). Trente-quatre essais impliquaient des femmes issues de la population générale (c'est-à-dire des femmes situées dans un large intervalle d'IMC au départ), 24 essais impliquaient des femmes en surpoids et/ou obèses et sept essais impliquaient des femmes définies comme présentant un risque élevé de diabète gestationnel. Au total, 49 ECR impliquant 11 444 femmes ont fourni des données pour les méta-analyses de la revue. Les interventions nutritionnelles ont été définies comme une sélection particulière d'aliments ou d'apports énergétiques à laquelle une participante était soumise, c'est-à-dire le plus souvent des types de nutrition correspondant à une « alimentation saine ». Les interventions relatives aux exercices ont été définies par les examinateurs comme toute activité nécessitant un effort physique, effectuée pour maintenir ou améliorer la santé ou la forme physique. Ces interventions étaient soit prescrites/non supervisées (par exemple, 30 minutes de marche quotidienne), supervisées (par exemple, séance supervisée hebdomadaire d'exercices en groupe) ou les deux ; habituellement, elles ont été comparées à des « soins prénatals classiques » et visaient à prévenir un gain de poids gestationnel excessif.

Dans la plupart des essais, les femmes recrutées étaient à un stade compris entre la 10<sup>e</sup> et la 20<sup>e</sup> semaine de gestation. Il y avait des variations sensibles dans le nombre de contacts (séances de conseils/exercices), le type d'intervention et la manière d'effectuer les prestations. Les données ont été groupées selon le type d'intervention (nutritionnelle uniquement, exercices uniquement, conseils portant sur l'alimentation et les exercices, alimentation et exercices supervisés) ; les valeurs moyennes des effets sur l'ensemble des essais ont été estimées en utilisant le modèle d'effets aléatoires. Des examens séparés ont été effectués selon le type d'intervention et le risque de complications liées au poids. La plupart des données dans l'ensemble des examens provenaient d'essais d'interventions mixtes portant sur l'alimentation et les exercices.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve élevé montre que les femmes bénéficiant d'interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices dans le cadre de soins prénatals pour éviter une prise de poids excessive pendant la grossesse sont moins susceptibles de connaître une prise de poids excessive (24 essais, 7096 femmes ; risque relatif [RR] : 0,80, intervalle de confiance [IC] 95 % : 0,73-0,87 ; effet absolu : 91 femmes en moins subissant une prise de poids excessive pendant la grossesse sur 1000 en moyenne). Les examens en sous-groupe sont cohérents avec ces résultats.

Un niveau de preuve élevé montre que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices n'ont pas ou peu d'effet sur le risque de prééclampsie (15 essais, 5330 femmes ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,77-1,16). Cependant, une preuve de niveau de certitude modéré indique que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices sont susceptibles de prévenir l'hypertension pendant la grossesse (11 essais, 5162 femmes ; RR : 0,70, IC 95 % : 0,51-0,96).

Un faible niveau de preuve suggère que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices peuvent avoir peu ou pas d'effet sur les césariennes (28 essais, 7534 femmes ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,88-1,03) ; cependant, un faible niveau de preuve, obtenu à partir d'un sous-groupe d'essais portant sur les conseils relatifs à l'alimentation et aux exercices, suggère que cette intervention pourrait permettre une réduction des taux de césariennes (neuf essais, 3406 femmes ; RR : 0,87, IC 95 % : 0,75-1,01). Un niveau de preuve moyen indique que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices ne modifient pas ou peu l'induction du travail (huit essais, 3832 femmes ; RR : 1,06, IC 95 % : 0,94-1,19).

Un faible niveau de preuve suggère que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices peuvent réduire le risque de diabète gestationnel (19 essais, 7279 femmes ; RR : 0,82, IC 95 % : 0,67-1,01).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices sont susceptibles de prévenir la macrosomie néonatale (27 essais, 8598 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,86-1,02), en particulier chez des femmes en surpoids et obèses bénéficiant de conseils sur l'alimentation et les exercices (neuf essais, 3252 nouveau-nés ; RR : 0,85, IC 95 % : 0,73-1,00). Cependant, un niveau de preuve moyen

indique que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices n'ont probablement pas ou peu d'effet sur l'hypoglycémie néonatale (quatre essais, 2601 nouveau-nés ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,76-1,18) ni sur la dystocie des épaules (quatre essais, 3253 nouveau-nés ; RR : 1,02, IC 95 % : 0,57-1,83). Un faible niveau de preuve suggère que la morbidité respiratoire néonatale peut être moins fréquente dans le groupe bénéficiant des interventions de conseil sur l'alimentation et les exercices que dans le groupe témoin, en particulier parmi les femmes en surpoids et obèses (deux études, 2256 femmes ; RR : 0,47, IC 95 % : 0,26-0,85).

Un faible niveau de preuve suggère que les interventions relatives à l'alimentation et/ou aux exercices peuvent avoir peu ou pas d'effet sur la naissance avant terme (16 essais, 5923 femmes ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,68-1,22), et la preuve concernant le faible poids à la naissance est très incertaine. La mortalité périnatale n'a pas été notifiée dans l'examen.

#### **Autres éléments pris en compte :**

- Un niveau de preuve élevé obtenu à partir de l'examen montre également que ces interventions peuvent entraîner un faible gain de poids gestationnel (11 essais, 4422 femmes ; RR : 1,14, IC : 1,02-1,27) ; la pertinence clinique de ces résultats est inconnue.
- Dans les pays à revenu faible et moyen, les effets, l'acceptabilité et la faisabilité des interventions relatives à l'alimentation et aux exercices n'ont pas été établis.

#### **Valeurs**

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

#### **Ressources**

L'incidence sur les coûts des interventions relatives à l'alimentation et aux exercices est très variable pour les services de santé. Par exemple, les interventions relatives à l'alimentation et aux exercices supervisés peuvent avoir des coûts associés élevés, principalement dus aux frais de personnel pour le temps consacré à la supervision, alors que les interventions de conseil peuvent avoir un coût relativement faible. Pour les femmes enceintes, les interventions peuvent également avoir une incidence en termes de coûts de transport, de temps non travaillé et de frais de garde des enfants, en particulier si l'intervention nécessite des visites prénatales supplémentaires.

#### **Équité**

La plupart des preuves proviennent d'essais réalisés dans des pays à revenu élevé. Des études récentes ont signalé un basculement de la charge du surpoids et de l'obésité des populations favorisées vers les populations défavorisées (32). Une telle tendance accroît le risque de complications associées à la grossesse ainsi que les problèmes cardio-métaboliques parmi les femmes enceintes au sein des populations défavorisées. Ces risques peuvent encore être accentués chez les femmes dans des contextes de communautés à faibles ressources, car ces structures peuvent ne pas être équipées pour traiter les complications.

#### **Acceptabilité**

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Elles suggèrent également que les femmes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé si les conseils sont prodigués à la hâte ou de manière didactique (confiance élevée dans la preuve) (22). Dès lors, ces types d'interventions sont plus susceptibles d'être acceptables si les interventions ont lieu dans le calme et de manière attentive, ce qui peut également faciliter le recours aux services de soins prénatals. Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins prénatals suggèrent qu'ils seraient prêts à fournir des conseils sur les soins en général et des informations spécifiques sur la grossesse (faible confiance dans la preuve) mais ils ont quelquefois l'impression de ne pas avoir la formation appropriée et manquent de ressources et de temps pour assurer ce service de façon adaptée aux souhaits des femmes en termes d'information, de soutien et d'attention (confiance élevée dans la preuve) (45).

#### **Faisabilité**

Dans un certain nombre de contextes de pays à revenu faible et moyen, les prestataires estiment qu'un manque de ressources peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

## A.1.2: Éducation nutritionnelle sur l'apport énergétique et protéique

**RECOMMANDATION A.1.2: Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition sur l'augmentation de l'apport énergétique et protéique quotidien est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque d'un faible poids de l'enfant à la naissance.** (Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- La sous-alimentation est généralement définie par un faible IMC (c'est-à-dire une insuffisance pondérale). Pour les adultes, une prévalence de 20 à 39 % de femmes présentant une insuffisance pondérale est considérée comme élevée et une prévalence de 40 % ou plus est considérée comme très élevée (46). Le périmètre brachial peut également être un critère utile pour identifier la malnutrition protéique et énergétique chez certaines femmes enceintes et pour déterminer sa prévalence dans cette population (31). Cependant, il peut être nécessaire de déterminer les valeurs seuils optimales pour différents pays sur la base d'analyses coûts-bénéfices spécifiques au contexte (31).
- Le changement des caractéristiques anthropométriques de la population générale doit être pris en compte en réévaluant régulièrement la prévalence de la sous-alimentation pour s'assurer que l'intervention reste pertinente.
- Le GDG a noté qu'une formation solide des praticiens était nécessaire, notamment des recommandations normalisées sur l'alimentation. Les recommandations devraient être fondées sur des preuves, être durables, reproductibles, accessibles et adaptables à différents contextes culturels.
- Les acteurs concernés pourraient envisager le recours à d'autres plateformes pour prodiguer des conseils (par exemple, conseils par des pairs, rappels via les médias) et des délégations de tâches pour assurer cette intervention.
- Des régions affectées par une grande insécurité alimentaire ou ayant un accès limité à des aliments variés peuvent envisager d'autres interventions complémentaires, notamment la distribution de compléments protéiques et énergétiques équilibrés (voir Recommandation A.1.3).

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets de l'éducation nutritionnelle pour améliorer l'apport énergétique et protéique par rapport à l'absence d'une telle intervention (Tableau EB A.1.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de l'éducation nutritionnelle ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane (47). Cinq essais menés entre 1975 et 2013 au Bangladesh, aux États-Unis d'Amérique et en Grèce impliquant 1090 femmes enceintes, ont fourni des données pour cette comparaison. Les interventions en faveur de l'éducation nutritionnelle ont été menées individuellement ou en groupe et comprenaient un enseignement destiné à améliorer la « qualité » de l'alimentation, accroître l'apport protéique et énergétique ou améliorer les connaissances sur la valeur nutritionnelle de différents aliments, notamment en énergie, en protéines, en vitamines et en fer. L'étude menée au Bangladesh incluait également des démonstrations culinaires.

### Issues maternelles

La preuve concernant le gain de poids gestationnel présente un niveau de certitude très faible. Aucune autre preuve permettant d'établir une comparaison n'est disponible sur les issues maternelles.

### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve indique que l'éducation nutritionnelle prénatale peut réduire la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (300 femmes ; RR : 0,04, IC 95 % : 0,01-0,14), mais peut avoir peu ou pas d'effet sur la petite taille pour l'âge gestationnel (deux essais, 449 femmes ; RR : 0,46, IC 95 % : 0,21-0,98), les mortinaissances (un essai, 431 femmes ; RR : 0,37, IC 95 % : 0,07-1,90) ou les décès néonataux (un essai, 448 femmes ; RR : 1,28, IC 95 % : 0,35-4,72). Le niveau de preuve concernant la naissance avant terme a été estimé très faible.

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Les coûts associés aux ressources sont variables et principalement liés aux frais de personnel et au temps consacré au conseil.

### Équité

Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, les issues de la grossesse et la couverture des soins prénatals sont plus mauvaises parmi les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales (29).

Dans de nombreux pays à faible revenu, la pauvreté et la faim restent répandues, en particulier dans les populations rurales (48). Les résultats d'une étude sur la supplémentation alimentaire et la supplémentation en micronutriments pendant la période prénatale dans des zones rurales du Bangladesh suggèrent que les interventions relatives à la supplémentation alimentaire peuvent être associées à une meilleure observance des soins prénatals chez les femmes peu instruites mais pas chez celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé (49). Dès lors, la fourniture de suppléments alimentaires pendant la période prénatale peut contribuer à traiter le problème des inégalités en améliorant l'état nutritionnel maternel et en élargissant la couverture de soins prénatals chez les femmes défavorisées.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Elle suggère également que les femmes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé si les conseils sont prodigués à la hâte ou de manière didactique (confiance élevée dans la preuve) (22). Dès lors, ces types d'interventions sont plus susceptibles d'être acceptables si les interventions ont lieu dans le calme et de manière attentive, ce qui peut également faciliter le recours aux services de soins prénatals. Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins prénatals suggèrent qu'ils seraient prêts à fournir des conseils sur les soins en général et des informations spécifiques sur la grossesse (faible confiance dans la preuve) mais ils ont quelquefois l'impression de ne pas avoir la formation appropriée et manquent de ressources et de temps pour assurer ce service de façon adaptée aux souhaits des femmes en termes d'information, de soutien et d'attention (confiance élevée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

Dans un certain nombre de contextes de pays à revenu faible et moyen, les prestataires estiment qu'un manque de ressources peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

### A.1.3: Supplémentation nutritionnelle énergétique et protéique

**RECOMMANDATION A.1.3: Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéique équilibrée est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de mortinaissance et de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés. (Recommandation spécifique au contexte)**

#### Remarques

- Le GDG a souligné que cette recommandation concerne des populations ou des contextes caractérisés par une prévalence élevée de femmes enceintes sous-alimentées et non de cas individuels de femmes enceintes identifiées comme sous-alimentées.
- La sous-alimentation est généralement définie par un faible IMC (c'est-à-dire une insuffisance pondérale). Pour les adultes, une proportion de 20 à 39 % de femmes présentant une insuffisance pondérale est considérée comme une prévalence élevée et une proportion de 40 % ou plus est considérée comme une prévalence très élevée (46). Le périmètre brachial peut également être un critère utile pour identifier la malnutrition protéique et énergétique chez certaines femmes enceintes et pour déterminer sa prévalence dans cette population (31). Cependant, il peut être nécessaire de déterminer les valeurs seuils optimales pour différents pays sur la base d'analyses coûts-bénéfices spécifiques au contexte (31).
- L'élaboration d'un processus d'assurance de la qualité est importante pour garantir que les suppléments alimentaires énergétiques et protéiques équilibrés soient fabriqués, conditionnés et conservés dans un environnement contrôlé et non contaminé. Les incidences en termes de coûts et de logistique associés à la supplémentation énergétique et protéique équilibrée peuvent être réduits par une production locale, à condition qu'un processus d'assurance qualité soit en place.
- Une fourniture continue appropriée de suppléments nutritionnels est nécessaire pour le succès du programme. Ceci nécessite une bonne compréhension et un investissement dans des achats ainsi que la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- Les programmes devraient être conçus et continuellement améliorés sur la base de données et d'expériences locales. Comme exemple pertinent pour la présente directive, on peut citer :
  - l'amélioration de la mise en œuvre, de l'acceptabilité et de l'utilisation de cette intervention par les femmes enceintes (c'est-à-dire, surmonter les obstacles à la mise en œuvre et à l'utilisation).
  - La distribution de suppléments énergétiques et protéiques équilibrés peut ne pas être réalisable uniquement selon le calendrier local de visites de soins prénatals ; il peut être nécessaire de programmer des visites supplémentaires. Les coûts liés à ces visites supplémentaires devraient être pris en compte. En l'absence de visites prénatales, de visites trop peu nombreuses, ou lorsque la première visite a lieu trop tard, il faut envisager d'autres plateformes pour assurer la prestation (par exemple, des agents de santé communautaires, des délégations de tâches dans des structures spécifiques).
  - Les valeurs et préférences liées aux types et aux quantités de suppléments énergétiques et protéiques équilibrés peuvent varier.
- Le suivi et l'évaluation doivent inclure une évaluation des moyens de stockage au niveau domestique, des renversements, gaspillages, redistributions, partages et autres sujets en lien avec la distribution de nourriture.
- Chaque pays doit étudier l'étiologie spécifique au contexte de la sous-alimentation aux niveaux national et infranational. Par exemple, lorsque la disponibilité de la nourriture dépend de la saison, le programme devrait en tenir compte et être adapté aux conditions selon les besoins (par exemple, fournir plus ou moins de nourriture de différents types à différentes saisons). En outre, une étude plus approfondie est nécessaire pour déterminer si d'autres solutions que celles consistant à fournir des suppléments énergétiques et protéiques, par exemple, une aide financière ou une distribution de bons, ou une amélioration de la production et de la distribution locales ou nationales de nourriture, peuvent donner de meilleurs résultats ou des résultats équivalents.
- Les caractéristiques anthropométriques de la population générale changent et il faut en tenir compte pour s'assurer que seules les femmes susceptibles de profiter de la supplémentation (c'est-à-dire les femmes sous-alimentées) en bénéficient.
- Le GDG a noté que l'on ignorait s'il existe des risques associés à la fourniture de suppléments à des femmes ayant un IMC élevé.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets d'une supplémentation énergétique et protéique équilibrée par rapport à l'absence de suppléments ou à un placebo (Tableau EB A.1.3 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets d'une supplémentation énergétique et protéique équilibrée par rapport à l'absence de suppléments ou à un placebo ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane (47). Douze essais, impliquant 6705 femmes, ont été inclus dans cette comparaison. La plupart des données proviennent d'essais menés dans des pays à revenu faible et moyen, notamment l'Afrique du Sud, le Burkina Faso, la Colombie, la Gambie, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, et Taiwan, Chine. Les suppléments énergétiques et protéiques équilibrés qui ont été utilisés se présentaient sous diverses formes, notamment des boissons fortifiées, des biscuits et des poudres.

### Issues maternelles

La prééclampsie est la seule issue maternelle révélée par cette comparaison dans l'examen des issues considérées comme prioritaires dans la présente directive. Cependant, comme la preuve pour cette issue était basée sur deux essais de petite taille, elle a été jugée très incertaine.

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que la supplémentation énergétique et protéique équilibrée réduit probablement la proportion de nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel (sept essais, 4408 femmes ; RR : 0,79, IC 95 % : 0,69-0,90) et de mortinaissances (cinq essais, 3408 femmes ; RR : 0,60, IC 95 % : 0,39-0,94), mais n'a probablement pas d'effet sur la naissance avant terme (cinq essais, 3384 femmes ; RR : 0,96, IC 95 % : 0,80-1,16). Un faible niveau de preuve suggère que la supplémentation peut n'avoir qu'un faible effet ou pas d'effet sur les décès néonataux (cinq essais, 3381 femmes ; RR : 0,68, IC 95 % : 0,43-1,07). Le faible poids à la naissance n'a pas été signalé dans l'examen pour cette comparaison.

### Autres éléments pris en compte :

- Dans l'examen, le poids moyen à la naissance (en grammes) a été indiqué et les résultats sont plus favorables dans le groupe ayant bénéficié d'une supplémentation énergétique et protéique équilibrée (11 essais, 5385 nouveau-nés ; différence moyenne : 40,96, IC 95 % : 4,66-77,26). La qualité de cette preuve a été classée comme moyenne dans l'examen (47).

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Le coût des suppléments énergétiques et protéiques équilibrés est relativement élevé. Le transport, le stockage et la formation peuvent avoir des incidences sur les coûts.

### Équité

Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, les issues de la grossesse et la couverture des soins prénatals sont plus mauvaises parmi les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales (29). Dans de nombreux pays à faible revenu, la pauvreté et la faim restent répandues, en particulier dans les populations rurales (48). Les résultats d'une étude sur la supplémentation alimentaire et la supplémentation en micronutriments pendant la période prénatale dans des zones rurales du Bangladesh suggèrent que les interventions relatives à la supplémentation alimentaire peuvent être associées à une meilleure observance des soins prénatals chez les femmes peu instruites mais pas chez celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé (49). Dès lors, la fourniture de suppléments alimentaires pendant la période prénatale peut contribuer à traiter le problème des inégalités en améliorant l'état nutritionnel maternel et en élargissant la couverture de soins prénatals chez les femmes défavorisées.

### Acceptabilité

Une preuve qualitative indique que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Elle suggère également que les femmes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé si les conseils sont prodigués à la hâte ou de manière didactique (confiance élevée dans la preuve) (22). Dès lors, ces types d'interventions sont plus susceptibles d'être acceptables si les interventions ont lieu dans le calme et de manière attentive, ce qui peut également faciliter une meilleure collaboration avec les services de soins prénatals. Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins prénatals suggèrent qu'ils seraient prêts à fournir des conseils sur les soins en général et des informations spécifiques sur la grossesse (faible confiance dans la preuve) mais ils ont quelquefois l'impression de ne pas avoir la formation appropriée et manquent de

ressources et de temps pour assurer ce service de façon adaptée aux souhaits des femmes en termes d'information, de soutien et d'attention (confiance élevée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

La fourniture de suppléments protéiques et énergétiques équilibrés peut poser des problèmes logistiques car les

suppléments sont volumineux et nécessitent des moyens de transport et de stockage appropriés pour assurer des approvisionnements continus. Des preuves qualitatives obtenues dans des pays à revenu faible ou intermédiaire indique que les fournisseurs estiment qu'un manque de ressources peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

## A.1.4: Forte supplémentation en protéines

**RECOMMANDATION A.1.4: Dans les populations sous-alimentées, une forte supplémentation en protéines n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse (Non recommandée)**

### Remarques

- Le GDG a noté qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves, voire aucune, des bénéfices d'une forte supplémentation en protéines.
- Des recherches supplémentaires sur les effets d'une forte supplémentation en protéines dans des populations sous-alimentées ne sont pas considérées comme prioritaires.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets d'une forte supplémentation en protéines par rapport aux témoins (Tableau EB A.1.4 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets d'une forte supplémentation en protéines ont été obtenues à partir de la même revue Cochrane que les Recommandations A.1.2 et A.1.3 (47). La revue incluait un essai de forte supplémentation en protéines comparé à une supplémentation en micronutriments, réalisé dans les années 1970 et impliquant 1051 femmes noires disposant d'un faible revenu aux États-Unis d'Amérique.

### Issues maternelles

Aucune des issues classées prioritaires dans la présente directive n'a été signalée dans la revue pour cette comparaison.

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve élevé montre qu'une forte supplémentation en protéines augmente la proportion de nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel (un essai, 505 nouveau-nés; RR: 1,58, IC 95 %: 1,03-2,41). Un niveau de preuve moyen indique qu'une forte supplémentation en protéines n'a probablement pas ou peu d'effet sur la naissance avant terme (une étude, 505 femmes; RR: 1,14, IC 95 %: 0,83-1,56). Un faible

niveau de preuve suggère qu'une forte supplémentation en protéines n'a probablement pas ou peu d'effet sur les mortinaissances (un essai, 529 enfants; RR: 0,81, IC 95 %: 0,31-2,15; niveau de certitude de la preuve abaissé en raison de l'imprécision) ni sur les décès néonataux (un essai, 529 nouveau-nés; RR: 2,78, IC 95 %: 0,75-10,36).

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs: ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A: Cadre général (p. 15).

### Ressources

Le coût d'une forte supplémentation en protéines est relativement élevé. Le transport, le stockage et la formation peuvent également avoir des incidences sur les coûts.

### Équité

Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, les issues de la grossesse et la couverture des soins prénatals sont plus mauvaises parmi les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales (29). Dans de nombreux pays à faible revenu, la pauvreté et la faim restent répandues, en particulier dans les populations rurales (48). Dès lors, la fourniture de suppléments alimentaires pendant la période prénatale peut contribuer à traiter le problème des inégalités en améliorant l'état nutritionnel maternel et en élargissant la couverture de soins prénatals chez les femmes défavorisées.

### Acceptabilité

Une preuve qualitative indique que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Elle suggère également que les femmes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé si les conseils sont prodigués à la hâte ou de manière didactique (confiance élevée dans la preuve) (22). Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins prénatals suggèrent qu'ils seraient prêts à fournir des conseils sur les soins en général et des informations spécifiques sur la grossesse (faible confiance dans la

preuve) mais ils ont quelquefois l'impression de ne pas avoir la formation appropriée et manquent de ressources et de temps pour assurer ce service de façon adaptée aux souhaits des femmes en termes d'information, de soutien et d'attention (confiance élevée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

La fourniture de suppléments protéiques et énergétiques équilibrés peut poser des problèmes logistiques car les suppléments sont volumineux et nécessitent des moyens de transport et de stockage appropriés pour assurer des approvisionnements continus. Des preuves qualitatives obtenues dans des pays à revenu faible ou intermédiaire indique que les fournisseurs estiment qu'un manque de ressources peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

## A.2: Suppléments de fer et d'acide folique

### A.2.1: Supplémentation quotidienne en fer et en acide folique

**RECOMMANDATION A.2.1: Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire<sup>a</sup> et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique<sup>b</sup> est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme.<sup>c</sup> (Recommandée)**

#### Remarques

- Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women* (36) et devrait être prise en compte avec la Recommandation A.2.2 sur la supplémentation intermittente en fer.
- Dans les contextes dans lesquels l'anémie chez les femmes enceintes est un problème de santé publique grave (c'est-à-dire lorsqu'au moins 40 % des femmes enceintes ont des taux d'hémoglobine (Hb) sanguine < 110 g/l), une dose quotidienne de 60 mg de fer élémentaire est préférée à une dose plus faible.
- Au cours du premier et du troisième trimestres, le seuil d'hémoglobine pour poser un diagnostic d'anémie est de 110 g/l ; durant le deuxième trimestre, le seuil est de 105 g/l (50).
- Si une anémie est diagnostiquée chez une femme pendant sa grossesse, la supplémentation quotidienne en fer élémentaire devrait être portée à 120 mg jusqu'à ce que le taux d'hémoglobine atteigne une valeur normale (110 g/l ou plus) (34, 51). Ensuite, cette femme peut revenir à la dose quotidienne prénatale normale pour éviter la récurrence de l'anémie.
- Une communication efficace avec les femmes enceintes sur un régime alimentaire sain et les bons comportements en matière d'alimentation, en donnant des informations sur les sources de vitamines et de minéraux dans les aliments et sur une alimentation diversifiée, fait partie intégrante de la lutte contre l'anémie et des prestations de soins prénatals de qualité.
- Des stratégies de communication efficaces sont vitales pour l'amélioration de l'acceptabilité et de l'observance des régimes de supplémentation.
- Les acteurs concernés peuvent être amenés à envisager des façons de rappeler aux femmes enceintes la nécessité de prendre leurs suppléments et de les aider dans la prise en charge des effets secondaires.
- Dans les zones d'endémie d'infections pouvant entraîner des anémies dues à la perte de sang, à la destruction ou à la diminution de la production d'érythrocytes, par exemple, paludisme et ankylostomiase, des mesures destinées à prévenir, diagnostiquer et traiter ces infections devraient être mises en œuvre.
- Des suppléments oraux sont disponibles sous forme de gélules ou comprimés (notamment, des comprimés solubles, des comprimés solubles à libération contrôlée) (52). L'élaboration d'un processus d'assurance de la qualité est importante pour garantir que les suppléments soient fabriqués, conditionnés et conservés dans un environnement contrôlé et non contaminé (53).
- Une meilleure compréhension de l'étiologie de l'anémie (par exemple, endémicité du paludisme, hémoglobinopathies) et de la prévalence des facteurs de risque est nécessaire au niveau national pour étayer l'adaptation de cette recommandation de manière spécifique au contexte.
- Des définitions standardisées des effets secondaires sont nécessaires pour faciliter le suivi et l'évaluation.
- L'élaboration et l'amélioration de systèmes de surveillance intégrés sont nécessaires pour établir un lien entre l'évaluation de l'anémie/le statut du fer au niveau du pays et les systèmes de surveillance nationaux et mondiaux.
- Afin d'atteindre les populations les plus vulnérables et garantir une fourniture des suppléments continue et en temps voulu, les acteurs concernés peuvent être amenés à envisager des délégations de tâches pour assurer la supplémentation en fer dans des contextes communautaires ayant difficilement accès à des professionnels de santé (voir la Recommandation E.6.1, dans la section E : Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals).

a 60 mg de fer élémentaire sont équivalents à 300 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 180 mg de fumarate ferreux ou à 500 mg de gluconate ferreux.

b Il convient de débiter la prise d'acide folique aussi tôt que possible (dans l'idéal, avant la conception) pour prévenir les anomalies du tube neural.

c Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women* (36).

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets de suppléments quotidiens de fer et d'acide folique par rapport à l'absence de cette intervention (Tableau EB A.2.1 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la prise quotidienne de fer et/ou d'acide folique ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane de 61 essais menés dans des pays à revenu faible, moyen et élevé (54). Trente-trois essais ont été menés dans des pays présentant un certain risque de paludisme, dont deux cas de survenue de paludisme. Un ensemble de 44 essais impliquant 43 274 femmes a fourni des données pour les méta-analyses de l'examen. Les essais comparaient la supplémentation orale en fer, associée ou non à l'acide folique ou à d'autres suppléments de vitamines et de minéraux, avec divers groupes témoins (acide folique seul, placebo, pas d'intervention, autres suppléments de vitamines et de minéraux sans fer ni acide folique). La plupart des preuves ont été obtenues à partir d'études comparant la supplémentation en fer avec l'absence de supplémentation en fer. Dans la plupart des essais, les femmes ont commencé à prendre des suppléments avant 20 semaines de gestation et ont continué jusqu'à l'accouchement. La dose quotidienne de fer élémentaire la plus courante était de 60 mg (plage de variation : 30–240 mg) et celle d'acide folique 400 µg.

### Issues maternelles

L'anémie a été signalée sous diverses formes et à différents moments pendant la grossesse et pendant la période puerpérale. Un faible niveau de preuve indique qu'une supplémentation quotidienne en fer peut réduire le risque d'anémie à terme (défini comme un taux d'hémoglobine < 110 g/l à 37 semaines de gestation ou plus tard) (14 essais, 2199 femmes ; RR : 0,30, IC 95 % : 0,19–0,46) et d'anémie sévère postpartum (défini comme Hb < 80 g/l) (huit essais, 1339 femmes ; RR : 0,04, IC 95 % : 0,01–0,28).

Un faible niveau de preuve indique également que la supplémentation quotidienne en fer peut accroître les taux d'hémoglobine maternels à terme ou à l'approche du terme (34 semaines de gestation ou plus) (19 essais, 3704 femmes ; différence moyen (DM) : 8,88 g/l de plus, IC 95 % : 6,96–10,8 g/l) ainsi que la proportion de femmes ayant un taux d'hémoglobine élevé à terme ou à l'approche du terme (Hb > 130 g/l à 34 semaines de gestation ou plus tard) (huit essais, 2156 femmes ; RR : 3,07, IC 95 % : 1,18–8,02).

En ce qui concerne la morbidité maternelle, un niveau de preuve moyen indique que la supplémentation quotidienne en fer réduit probablement le risque d'infections

puerpérales maternelles (quatre essais, 4374 femmes ; RR : 0,68, IC 95 % : 0,5–0,92). Un faible niveau de preuve indique qu'une supplémentation quotidienne en fer n'a probablement pas ou peu d'effet sur la prééclampsie (quatre essais, 1704 femmes ; RR : 1,63, IC 95 % : 0,87–3,07) et sur l'hémorragie antepartum (deux essais, 1157 femmes ; RR : 1,48, IC 95 % : 0,51–4,31), et un niveau de preuve moyen indique que cette supplémentation n'a probablement pas ou peu d'effet sur l'hémorragie postpartum (quatre essais, 1488 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,59–1,49). Les preuves concernant d'autres résultats de morbidité, notamment la rupture placentaire et les transfusions sanguines, présentent un très faible niveau de certitude.

Un faible niveau de preuve indique qu'une supplémentation quotidienne en fer n'a probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (deux essais, 12 560 femmes ; RR : 0,33, IC 95 % : 0,01–8,19). La satisfaction des femmes a été évaluée dans un essai de petite taille (49 femmes), qui a montré une faible différence entre le groupe recevant une supplémentation quotidienne en fer et le groupe témoin.

**Effets secondaires :** Un niveau de preuve moyen indique qu'une supplémentation quotidienne en fer n'a probablement pas ou peu d'effet sur le risque d'effets secondaires (11 essais, 2425 femmes ; RR : 1,29, IC 95 % : 0,83–2,02), et n'a probablement pas ou peu d'effet sur la constipation (quatre essais, 1495 femmes ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,62–1,43), sur les brûlures d'estomac (trois essais, 1323 femmes ; RR : 1,19, IC 95 % : 0,86–1,66) et sur les vomissements (quatre essais, 1392 femmes ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,59–1,30). Il un faible niveau de preuve qu'une supplémentation quotidienne en fer a peu ou pas d'effet sur les nausées (quatre essais, 1377 femmes ; RR : 1,21, IC 95 % : 0,72–2,03). Un niveau de preuve élevé montre que la diarrhée est moins fréquente avec une supplémentation en fer quotidienne (trois essais, 1088 femmes ; RR : 0,55, IC 95 % : 0,32–0,93).

### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve indique qu'une supplémentation quotidienne en fer peut réduire le risque de faible poids à la naissance (< 2500 g) (11 essais, 17 613 nouveau-nés ; RR : 0,84, IC 95 % : 0,69–1,03). Un niveau de preuve élevé montre que cette supplémentation ne réduit pas le risque de naissance avant terme en deçà de 37 semaines de gestation (13 essais, 19 286 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,84–1,03), mais qu'elle réduit le risque de très grande prématurité (c'est-à-dire moins de 34 semaines de gestation) (cinq essais, 3749 femmes ; RR : 0,51, IC 95 % : 0,29–0,91).

Un faible niveau de preuve suggère qu'une supplémentation quotidienne en fer n'a probablement pas ou peu d'effet sur les anomalies congénitales (quatre essais, 14 636 nouveau-nés ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,58-1,33). Un niveau de preuve moyen indique qu'une supplémentation quotidienne en fer n'a probablement pas ou peu d'effet sur les décès néonataux (quatre essais, 16 603 nouveau-nés ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,71-1,18). Les infections néonatales et la petite taille des nouveau-nés pour l'âge gestationnel n'ont pas été examinées en tant que résultats.

#### Autres éléments pris en compte:

- Les preuves obtenues à partir de sous-groupes tendent à être cohérentes avec l'ensemble des observations pour les principaux résultats. Pour plus de détails, voir le supplément consultable en ligne (Tableau EB A.2.1 consultable en ligne).

#### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

#### Ressources

Les suppléments quotidiens de fer et d'acide folique sont relativement peu coûteux, inférieurs à un dollar des États-Unis (US \$1) par femme enceinte (27).

#### Équité

La carence en fer et les infections parasitaires sont plus fréquentes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ou intermédiaire et les populations défavorisées.

Les populations pauvres, rurales et moins instruites connaissent également les taux les plus élevés de mortalité de la mère, du nourrisson et de l'enfant (29). L'accroissement de la couverture des interventions nutritionnelles efficaces en vue de prévenir l'anémie, en particulier parmi les populations défavorisées, peut aider à traiter le problème des inégalités en matière de santé des mères et des nouveau-nés.

#### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que la disponibilité de suppléments de fer peut fortement encourager les femmes à se tourner vers les prestataires de soins prénatals (faible confiance dans la preuve) (22). Cependant, lorsque des coûts supplémentaires sont associés à la supplémentation ou lorsque les suppléments peuvent ne pas être disponibles (en raison de contraintes de ressources), les femmes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de soins prénatals (confiance élevée dans la preuve). Des doses de fer plus faibles sont susceptibles d'être associées à des effets secondaires moins importants et peuvent être plus acceptables pour les femmes que des doses élevées.

#### Faisabilité

Des preuves qualitatives relatives à l'opinion des prestataires de soins suggèrent que les restrictions de ressources, à la fois en termes de disponibilité des suppléments et du manque de personnel correctement formé pour prodiguer ces soins, peuvent limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve) (45).

## A.2.2: Supplémentation intermittente en fer et en acide folique

**RECOMMANDATION A.2.2: Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire<sup>a</sup> et 2800 µg (2,8 mg) ) d'acide folique une fois par semaine, est recommandée pour les femmes enceintes en vue d'améliorer les issues maternelles et néonatales de la grossesse si la prise quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison d'effets secondaires, et dans les populations où la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est inférieure à 20 %. (Recommandation spécifique au contexte)**

### Remarques

- Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women* (55) et devrait être prise en compte avec la Recommandation A.1.1.
- En général, une prévalence de l'anémie inférieure à 20 % est considérée comme un problème mineur de santé publique (33).
- Avant de commencer une supplémentation intermittente en fer, une mesure précise du taux d'hémoglobine sanguine maternelle est nécessaire pour confirmer l'absence d'anémie. Cette recommandation peut donc nécessiter un système de santé solide pour faciliter la mesure précise de l'hémoglobine afin de suivre le statut de l'anémie pendant la grossesse.
- Si une anémie est diagnostiquée chez une femme (Hb < 110 g/l) lors des soins prénatals, il faudrait lui administrer 120 mg de fer élémentaire et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique quotidiennement jusqu'à ce que son taux d'hémoglobine revienne à la normale (Hb 110 g/l ou plus) (34, 51). Ensuite, elle peut revenir à la dose quotidienne prénatale normale de fer et d'acide folique (ou au schéma intermittent si l'administration quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison d'effets secondaires) pour empêcher la récurrence de l'anémie.
- Les acteurs concernés peuvent être amenés à envisager des façons de rappeler aux femmes de prendre leurs suppléments de manière intermittente et les aider à prendre en charge les effets secondaires associés.

a 120 mg de fer élémentaire sont équivalents à 600 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 360 mg de fumarate ferreux ou à 1000 mg de gluconate ferreux.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets d'une supplémentation intermittente en fer et en acide folique par rapport à une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique (Tableau EB A.2.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets d'une supplémentation intermittente en fer et en acide folique ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 27 essais réalisés dans 15 pays ; cependant, seules les données de 21 essais (impliquant 5490 femmes) ont été utilisées pour les méta-analyses de l'examen (56). Tous les essais ont été menés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ou intermédiaire dans lesquels existe un certain degré de risque de paludisme (Argentine, Bangladesh, Chine, Guatemala, Inde, Indonésie, Malawi, Malaisie, Mexique, Pakistan, République de Corée, République islamique d'Iran, Sri Lanka, Thaïlande et Vietnam) ; cependant, un seul essai indique spécifiquement qu'il a été mené dans une région d'endémie du paludisme.

La plupart des schémas de supplémentation intermittente en fer concernaient des femmes prenant des suppléments hebdomadaires, le plus souvent 120 mg de fer élémentaire par semaine (intervalle : 80-200 mg par semaine) qui ont été comparés à des schémas quotidiens, le plus souvent 60 mg de fer élémentaire quotidiennement (intervalle : 40-120 mg par jour). Lorsque l'acide folique était également fourni dans les essais, il a été administré de manière hebdomadaire dans les groupes recevant une supplémentation intermittente (intervalle : 400-3500 µg par semaine) et comparé à la posologie habituelle normale dans les groupes témoins.

### Issues maternelles

L'anémie a été notifiée de différentes manières dans les essais. Un faible niveau de preuve suggère qu'il n'y a probablement pas ou peu de différence entre la supplémentation en fer intermittente et la supplémentation en fer quotidienne (quatre essais, 676 femmes ; RR : 1,22, IC 95 % : 0,84-1,80). Un niveau de preuve moyen indique que l'anémie à terme ou à l'approche du terme (définie comme Hb < 110 g/l à 34 semaines de

gestation ou plus tard) se produit probablement plus fréquemment avec une supplémentation intermittente qu'avec une supplémentation quotidienne en fer (huit essais, 1385 femmes ; RR : 1,66, IC 95 % : 1,09-2,53), et que la supplémentation intermittente en fer est vraisemblablement moins associée à un taux d'hémoglobine supérieur à 130 g/l qu'un apport quotidien de fer (15 essais, 2616 femmes ; RR : 0,53, IC 95 % : 0,38-0,74). Aucun événement d'anémie ne s'est produit dans l'un ou l'autre groupe des six essais notifiant ce résultat (1240 femmes). La preuve concernant le taux moyen d'hémoglobine à terme ou à l'approche du terme et l'anémie sévère postpartum présente un très faible niveau de certitude.

Une preuve limitée concernant la morbidité maternelle obtenue à partir d'un essai de petite taille (110 femmes) a été évaluée comme très incertaine. Les infections maternelles et la satisfaction maternelle n'ont pas été évaluées dans cet examen.

**Effets secondaires:** Un niveau de preuve moyen indique qu'une supplémentation intermittente en fer est probablement moins fréquemment associée aux nausées qu'une supplémentation quotidienne en fer (sept essais, 1034 femmes ; RR : 0,60, IC 95 % : 0,37-0,97). Cependant, la preuve concernant d'autres effets secondaires spécifiques (constipation, diarrhée, brûlures d'estomac ou vomissements) ou tout effet secondaire présente un niveau de certitude très faible.

### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve suggère qu'une supplémentation intermittente en fer peut avoir un effet similaire à une supplémentation quotidienne en fer sur le faible poids à la naissance (< 2500 g) (huit essais, 1898 nouveau-nés ; RR : 0,82, IC 95 % : 0,50-1,22). Cependant, le niveau de preuve concernant la naissance avant terme et la très grande prématurité a été évalué comme très faible. Le niveau de preuve concernant les effets d'une supplémentation intermittente en fer versus une supplémentation quotidienne en fer sur la mortalité

néonatale est également très faible. Les résultats relatifs aux infections chez les nouveau-nés et à leur petite taille pour l'âge gestationnel n'ont pas été inclus dans l'examen.

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Une supplémentation intermittente en fer et en acide folique peut avoir un coût moins élevé qu'une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique en raison de la plus faible dose hebdomadaire totale.

### Équité

Une supplémentation intermittente en fer et en acide folique peut avoir moins d'impact sur les inégalités en matière de santé qu'une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique car l'anémie est plus fréquente dans les populations défavorisées.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que la disponibilité de suppléments de fer peut fortement encourager les femmes à se tourner vers les prestataires de soins prénatals (faible confiance dans la preuve) (22). Cependant, si la supplémentation nécessite des coûts supplémentaires ou si les suppléments ne sont pas disponibles (en raison de restrictions de ressources) les femmes auront vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (confiance élevée dans la preuve). Une supplémentation intermittente en fer peut être plus acceptable pour les femmes qu'une supplémentation quotidienne en fer, en particulier si elles éprouvent des effets secondaires.

### Faisabilité

Une supplémentation intermittente en fer est susceptible d'être plus facilement applicable dans des contextes à faibles ressources, si elle est moins coûteuse qu'une supplémentation quotidienne en fer.

## A.3: Suppléments de calcium

**RECOMMANDATION A.3: Dans les populations où la prise alimentaire de calcium est faible, une supplémentation quotidienne (1,5-2,0 g de calcium élémentaire par voie orale) est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire les risques de prééclampsie. (Recommandation spécifique au contexte)**

### Remarques

- Cette recommandation est compatible avec les recommandations OMS de 2014 *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie* (57) (recommandation forte, preuve de qualité modérée) et se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2013 *Guideline: calcium supplementation in pregnant women* (38).
- Les conseils nutritionnels prodigués aux femmes enceintes devraient encourager un apport approprié de calcium par la consommation d'aliments locaux riches en calcium.
- L'acceptabilité peut être améliorée en répartissant la dose de calcium en plusieurs prises. Le schéma de supplémentation en calcium suggéré est de 1,5 à 2 g par jour, la dose totale étant répartie en trois doses, prises de préférence au moment des repas.
- Des interactions négatives entre les suppléments de fer et de calcium peuvent se produire. Les deux nutriments doivent donc être administrés à plusieurs heures d'intervalle plutôt que simultanément (38).
- Comme il n'existe pas de preuve claire concernant le moment où la supplémentation en calcium doit débuter, les acteurs concernés peuvent être amenés à commencer la supplémentation lors de la première visite de soins prénatals, étant donné de possibles problèmes d'observance.
- Afin d'atteindre les populations les plus vulnérables et garantir une fourniture des suppléments continue et en temps voulu, les acteurs concernés peuvent être amenés à envisager des délégations de tâches pour assurer la supplémentation en calcium dans des contextes de communautés ayant difficilement accès à des professionnels de santé (voir la Recommandation E.6.1, dans la section E : Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals).
- La mise en œuvre et l'impact de cette recommandation devraient être suivis aux niveaux régional et national des services de santé, en se fondant sur des critères clairement définis et des indicateurs associés à des objectifs convenus localement. Les succès et les échecs devraient être évalués pour étayer l'intégration de cette recommandation dans l'ensemble des soins prénatals.
- D'autres recommandations de l'OMS sur la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie sont disponibles dans les recommandations de l'OMS de 2011 (57), consultable sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334_fre.pdf)

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets de la supplémentation en calcium par rapport à l'absence de supplémentation (pour des résultats autres que l'hypertension/la prééclampsie) (Tableau EB A.3 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la supplémentation en calcium sur des résultats autres que l'hypertension/la prééclampsie ont été obtenues à partir d'une revue systématique Cochrane (58). L'examen comprenait les données de 23 essais impliquant 18 587 femmes enceintes. L'objectif de l'examen était de déterminer l'effet du calcium sur les issues maternelles et périnatales autres que l'hypertension. Il existe une revue Cochrane séparée sur l'hypertension (59), auquel on s'est référé pour étayer les recommandations OMS existantes sur la supplémentation en calcium afin de prévenir la prééclampsie dans les

populations dont l'apport en calcium par la nourriture est faible (37, 57).

Dans 14 essais, les doses quotidiennes de calcium allaient de 1000 mg à 2000 mg, et, dans les autres, elles étaient inférieures à 1000 mg. Dans 11 essais, la supplémentation en calcium a débuté à 20 semaines de gestation ou plus tard, dans cinq essais, elle a débuté avant 20 semaines et dans les autres essais, le début de la supplémentation n'était pas spécifié. Le principal résultat dans 16 des essais était l'hypertension induite par la grossesse. Chacun des résultats autres que l'hypertension a fait l'objet de peu d'essais ; les preuves en sont présentées dans cette section.

#### Issues maternelles

Un niveau de preuve élevé montre que la supplémentation en calcium n'a pas d'effets importants sur l'anémie maternelle (un essai, 1098 femmes ; RR : 1,04, IC 95 % :

0,90-1,22) ou les taux de césariennes (neuf essais, 7440 femmes ; RR : 0,99, IC 95 % : 0,89-1,10). Un niveau de preuve moyen indique qu'une supplémentation en calcium n'a probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (deux essais, 8974 femmes ; RR : 0,29, IC 95 % : 0,06-1,38) et qu'il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque d'infections du tractus urinaire (trois essais, 1743 femmes ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,69-1,30). Un faible niveau de preuve suggère que, avec une supplémentation en calcium, il n'y a pas ou peu de différence pour le gain de poids maternel (trois essais ; DM : -29,46 g par semaine, IC 95 % : -119,80 à 60,89 g par semaine). La satisfaction maternelle n'a été signalée dans aucun des essais retenus dans la revue Cochrane.

**Effets secondaires :** Avec une supplémentation en calcium, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque de « tout effet secondaire », résultat composite incluant maux de tête, vomissements, œdèmes, gonflements, gênes vaginales et urinaires, dyspepsie et douleurs abdominales (un essai, 8312 femmes ; RR : 1,02, IC 95 % : 0,93-1,12), et probablement pas ou peu de différence concernant le risque de calculs urinaires (trois essais, 13 419 femmes ; RR : 1,11, IC 95 % : 0,48-2,54), de coliques néphrétiques (un essai, 8312 femmes ; RR : 1,67, IC 95 % : 0,40-6,99) et de troubles de la fonction rénale (un essai, 4589 femmes ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,51-1,64), le niveau de l'ensemble des preuves étant considéré comme modéré. Un faible niveau de preuve suggère que la supplémentation en calcium n'a pas ou peu d'effet sur le risque de calculs biliaires (un essai, 518 femmes ; RR : 1,35, IC 95 % : 0,48-3,85).

### Issues fœtales et néonatales

Une supplémentation en calcium n'a probablement pas ou peu d'effet sur le faible poids à la naissance (< 2500 g), comme indiqué par un niveau de preuve moyen en raison d'incohérences (six essais, 14 162 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,81-1,07). Un faible niveau de preuve suggère qu'elle peut n'avoir aucun ou peu d'effet sur la naissance avant terme en deçà de 37 semaines de gestation (13 essais, 16 139 femmes ; RR : 0,86, IC 95 % : 0,70-1,05). Cependant, lorsque les essais sont stratifiés par dose (< 1000 mg vs ≥ 1000 mg), un niveau de preuve moyen montre qu'une supplémentation en calcium à dose élevée réduit probablement le nombre de naissances avant terme (12 essais, 15 479 femmes ; RR : 0,81, IC 95 % : 0,66-0,99).

Un faible niveau de preuve suggère que, avec une supplémentation en calcium, il n'y a pas ou peu de différence pour la mortalité périnatale (huit essais, 15 785 femmes ; RR : 0,87, IC 95 % : 0,72-1,06), et un niveau de preuve moyen montre qu'elle n'a probablement aucun

ou peu d'effet sur les mortinaissances ou les décès fœtaux (six essais, 15 269 femmes ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,72-1,14).

### Autres éléments pris en compte :

- Dans le document de l'OMS *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie* (2014), la recommandation relative au calcium indique : « Dans les zones dans lesquelles l'apport alimentaire en calcium est faible, une supplémentation en calcium pendant la grossesse (à des doses de 1,5-2,0 g de calcium élémentaire/jour) est recommandée pour la prévention de la prééclampsie chez toutes les femmes, mais en particulier chez celles qui présentent un risque élevé de développer une prééclampsie (recommandation forte) » (57). Cette recommandation est fondée sur une preuve de qualité modérée indiquant une réduction de 64 % (IC : 35-80 %) du risque de prééclampsie parmi les femmes ou les populations dont l'apport alimentaire de base en calcium est faible (57).
- Sur la base de la preuve obtenue à partir de l'examen des effets « n'entraînant pas d'hypertension », le GDG a convenu que l'effet du calcium sur la naissance avant terme ne différerait probablement pas de l'effet sur la réduction de la prééclampsie car la naissance avant terme résulte fréquemment d'une prééclampsie.

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Le GDG a noté que le coût du calcium (3 × 1 comprimé de 600 mg par jour pendant 6 mois = US \$11,50) (27) est relativement élevé comparé aux suppléments tels que le fer et l'acide folique. Le poids des suppléments peut également avoir un coût et des incidences sur la logistique en termes de stockage et de transport.

### Équité

Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, les issues de la grossesse sont plus mauvaises parmi les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales que parmi les femmes plus favorisées (29). La naissance avant terme est la cause la plus fréquente de mortalité néonatale, la majorité des décès se produisant dans les pays à revenu faible et moyen. Dès lors, des interventions nutritionnelles dans les populations défavorisées destinées à réduire le nombre de naissances avant terme peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé.

## Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Cependant, l'ingestion de comprimés de carbonate de calcium peut être désagréable pour de nombreuses femmes, car ils sont gros et ont une texture poudreuse (59). En outre, cette intervention nécessite habituellement la prise de trois comprimés par jour, ce qui augmente significativement le nombre de comprimés à prendre quotidiennement (c'est-à-dire en plus du fer et de

l'acide folique). Ceci pourrait avoir des conséquences en termes d'acceptabilité et d'observance, ce qui nécessite une évaluation dans un cadre pragmatique.

## Faisabilité

Outre le coût, la fourniture de suppléments de calcium peut poser des problèmes logistiques (par exemple, les suppléments sont volumineux et nécessitent des moyens de transport et de stockage appropriés pour maintenir les stocks dans les établissements) et soulèvent d'autres difficultés (par exemple, les prévisions). Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins suggèrent qu'un manque de ressources peut limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve) (45).

## A.4: Suppléments de vitamine A

**RECOMMANDATION A.4: Une supplémentation en vitamine A n'est recommandée pour les femmes enceintes que dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique grave, dans le but de prévenir la cécité nocturne.** (Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2011 *Directive: Supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte* (60).
- La vitamine A n'est pas recommandée pour améliorer les issues maternelles et périnatales.
- La carence en vitamine A est un problème de santé publique grave si  $\geq 5\%$  des femmes dans une population ont subi des épisodes de cécité nocturne lors de leur grossesse la plus récente au cours des 35 dernières années, ayant débouché sur une naissance vivante, ou si  $\geq 20\%$  des femmes enceintes présentent un taux de rétinol sérique  $< 0,70 \mu\text{mol/l}$  (61). Déterminer si la carence en vitamine A représente un problème de santé publique suppose d'estimer la prévalence de ce type de carence dans une population en utilisant des indicateurs biochimiques et cliniques spécifiques du statut de la vitamine A.
- Les femmes enceintes devraient être encouragées à bien se nourrir, la meilleure façon d'y parvenir étant d'avoir un régime alimentaire sain et équilibré, et à se référer aux recommandations de l'OMS pour une alimentation saine pendant la grossesse (41).
- Dans les régions dans lesquelles une supplémentation est indiquée en raison d'une carence en vitamine A, une supplémentation quotidienne ou hebdomadaire peut être pratiquée. Les recommandations existantes de l'OMS suggèrent une dose de 10 000 UI de vitamine A par jour, ou une dose hebdomadaire allant jusqu'à 25 000 UI (60).
- Une dose unique de suppléments de vitamine A supérieure à 25 000 UI n'est pas recommandée car son innocuité n'est pas garantie. En outre, une dose unique de suppléments de vitamine A supérieure à 25 000 UI peut avoir un effet tératogène si la prise a lieu entre le 15<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> jour après la conception (60).
- La supplémentation en vitamine A ne présente pas d'avantage démontré dans des populations dans lesquelles l'apport quotidien habituel en vitamine A est supérieur à 8000 UI ou 2400  $\mu\text{g}$ , et le risque potentiel d'événements indésirables augmente quand l'apport est plus élevé (supérieur à 10 000 UI) en cas de prise systématique de suppléments par des personnes dans ces populations (62).

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets d'une supplémentation en vitamine A par apport à l'absence de supplémentation en vitamine A (Tableau EB A.4 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'une revue systématique Cochrane de 19 essais de supplémentation en vitamine A (avec ou sans autres suppléments) par rapport à l'absence de supplémentation en vitamine A (ou placebo, ou autres suppléments) impliquant plus de 310 000 femmes (63). Tous les essais, à l'exception d'un

seul (mené au Royaume-Uni), ont été menés dans des pays à revenu faible et moyen, notamment Afrique du Sud, Bangladesh, Chine, Ghana, Inde, Indonésie, Malawi, Népal, et République unie de Tanzanie. La plupart des essais ont été menés dans des populations souffrant de carence en vitamine A, une étude incluant uniquement des femmes vivant avec le VIH. La conception des essais variait considérablement, notamment en ce qui concerne la dose et le moment de l'intervention. Dix essais ont fourni des données pour la comparaison de la supplémentation en vitamine A seule versus un placebo ou pas de traitement.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen montre qu'une supplémentation en vitamine A pendant la grossesse dans des populations souffrant de carence en vitamine A réduit probablement le taux d'anémies maternelles (trois essais, 15 649 femmes ; RR : 0,64, IC 95 % : 0,43-0,94), mais qu'elle n'a probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (quatre essais, 101 574 femmes ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,65-1,20). Un faible niveau de preuve sur un résultat composite concernant les infections maternelles (notamment, fièvre pendant plus d'une semaine après la naissance, fièvre puerpérale supérieure à 38 °C, mastite subclinique et/ou vaginose bactérienne) suggère qu'une supplémentation en vitamine A peut réduire le taux d'infections maternelles (cinq essais, 17 313 femmes ; RR moyen : 0,45, IC 95 % : 0,2-0,99). Des effets secondaires et autres résultats pris en compte dans la directive sur les soins prénatals chez les mères n'ont pas été notifiés dans les essais.

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve élevé montre que, avec une supplémentation en vitamine A, il n'y a pas ou peu de différence pour la mortalité périnatale (76 176 femmes ; RR : 1,01, IC 95 % : 0,95-1,07), la mortalité néonatale (trois essais, 89 556 nouveau-nés ; RR : 0,97, IC 95 % : 0,90-1,05) ou les mortinaissances (deux essais, 122 850 nouveau-nés ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,98-1,10). Un niveau de preuve moyen indique qu'une supplémentation en vitamine A n'a probablement pas ou peu d'effet sur le faible poids à la naissance (< 2500 g) (quatre essais, 14 599 nouveau-nés ; RR : 1,02, IC 95 % : 0,89-1,16), et un faible niveau de preuve suggère qu'elle n'a probablement pas ou peu d'effet sur la naissance avant terme (cinq essais, 40 137 femmes ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,94-1,01). Les infections néonatales et les anomalies congénitales n'ont pas été notifiées dans les essais.

### Autres éléments pris en compte :

- Un niveau de preuve moyen montre qu'une supplémentation en vitamine A réduit le taux de cécité nocturne chez les femmes enceintes vivant dans des régions où la prévalence de cette affection est élevée (deux essais, approximativement 100 000 femmes ; RR : 0,79, IC 95 % : 0,64-0,98).
- L'ingestion de doses élevées de vitamine A dans les 60 jours qui suivent la conception a été associée à des fausses-couches et à une tératogénicité ; cependant, un groupe d'experts de l'OMS consulté en 1988 a conclu que des doses quotidiennes allant jusqu'à 3000 µg par jour au-delà des 60 jours ne présentait probablement pas de risque, en particulier dans les régions dans lesquelles la carence en vitamine A est fréquente (62).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Les suppléments de vitamine A sont relativement peu coûteux, approximativement US \$0,30 par femme et par mois (10 000 UI par jour ou 25 000 UI par semaine) (27). La vitamine A peut être administrée en tant que supplément quotidien ou hebdomadaire.

### Équité

Des interventions nutritionnelles efficaces dans des populations défavorisées peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé en améliorant l'état nutritionnel et en favorisant une bonne santé maternelle.

### Acceptabilité

Une preuve qualitative indique que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives montrent que, lorsque des coûts supplémentaires sont associés aux suppléments (confiance élevée dans la preuve) ou lorsque l'intervention recommandée n'est pas applicable en raison de restrictions de ressources (faible confiance dans la preuve), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (45).

## A.5: Suppléments de zinc

**RECOMMANDATION A.5: La supplémentation en zinc chez les femmes enceintes n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée avec rigueur.** (Recommandation spécifique au contexte - recherche)

### Remarques

- Un grand nombre d'études incluses présentaient un risque de biais, influençant le niveau de certitude des preuves de l'examen des effets de la supplémentation en zinc.
- La preuve de niveau de certitude faible indiquant qu'une supplémentation en zinc peut réduire le nombre de naissances avant terme nécessite plus de recherches tout comme les autres résultats pour lesquels le niveau de certitude de la preuve est très faible (par exemple, la mortalité périnatale, la septicémie néonatale), en particulier dans des populations affectées par une carence en zinc sans mise en place d'une stratégie de renforcement alimentaire. D'autres recherches devraient avoir pour but de clarifier la mesure dans laquelle une supplémentation en zinc entre en compétition avec des suppléments prénatals de fer et/ou de calcium pour l'absorption. Le GDG a considéré qu'un renforcement alimentaire peut être une stratégie plus efficace en termes de coûts et que davantage de preuves concernant le rapport coût-efficacité sont nécessaires concernant les stratégies de renforcement alimentaire.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets d'une supplémentation en zinc par rapport à l'absence de supplémentation en (Tableau EB A.5 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui incluait 21 essais impliquant plus de 17 000 femmes (64). La plupart des études ont été menées dans des pays à revenu faible et moyen, notamment Afrique du Sud, Bangladesh, Chili, Chine, Égypte, Ghana, Indonésie, Népal, Pakistan, Pérou et République islamique d'Iran. Six essais ont été menés au Danemark, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni. Une supplémentation quotidienne en zinc a été comparée à une absence d'intervention ou un placebo. Les essais présentaient une grande variation en termes de taille de l'essai (intervalle : 56-4926 femmes), dose de zinc (intervalle : 5-90 mg par jour), état nutritionnel et statut du zinc au début de l'essai, début et durée de la supplémentation (commençant avant la conception dans un essai, au premier ou au deuxième trimestre dans la majorité des essais ou après 26 semaines de gestation dans deux essais, jusqu'à l'accouchement), et observance du traitement.

#### Issues maternelles

Une preuve de qualité modérée indique que, avec une supplémentation en zinc, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque d'infections maternelles (trois essais, 1185 femmes ; RR : 1,06; IC 95 % : 0,74-1,53). Le niveau de certitude de la preuve concernant la césarienne, la prééclampsie et les effets secondaires (troubles du goût et de l'odorat chez la mère) est très faible. L'anémie, la mortalité maternelle et la satisfaction maternelle ne faisaient pas partie des résultats pris en compte dans l'examen.

#### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude modéré indique que, avec une supplémentation en zinc, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés (huit essais, 4252 nouveau-nés ; RR : 1,02, IC 95 % : 0,94-1,11) ou de faible poids à la naissance (14 essais, 5643 nouveau-nés ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,78-1,12). Cependant, une preuve de faible qualité suggère qu'une supplémentation en zinc peut réduire le nombre de naissances avant terme (16 essais, 7637 femmes ; RR : 0,86, IC 95 % : 0,76-0,97), en particulier chez les femmes ayant vraisemblablement un faible apport en zinc ou une mauvaise alimentation (14 essais, 7099 femmes ; RR : 0,87, IC 95 % : 0,77-0,98).

Une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'une supplémentation en zinc peut avoir peu ou pas d'effet sur les anomalies congénitales (six essais, 1240 nouveau-nés ; RR : 0,67, IC 95 % : 0,33-1,34) et la macrosomie (définie dans l'examen comme « poids élevé à la naissance » ; cinq essais, 2837 nouveau-nés ; RR : 1,00, IC 95 % : 0,84-1,18). Le niveau de certitude de la preuve concernant la mortalité périnatale et la septicémie néonatale est très faible.

#### Autres éléments pris en compte :

- Les essais présentant une hétérogénéité clinique, on ne sait pas exactement si la dose et le moment de la supplémentation en zinc peut ou non entraîner une possible réduction du nombre de naissances avant terme.
- Il n'existe pas ou peu de preuves relatives aux effets secondaires d'une supplémentation en zinc. En outre, la mesure dans laquelle le zinc peut entrer en compétition pour l'absorption n'est pas connue. L'anémie maternelle n'a pas été évaluée dans l'examen.

### Valeurs

Veillez vous reporter au paragraphe « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Le coût du zinc est approximativement de US \$1,30 pour 100 comprimés de 20 mg (c'est-à-dire moins de US \$3,00 pour un apport de 6 mois sur la base d'une dose quotidienne de 20 mg) (27).

### Équité

Des interventions efficaces destinées à améliorer l'alimentation maternelle dans les populations défavorisées peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé. Un rapport de l'OMS montre que l'existence d'un lien peut être démontrée entre, d'une part, inégalités dans la mortalité néonatale et infantile-juvénile ainsi que dans le retard de croissance et, d'autre part, situation économique, niveau d'instruction et lieu

de résidence dans les pays à revenu faible et moyen. La prévalence du retard de croissance peut être un bon indicateur de la carence en zinc dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (39).

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Il peut être plus facile d'enrichir les aliments en zinc plutôt que d'administrer du zinc en tant que supplément unique, en particulier dans des contextes de prévalence élevée du retard de croissance chez les enfants.

## A.6: Suppléments de micronutriments multiples

### Recommandation A.6: La supplémentation en micronutriments multiples n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.

(Non recommandée)

#### Remarques

- Certaines preuves indiquent qu'une supplémentation en micronutriments multiples comportant 13 à 15 micronutriments différents (notamment du fer et de l'acide folique) apporte des avantages supplémentaires par rapport à une supplémentation en fer et en acide folique seule, mais certaines preuves indiquent également qu'il existe un risque ; les preuves présentent en outre des lacunes importantes. Bien que le GDG ait convenu que, globalement, les preuves étaient insuffisantes pour justifier une recommandation, le groupe a convenu que, dans les populations caractérisées par une prévalence élevée de carences alimentaires, les décideurs peuvent considérer que les avantages d'une supplémentation en micronutriments multiples surpassent les inconvénients pour la santé maternelle, et peuvent choisir d'administrer des suppléments de micronutriments multiples incluant du fer et de l'acide folique.
- Davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer quels micronutriments améliorent les issues maternelles et périnatales et comment ils peuvent être associés de manière optimale en un seul supplément.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets d'une supplémentation en micronutriments multiples (comportant 13 à 15 micronutriments différents) par rapport aux suppléments de fer et d'acide folique (Tableau EB A.6 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui incluait 17 essais impliquant 137 791 femmes (65) ; cependant, seules les données de 14 essais ont été utilisées dans la présente comparaison. Ces 14 essais ont tous été menés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire : Bangladesh (2), Burkina Faso (1), Chine (2), Guinée-

Bissau (1), Indonésie (2), Mexique (1), Népal (2), Niger (1), Pakistan (1) et Zimbabwe (1). Dans ces essais, des suppléments contenant 13 à 15 micronutriments (y compris du fer et de l'acide folique) ont été comparés à des suppléments contenant uniquement du fer et de l'acide folique, excepté pour un essai dans lequel le supplément du bras témoin contenait uniquement du fer. Dans neuf essais, l'évaluation portait sur des suppléments contenant 15 micronutriments, incluant les vitamines A, B1, B2, B6, B12, C, D et E, du cuivre, de l'acide folique, de l'iode, du fer, de la niacine, du sélénium et du zinc, les posologies étant exactement les mêmes que dans la préparation internationale de l'ONU pour les micronutriments multiples

(UNIMMAP) (66). Les preuves concernant ces essais UNIMMAP ont été synthétisées en les regroupant avec des essais de 13 et 14 suppléments de micronutriments multiples, et dans des analyses en sous-groupes séparées en utilisant le modèle d'effets aléatoires. Les analyses en sous-groupes ont été effectuées selon la dose de fer (60 mg ou 30 mg) utilisée dans le bras témoin. Les analyses figurent dans le supplément consultable en ligne (Tableau EB A.6).

### Issues maternelles

Un niveau de preuve élevé montre qu'une supplémentation en micronutriments multiples à un effet similaire à la supplémentation en fer et acide folique seule (cas standard) sur l'anémie maternelle (cinq essais ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,85-1,13). Par rapport à la supplémentation en fer et acide folique seule, un niveau de preuve moyen indique que, avec une supplémentation en micronutriments multiples, il n'y a pas ou peu de différence pour le taux de césariennes (quatre essais ; RR : 1,03, IC 95 % : 0,75-1,43) et un faible niveau de preuve suggère qu'elle n'a probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (trois essais ; RR : 0,97, IC 95 % : 0,63-1,48). Il n'y avait aucune preuve concernant la satisfaction maternelle ou les effets secondaires.

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve élevé montre qu'une supplémentation en micronutriments multiples réduit le risque de faible poids à la naissance par rapport à une supplémentation en fer et en acide folique seule (14 essais ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,85-0,91), mais un niveau de preuve moyen indique que, avec une supplémentation en micronutriments multiples, il n'y a probablement pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés (13 essais ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,96-1,00). Un niveau de preuve élevé montre que, avec une supplémentation en micronutriments multiples, il n'y a pas ou peu de différence pour la naissance avant terme (11 essais ; RR : 0,95, IC 95 % : 0,88-1,03). Un niveau de preuve moyen montre que, avec une supplémentation en micronutriments multiples, il n'y a probablement pas ou peu de différence pour la mortalité périnatale (11 essais ; RR : 1,00, IC 95 % : 0,85-1,19), la mortalité néonatale (11 essais ; RR : 0,99, IC 95 % : 0,90-1,08) ou les mortinaissances (14 essais ; RR : 0,97, IC 95 % : 0,86-1,09). La preuve concernant les anomalies congénitales est de faible niveau et n'est pas concluante (un essai, 1200 femmes ; RR : 0,99, IC 95 % : 0,14-7,00).

Un niveau de preuve élevé obtenu à partir d'analyses limitées aux essais UNIMMAP uniquement est cohérent avec l'ensemble des observations, excepté qu'il montre

que l'UNIMMAP réduit le risque de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés par rapport à une supplémentation en fer et en acide folique seule (huit essais ; RR : 0,85, IC 95 % : 0,77-0,94).

Les analyses en sous-groupes selon la dose de fer dans le groupe témoin sont généralement cohérentes avec l'ensemble des observations. Cependant, pour le sous-groupe des études dans lesquelles la supplémentation en micronutriments multiples était comparée à 60 mg de fer et 400 µg d'acide folique, un effet négatif des suppléments de micronutriments multiples sur la mortalité néonatale ne peut pas être exclu (six essais ; RR : 1,22, IC 95 % : 0,95-1,57).

### Autres éléments pris en compte :

- Un examen séparé des effets de la supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse en termes d'avantages sur la santé de l'enfant a regroupé les données de neuf des essais inclus dans la revue Cochrane et aucune preuve d'effets positifs n'a été identifiée en ce qui concerne la mortalité infantile, la croissance ou la fonction cognitive (67).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Les suppléments UNIMMAP coûtent environ US \$3 par femme et par grossesse, tandis que les coûts de la supplémentation en fer et en acide folique sont inférieurs à US \$1 (27).

### Équité

Des interventions efficaces destinées à améliorer l'alimentation maternelle dans les populations défavorisées peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé maternelle et néonatale en améliorant la santé maternelle et en évitant les maladies liées aux carences alimentaires. Cependant, la différence de coût entre la supplémentation en micronutriments multiples et la supplémentation en fer et en acide folique peut avoir une incidence sur l'accessibilité économique pour les femmes de populations défavorisées, en particulier celles qui vivent dans des régions reculées et rurales car, souvent, elles doivent payer les visites et les suppléments et doivent en plus supporter des coûts de transport plus élevés en raison de la plus grande distance pour pouvoir accéder aux services de soins prénatals (68).

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les

soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Cependant, le manque de formation appropriée sur la supplémentation en micronutriments multiples a été présenté comme une lacune majeure par les prestataires de soins (68).

### Faisabilité

En termes de demande, la faisabilité de la supplémentation en micronutriments multiples devrait être identique à

celle de la supplémentation en fer et en acide folique si les suppléments sont gratuits et disponibles et les difficultés devraient être identiques en ce qui concerne l'observance. Cependant, en termes d'offre, il peut être nécessaire de surmonter plusieurs obstacles, tels que des changements dans les normes et les politiques réglementaires (par exemple, droits de douane, étiquetage, importations, supervision des pouvoirs publics, etc.) pour garantir une production de micronutriments multiples (locaux ou importés), la disponibilité et la qualité des produits. Une grande variabilité en termes de faisabilité d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays est prévisible (68).

## A.7: Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)

**RECOMMANDATION A.7: La supplémentation en vitamine B6 (pyridoxine) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.**

*(Non recommandée)*

### Remarques

- Les femmes enceintes devraient être encouragées à bien se nourrir, la meilleure façon d'y parvenir étant d'avoir un régime alimentaire sain et équilibré, et à se référer aux recommandations de l'OMS pour une alimentation saine pendant la grossesse (41).
- Le GDG a convenu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves concernant les avantages et les inconvénients, s'il y en a, de la supplémentation systématique en vitamine B6 pendant la grossesse. Cependant, les recherches sur les effets d'une supplémentation systématique en vitamine B6 chez les femmes enceintes en termes d'issues maternelles et périnatales ne sont pas considérées comme prioritaires.

### Synthèse des preuves et élément pris en compte

Effets d'une supplémentation en vitamine B6 par rapport à l'absence de supplémentation en vitamine B6 (Tableau EB A.7 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait quatre essais impliquant approximativement 1646 femmes enceintes (69). Les études ont été menées dans des pays à revenu élevé entre 1960 et 1984. La vitamine B6 (pyridoxine) a été administrée par voie intramusculaire en une seule dose (100 mg) ou par voie orale sous forme de gélules ou de dragées (2,6 mg à 20 mg par jour) et l'effet a été comparé à celui d'un placebo ou à l'absence de traitement. Seules les données de deux des quatre études ont été utilisées pour cette comparaison.

#### Issues maternelles

Un faible niveau de preuve suggère que la supplémentation de pyridoxine par voie orale peut avoir peu ou pas d'effet sur la prééclampsie (deux essais, 1197 femmes ; RR : 1,71,

IC 95 % : 0,85–3,45). Aucune autre issue maternelle faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans l'examen.

#### Issues fœtales et néonatales

Les essais n'ont fourni aucune donnée sur le faible poids à la naissance, la naissance avant terme ou d'autres issues relatives à la directive sur les soins prénatals. Le poids moyen à la naissance a été évalué dans un essai de petite taille mais le niveau de certitude de la preuve est très faible. Aucune preuve concernant les anomalies congénitales n'a été identifiée.

#### Autres éléments pris en compte:

- Un niveau de preuve moyen montre que la vitamine B6 apporte probablement un certain soulagement des nausées pendant la grossesse (voir la synthèse des preuves de la Recommandation D.1, dans la section D : Interventions face à des signes cliniques courants).
- La carence en vitamine B6 seule est rare ; elle se produit principalement en association avec des carences en autres vitamines B (70).

## Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

## Ressources

En tant que supplément unique, la vitamine B6 (comprimés de chlorhydrate de pyridoxine) peut coûter environ US \$2,50 pour 90 comprimés de 10 mg (71).

## Équité

Des interventions efficaces destinées à améliorer l'alimentation maternelle dans des populations défavorisées peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé.

## Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins

prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22).

## Faisabilité

Une preuve issue de recherche qualitative montre que, lorsque des coûts supplémentaires sont associés aux suppléments (confiance élevée dans la preuve) ou lorsque l'intervention recommandée n'est pas applicable en raison de restrictions de ressources (faible confiance dans la preuve), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (45).

## A.8: Suppléments de vitamines E et C

**RECOMMANDATION A.8: La supplémentation en vitamines E et C n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. (Non recommandée)**

### Remarques

- Le GDG a noté que des suppléments combinés de vitamines E et C ont été évalués principalement dans le contexte de la prévention de la prééclampsie. La vitamine C est importante pour améliorer la disponibilité du fer administré par voie orale, mais cet aspect n'a pas été envisagé dans le contexte des examens Cochrane. En outre, une preuve de niveau de certitude faible concernant la vitamine C seule suggère que cette dernière peut prévenir la rupture prématurée des membranes (RPM). Dès lors, le GDG a convenu que des recherches supplémentaires devraient porter sur des suppléments de vitamine C séparément des suppléments de vitamines E et C.
- Les femmes enceintes devraient être encouragées à bien se nourrir, la meilleure façon d'y parvenir étant d'avoir un régime alimentaire sain et équilibré, et à se référer aux recommandations pour une alimentation saine pendant la grossesse (41). La quantité de vitamine c présente dans l'alimentation est généralement suffisante.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets de la supplémentation en vitamines E et C par rapport à l'absence de supplémentation en vitamines E et C (Tableau EB A.8 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir de deux revues systématiques Cochrane qui comprenaient 17 essais menés dans des pays à revenu faible, moyen et élevé (72, 73). Dans ces essais, des suppléments de vitamines E et C combinés ont été évalués par rapport à un placebo ou à l'absence de suppléments de vitamines E et C. La dose de vitamine E la plus couramment utilisée était de 400 UI par jour (15 essais) et, pour la vitamine C, de 1000 mg par jour (13 essais). Dans 14 essais, le principal indicateur de résultat était la prééclampsie et, dans neuf des essais,

les femmes recrutées présentaient un risque « élevé » ou « accru » de prééclampsie. Dans la plupart des essais, la supplémentation a commencé au deuxième trimestre.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen montre que des suppléments de vitamines E et C combinés n'ont probablement pas ou peu d'effet sur le risque de développement d'une prééclampsie (14 études, 20 878 femmes; RR : 0,91 IC 95 % : 0,79-1,06) et d'éclampsie (huit essais, 19 471 femmes; RR : 1,67, IC 95 % : 0,82-3,41). Un niveau de preuve moyen montre également que des suppléments de vitamines E et C n'ont probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (sept essais, 17 120 femmes; RR : 0,60, IC 95 % : 0,14-2,51) et le taux de césariennes (six essais, 15 297 femmes; RR : 1,02, IC 95 % : 0,97-1,07).

**Effets secondaires:** Un niveau de preuve élevé montre qu'une supplémentation en vitamines E et C est associée à un risque accru de douleurs abdominales pendant la grossesse (un essai, 1877 femmes ; RR : 1,66, IC 95 % : 1,16-2,37 ; effet absolu : 32 cas supplémentaires pour 1000 femmes).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve élevé indique qu'une supplémentation en vitamines E et C n'a pas d'effet important sur la petite taille pour l'âge gestationnel (11 essais, 20 202 femmes ; RR : 0,98, IC 95 % 0,91-1,06). Une preuve de niveau de certitude modéré montre que des suppléments de vitamines E et C n'ont probablement pas ou peu d'effet sur la naissance avant terme (11 essais, 20 565 nouveau-nés ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,88-1,09), les infections néonatales (cinq essais, 13 324 nouveau-nés ; RR : 1,10, IC 95 % : 0,73-1,67) et les anomalies congénitales (quatre essais, 5511 nouveau-nés ; RR : 1,16, IC 95 % : 0,83-1,63).

### Autres éléments pris en compte :

- Le niveau de preuve élevé relatif aux douleurs abdominales est fondé sur un essai bien conçu de grande taille dans lequel les douleurs abdominales ont été observées chez 7,9 % des femmes du groupe recevant un supplément de vitamines E et C et chez 4,8 % des femmes du groupe recevant un placebo.
- Malgré le niveau de certitude pour ces effets de la supplémentation en vitamines E et C, il n'existe pas d'explication biologique de ces effets négatifs.
- Un niveau de preuve moyen indique que des suppléments de vitamines E et C réduisent probablement le risque de décollement placentaire (sept essais, 14 922 femmes ; RR : 0,64, IC 95 % : 0,44-0,93 ; effet absolu : trois décollements en moins pour 1000 femmes) mais que, avec des suppléments de vitamines E et C, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne le risque d'hémorragie dû à une cause quelconque (deux essais, 12 256 femmes ; RR : 1,25, IC 95 % : 0,85-1,82).
- Un niveau de preuve élevé montre qu'une supplémentation en vitamines E et C augmente la fréquence de RPM à terme (37 semaines de gestation ou plus) (deux essais, 2504 femmes ; RR : 1,77, IC 95 % : 1,37-2,28 ; effet absolu : 52 cas de RPM supplémentaires pour 1000 femmes).
- L'essai ayant fourni le plus de données sur la RPM a été interrompu tôt, sur la base des données de RPM

obtenues, lorsque seul un quart de l'échantillon prévu (10 000 femmes) a été constitué.

- Un niveau de preuve faible à modéré concernant la supplémentation en vitamine C seule suggère que celle-ci (à des doses allant de 100 mg à 1000 mg) peut réduire la fréquence des RPM avant terme (cinq études, 1282 femmes ; RR : 0,66, IC 95 % : 0,48-0,91) et des RPM à terme (une étude, 170 femmes ; RR : 0,55, IC 95 % : 0,32-0,94).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

La vitamine E (tocophérol) à raison de 400 UI par jour peut coûter environ US \$8 pour un approvisionnement d'un mois. Les coûts de la vitamine C varient considérablement ; des comprimés de vitamine C à croquer (1000 mg) peuvent coûter environ US \$3 pour un approvisionnement d'un mois (74).

### Équité

Des interventions efficaces destinées à réduire le risque de prééclampsie peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé car la mortalité due à la prééclampsie affecte principalement les populations défavorisées.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Une preuve issue de recherche qualitative montre que, lorsque des coûts supplémentaires sont associés aux suppléments (confiance élevée dans la preuve) ou lorsque l'intervention recommandée n'est pas applicable en raison de restrictions de ressources (faible confiance dans la preuve), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (45).

## A.9: Suppléments de vitamine D

**RECOMMANDATION A.9: La supplémentation en vitamine D n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. (Non recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women (75)*.
- Il faudrait expliquer aux femmes enceintes que la lumière solaire est la source la plus importante de vitamine D. Le temps nécessaire d'exposition au soleil n'est pas connu et dépend de nombreuses variables, notamment la surface de peau exposée, le moment de la journée, la latitude et la saison, la pigmentation de la peau (les peaux à pigmentation sombre synthétisent moins de vitamine D que celles à pigmentation claire) et l'utilisation de crème solaire (75).
- Les femmes enceintes devraient être encouragées à bien se nourrir, la meilleure façon d'y parvenir étant d'avoir un régime alimentaire sain et équilibré, et à se référer aux recommandations pour une alimentation saine pendant la grossesse (41).
- Pour les femmes enceintes présentant une carence établie en vitamine D, des suppléments de vitamine D peuvent être administrés selon l'apport nutritionnel actuellement recommandé de 200 UI (5 µg) par jour.
- Selon la revue Cochrane, il existe 23 études en cours ou non publiées sur la supplémentation en vitamine D pendant la grossesse (76). Les preuves obtenues à partir de ces essais devraient contribuer à lever les incertitudes actuelles concernant les effets de la vitamine D, notamment l'effet sur la naissance avant terme, et tout autre avantage ou inconvénient de la vitamine D quand elle est associée à d'autres vitamines et sels minéraux, en particulier le calcium.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets d'une supplémentation en vitamine D par rapport à l'absence de supplémentation en vitamine D (Tableau EB A.9 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'une revue systématique Cochrane qui comprenait 15 essais impliquant 2833 femmes (76). Neuf essais ont été menés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Bangladesh, Brésil, Chine, Inde et République islamique d'Iran) et six ont été menés dans des pays à revenu élevé (France, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Russie). Les tailles des échantillons allaient de 40 à 400 femmes. Dans neuf essais, les effets de la vitamine D seule ont été comparés à ceux d'un placebo ou à l'absence de supplémentation et, dans six essais, les effets de la vitamine D plus calcium ont été comparés à ceux d'un placebo ou à l'absence de supplémentation. La dose et le schéma d'administration de la vitamine D variaient considérablement parmi ces essais.

#### a) Supplémentation en vitamine D seule par rapport à un placebo ou à l'absence de supplémentation

Les données de neuf essais ont été utilisées pour cette comparaison. Dans six essais, l'administration quotidienne de vitamine D à des doses allant de 400 UI à 2000 UI a été évaluée. L'évaluation portait sur une seule dose de 200 000 UI administrée à environ 28 semaines de gestation (deux essais), sur une dose hebdomadaire de 35 000 UI administrée pendant le troisième trimestre (un

essai) et sur une à quatre doses de vitamine D, soit un total de 60 000 à 480 000 UI, administrées selon les niveaux sériques de référence de la 25-hydroxy-vitamine D chez les participantes (un essai).

#### Issues maternelles

Le niveau de preuve relatif à la prééclampsie, au diabète gestationnel, à la mortalité maternelle, aux césariennes et aux effets secondaires est très faible (toutes les observations ont été considérées comme des preuves de très faible niveau de certitude).

#### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve suggère que la supplémentation en vitamine D peut réduire la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (trois essais, 493 femmes ; RR : 0,40, IC 95 % : 0,24-0,67) et de naissances avant terme (< 37 semaines de gestation) (trois essais, 477 femmes ; RR : 0,36, IC 95 % : 0,14-0,93), mais peut avoir peu ou pas d'effet sur les décès néonataux (deux essais, 282 femmes ; RR : 0,27, IC 95 % : 0,04-1,67) et les mortinaissances (trois essais, 540 femmes ; RR : 0,35, IC 95 % : 0,06-1,99).

#### b) Supplémentation en vitamine D plus calcium par rapport à un placebo ou à l'absence de supplémentation

Les données de six essais ont été utilisées pour cette comparaison. Les doses de vitamine D allaient de 200 UI à 1250 UI par jour et les doses de calcium allaient de 375 mg à 1250 mg par jour.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen montre que l'administration de vitamine D plus calcium réduit probablement le taux de prééclampsie (trois essais, 798 femmes ; RR : 0,51; IC 95 % : 0,32-0,80), mais un faible niveau de preuve suggère qu'elle peut avoir peu ou pas d'effet sur le diabète gestationnel (un essai, 54 femmes, un cas ; RR : 0,43, IC 95 % : 0,05-3,45).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que l'administration de vitamine D plus calcium augmente probablement le nombre de naissances avant terme (< 37 semaines de gestation) (trois essais, 798 femmes ; RR : 1,57, IC 95 % : 1,02-2,43). Un faible niveau de preuve suggère que l'administration de vitamine D plus calcium n'a pas ou peu d'effet sur la mortalité néonatale (un essai, 660 femmes ; RR : 0,20, IC 95 % : 0,01-4,14).

### Autres éléments pris en compte :

- En raison des preuves limitées actuellement disponibles pour évaluer directement les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'une supplémentation en vitamine D seule pendant la grossesse pour améliorer les issues maternelles et la santé de l'enfant, l'application de cette intervention pendant la grossesse dans le cadre des soins prénatals systématiques n'est pas recommandée (75).
- Le niveau de preuve moyen indiquant que l'ajout de vitamine D à une supplémentation en calcium accroît probablement le nombre de naissances avant terme est préoccupant et cet effet négatif potentiel nécessite d'autres recherches.

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Les suppléments de vitamine D peuvent coûter US \$2 ou plus par mois, selon la dose prescrite (74).

### Équité

Des interventions efficaces destinées à améliorer l'alimentation maternelle dans les populations défavorisées peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives Des preuves qualitatives issue de recherche qualitative indique que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives montrent que, lorsque des coûts supplémentaires sont associés aux suppléments (confiance élevée dans la preuve) ou lorsque l'intervention recommandée n'est pas applicable en raison de restrictions de ressources (faible confiance dans la preuve), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (45).

## A.10 : Restriction de la prise de caféine

**RECOMMANDATION A.10 : Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour),<sup>a</sup> une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque d'arrêt de la grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance. (Recommandation spécifique au contexte)**

### Remarques

- Les femmes enceintes devraient être informées du fait qu'une dose journalière élevée de caféine (> 300 mg par jour) est probablement associée à un risque plus élevé d'arrêt de la grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance.
- La caféine est un stimulant présent dans le thé, le café, les boissons sucrées, le chocolat, les noix de cola et certains médicaments vendus sans ordonnance. Le café est probablement la source la plus courante d'ingestion élevée de caféine. Une tasse de café instantané peut contenir environ 60 mg de caféine ; cependant, certaines marques de café préparé commercialement contiennent plus de 150 mg de caféine par portion.
- Les thés contenant de la caféine (thé noir et thé vert) et les boissons sucrées (de type cola et thé glacé) contiennent habituellement moins de 50 mg par portion de 250 ml.

a Ce chiffre couvre tous les produits, boissons ou aliments contenant de la caféine (c'est-à-dire café, thé, boissons sucrées de type cola, boissons énergétiques caféinées, chocolat ou comprimés de caféine).

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### a) Effets du café décaféiné versus du café caféiné (preuves fondées sur des ECR) (Tableau EB A.10a consultable en ligne)

Certaines preuves concernant les effets de l'ingestion de caféine ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait deux ECR (40). Seules les données d'un des essais, mené au Danemark, ont été utilisées. Dans cet essai, 1207 femmes enceintes buvant plus de trois tasses de café par jour ont été randomisées de façon à recevoir du café instantané décaféiné (groupe d'intervention) versus du café instantané caféiné (groupe témoin) afin d'évaluer l'effet d'une réduction de l'ingestion de caféine pendant la grossesse. Dans cet essai, la teneur en caféine d'une tasse de café caféiné a été estimée à 65 mg. Il n'y avait pas de restriction pour d'autres sources de caféine, telles que cola, thé et chocolat. L'ingestion quotidienne moyenne de caféine dans le groupe recevant du café décaféiné était de 117 mg par jour (écart interquartile : 56-228 mg) par rapport à 317 mg par jour (écart interquartile : 229-461 mg) dans le groupe recevant du café caféiné.

#### Issues maternelles

Aucune des issues maternelles faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans l'examen.

#### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve obtenu à partir d'un essai montre que la restriction de la prise de caféine (remplacement du café caféiné par du café décaféiné) peut avoir peu ou pas d'effet sur la petite taille pour l'âge gestationnel (1150 nouveau-nés ; RR : 0,97, IC 95 % : 0,57-1,64), sur le poids moyen à la naissance (1197 nouveau-nés ; DM : 20,00, IC 95 % : 48,68 à 88,68) et sur la naissance avant terme (1153 nouveau-nés ; RR : 0,81, IC 95 % : 0,48-1,37).

Aucune donnée n'était disponible sur les anomalies congénitales ou la mortalité périnatale.

### b) Effets d'une ingestion de caféine élevée versus une ingestion de caféine modérée, faible ou nulle (preuves non fondées sur des ECR) (Tableau EB A.10b consultable en ligne)

Le GDG a estimé que les preuves fondées sur des ECR étaient insuffisantes pour émettre une recommandation sur la restriction de la prise de caféine ; des preuves supplémentaires fondées sur des examens d'études non randomisées ont donc été évaluées. Dans deux examens d'études non randomisées, la question suivante

était posée : « Y a-t-il une association entre l'ingestion maternelle de caféine et le risque de faible poids de l'enfant à la naissance ? » (77, 78), et dans deux autres examens la question était : « Y a-t-il une association entre l'ingestion maternelle de caféine et le risque de perte de grossesse ? » (79, 80). Dans ces examens, une faible dose de caféine était définie comme inférieure à 150 mg par jour et une dose élevée comme supérieure à 300 mg ou à 350 mg par jour. L'ensemble des données des quatre examens a été ajusté en tenant compte du tabagisme et d'autres variables et a été soumis à des méta-analyses dose-réponse.

#### Issues fœtales et néonatales : faible poids à la naissance

Un niveau de preuve moyen obtenu à partir d'une revue montre qu'une dose élevée de caféine (supérieure à 300 mg) est probablement associée à un risque plus élevé de faible poids à la naissance qu'une dose faible ou nulle de caféine (12 études ; odds ratio 1,38, IC 95 % : 1,10-1,73) (78). Un niveau de preuve très faible à modéré obtenu à partir de l'autre revue a été stratifié en fonction de la dose et montre que l'ingestion d'une très faible dose de caféine peut être associée à une plus faible fréquence d'enfants de faible poids à la naissance que l'ingestion d'une dose faible (cinq études ; RR : 1,13, IC 95 % : 1,06-1,21), modérée (sept études ; RR : 1,38, IC 95 % : 1,18-1,62) ou élevée de caféine (huit études ; RR : 1,60, IC 95 % : 1,24-2,08) (77).

#### Issues fœtales et néonatales : mortinaissances

Le terme « arrêt de grossesse » indiqué dans les revues recouvre à la fois les mortinaissances et les fausses-couches. Un niveau de preuve moyen obtenu à partir d'un examen (80) montre que toute ingestion de caféine augmente probablement la perte de grossesse par rapport aux témoins (pas d'exposition) (18 études ; OR 1,32, IC 95 % : 1,24-1,40). Cependant, la perte de grossesse est probablement plus fréquente chez les femmes enceintes qui absorbent une dose modérée de caféine (18 études ; OR 1,28, IC 95 % : 1,16-1,42) et une dose élevée (17 études, OR 1,60, IC 95 % : 1,46-1,76), mais elle n'est pas plus fréquente si la dose ingérée est faible (13 études ; OR 1,04, IC 95 % : 0,94-1,15) par rapport aux témoins. Le niveau de cette preuve fondée sur des études non randomisées a été élevé en « niveau moyen » en raison de l'existence d'une relation dose-réponse. Une relation dose-réponse a également été observée dans l'autre examen mais le niveau de certitude de la preuve était plus faible (79).

#### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.A : Cadre général (p. 15).

### Ressources

Informar les femmes enceintes des risques probables de l'ingestion de doses élevées de caféine pendant la grossesse est une intervention dont le coût est relativement faible.

### Équité

Les interventions destinées à limiter l'ingestion de caféine pendant la grossesse auront vraisemblablement peu d'impact sur les inégalités en matière de santé car la consommation de café tend à être associée à la prospérité. Toutefois, on ne sait pas de façon claire si la consommation de caféine via d'autres sources peut constituer un problème pour les femmes enceintes dans des populations défavorisées.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes ont tendance à considérer les soins prénatals comme une source de

connaissances et d'informations et qu'elles apprécient généralement tout conseil (notamment alimentaire ou nutritionnel) susceptible de favoriser la santé de l'enfant et de faire de la grossesse une expérience positive (confiance élevée dans la preuve) (22). Des preuves qualitatives concernant les opinions des prestataires de soins prénatals suggèrent qu'ils seraient prêts à fournir des conseils sur les soins en général et des informations spécifiques sur la grossesse (faible confiance dans la preuve) mais ils ont quelquefois l'impression de ne pas avoir la formation appropriée et manquent de ressources et de temps pour assurer ce service de façon adaptée aux souhaits des femmes en termes d'information, de soutien et d'attention (confiance élevée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

Le manque de personnel ayant une formation appropriée pour assurer les interventions de promotion de la santé peut limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve) (45).

# B. Évaluation de la mère et du fœtus

## B.1: Évaluation de la mère

### Cadre général

Les troubles de l'hypertension sont d'importantes causes de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales, représentant environ un quart des décès maternels et de quasi-accidents considérés comme dus à la prééclampsie et à l'éclampsie (9). Le dépistage prénatal de la prééclampsie est essentiel dans le cadre de soins prénatals efficaces. Il est effectué en routine en mesurant la tension artérielle maternelle et en effectuant une recherche de protéinurie lors de chaque visite de soins prénatals ; en cas de détection de prééclampsie, une prise en charge spécifique est nécessaire pour éviter l'éclampsie et d'autres issues maternelles et périnatales défavorables (57). Le GDG n'a donc pas évalué les preuves ni formulé de recommandation sur cette procédure qui est considérée comme une composante essentielle de bonne pratique clinique de soins prénatals.

Dans le cadre de l'élaboration de la directive sur les soins prénatals, spécifiquement en relation avec l'évaluation maternelle, le GDG a pris en compte les preuves et d'autres informations pertinentes sur les interventions destinées à détecter les paramètres suivants pendant la grossesse :

■ **Anémie:** Définie comme une concentration d'hémoglobine sanguine (Hb) inférieure à 110 g/l, l'anémie est la deuxième cause d'incapacité et un des plus graves problèmes mondiaux de santé publique, la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes étant d'environ 38 % (31). L'évaluation clinique (recherche de pâleur de la conjonctive) est une méthode classique de détection de l'anémie mais elle s'est avérée très imprécise. Dans les pays à revenu élevé, la numération formule sanguine complète, qui permet de quantifier le taux d'hémoglobine sanguine, fait partie des soins prénatals systématiques (81). Cependant, cette méthode, ainsi que d'autres tests disponibles, peut être coûteuse, complexe et inapplicable en milieu rural ou dans les pays à revenu faible et moyen. Une méthode fiable et peu coûteuse de détection de l'anémie est donc nécessaire dans les endroits n'ayant pas accès ou ayant un accès limité à des moyens de laboratoire. L'OMS a élaboré l'échelle de couleurs de l'hémoglobine, une méthode peu coûteuse réalisée en plaçant une goutte

de sang non dilué sur un papier pour chromatographie spécialement conçu et en le confrontant avec une gamme de couleurs représentant différentes valeurs d'hémoglobine par incréments de 20 g/l (82). Dans les tests réalisés au moyen d'un hémoglobinomètre, du sang non dilué est directement introduit dans une microcuvette, qui est insérée dans l'hémoglobinomètre (ou photomètre) pour permettre une lecture (82).

- **Bactériurie asymptomatique:** Une bactériurie asymptomatique est une affection courante qui est associée à un risque accru d'infections du tractus urinaire (cystite et pyélonéphrite) chez les femmes enceintes. Jusqu'à 80 % des isolats contiennent *Escherichia coli* ; d'autres agents pathogènes sont notamment *Klebsiella sp.*, *Proteus mirabilis* et des streptocoques du groupe B (83). Les méthodes de diagnostic des streptocoques du groupe B sont notamment la mise en culture de l'urine du milieu du jet (méthode de référence), la coloration de Gram et les bandelettes réactives de test urinaire. Une culture d'urine peut nécessiter jusqu'à sept jours avant d'obtenir un résultat, le seuil de diagnostic étant habituellement défini comme la présence de 10<sup>5</sup> unités formant colonie (UFC)/ml d'un seul organisme (84). Le test de coloration de Gram fait appel à des colorants (cristal violet et safranine O) pour accentuer les différences et distinguer les organismes à Gram positif (bleus) et à Gram négatif (rouges) sur une lame de microscope. En détectant les nitrites, normalement absents dans l'urine, et les leucocytes, qui sont identifiés par une réaction avec la leucocyte estérase, les bandelettes réactives de test urinaire permettent d'identifier la présence dans l'urine de bactéries et de pus, respectivement. La bactériurie asymptomatique est associée à une augmentation du risque de naissance avant terme ; une fois détectée, elle est donc habituellement activement prise en charge avec des antibiotiques (voir également la Recommandation C.1, dans la section C : Mesures préventives).
- **Violence du partenaire sexuel (VPS):** la VPS définie comme un comportement dans le cadre d'une relation sexuelle qui a des conséquences négatives sur les plans physique, psychologique ou sexuel pour les partenaires,

est à présent reconnue comme un sujet de santé publique au niveau mondial. À l'échelle du monde, près d'un tiers de l'ensemble des femmes qui ont une relation ont été confrontées à la violence physique et/ou sexuelle de leur partenaire sexuel (85). La violence émotionnelle (humiliation, insulte, intimidation et comportement dominateur, comme interdiction de voir ses amis ou sa famille) a également des effets négatifs sur la santé des personnes (85). La VPS est liée à des problèmes chroniques chez les femmes, notamment une mauvaise santé reproductive (par exemple, antécédents de maladies sexuellement transmissibles (notamment VIH, grossesse non désirée, avortement et/ou fausse-couche), un état dépressif, la consommation de substances et d'autres problèmes de santé mentale (85). Pendant la grossesse, la VPS est un facteur de risque potentiellement évitable pour différentes issues défavorables, notamment le décès de la mère et du fœtus. Une recherche clinique sur la VPS a pour but d'identifier des femmes qui ont été ou sont confrontées à la VPS afin de proposer des interventions conduisant à de meilleures issues. Certaines autorités publiques et organisations professionnelles recommandent un dépistage des VPS pour toutes les femmes plutôt que

d'interroger uniquement celles qui présentent des symptômes (86).

Outre les recommandations sur ce qui précède, des recommandations sur le diagnostic du diabète gestationnel et le dépistage du tabagisme, de l'abus d'alcool et de la consommation de substances, de la tuberculose et de l'infection par le VIH ont été intégrées dans ce chapitre à partir des directives existantes de l'OMS sur ces affections.

### Valeurs : ce qui compte pour les femmes

Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes appréciaient d'avoir une expérience positive de la grossesse. Dans le cadre d'une évaluation maternelle et fœtale, elles appréciaient d'avoir l'opportunité de bénéficier d'un dépistage et de tests pour optimiser leur santé et celle de leur enfant pour autant que les différentes procédures leur soient expliquées clairement et administrées par des praticiens compétents, respectueux et attentifs (confiance élevée dans la preuve).

## B.1.1: Anémie

**RECOMMANDATION B.1.1: La numération formule sanguine complète est la méthode recommandée pour le diagnostic de l'anémie pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, un dosage sur place de l'hémoglobine avec un hémoglobinomètre est préconisé, de préférence à l'utilisation de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine, comme moyen de diagnostic de l'anémie chez la femme enceinte.**  
(Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Le GDG a convenu que les coûts récurrents élevés du dosage de l'hémoglobine avec des hémoglobinomètres pourraient réduire la faisabilité de cette méthode dans certains contextes de faibles ressources auquel cas la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine de l'OMS peut être utilisée.
- D'autres méthodes technologiquement simples utilisables sur place pour le dépistage de l'anémie doivent être élaborées et/ou recherchées.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Exactitude de la méthode de dosage de l'hémoglobine sur place avec un hémoglobinomètre et de la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine pour la détection de l'anémie (Tableau EB B.1.1 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'un examen de l'exactitude de tests réalisés pour étayer la directive sur les soins prénatals (81). Les données d'une seule étude (671 femmes) ont été utilisées (87). Dans cette étude,

menée au Malawi, l'exactitude de la méthode de dosage de l'hémoglobine sur place avec un hémoglobinomètre (Hemocue®) et par la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine a été comparée à une numération formule sanguine complète réalisée avec un compteur électronique (Coulter counter), la méthode de référence.

Une preuve de niveau de certitude modéré montre que la sensibilité et la spécificité du test de détection de l'anémie (Hb < 110 g/l) avec un hémoglobinomètre sont approximativement de 0,85 (IC 95 % : 0,79-0,90) et de 0,80 (IC 95 % : 0,76-0,83), respectivement, tandis que

la sensibilité et la spécificité de la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine sont plus faibles, étant approximativement de 0,75 (IC 95 % : 0,71-0,80) et de 0,47 (IC 95 % : 0,41-0,53), respectivement.

Pour une anémie sévère (définie dans l'étude comme Hb < 60 g/l), une preuve de niveau de certitude modéré montre que la sensibilité et la spécificité du dosage avec un hémoglobinomètre sont approximativement de 0,83 (IC 95 % : 0,44-0,97) et de 0,99 (IC 95 % : 0,98-1,00), respectivement, tandis que pour la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine elles sont approximativement de 0,50 (IC 95 % : 0,15-0,85) et de 0,98 (IC 95 % : 0,97-0,99), respectivement.

### Autres éléments pris en compte :

- En valeurs absolues, les données signifient que dans des contextes où la prévalence de l'anémie est de 38 %, la détection par dosage avec un hémoglobinomètre échoue pour environ 57 femmes anémiques (IC 95 % : 38-80) sur 1000 femmes testées tandis qu'avec la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine le taux d'échec est probablement d'environ 95 femmes anémiques (IC 95 % : 76-110) sur 1000 femmes testées. Pour des populations dans lesquelles la prévalence de l'anémie sévère est de 5 %, la détection par dosage avec un hémoglobinomètre échoue pour environ neuf femmes souffrant d'une anémie sévère (IC 95 % : 2-27) sur 1000 femmes testées, tandis qu'avec la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine le taux d'échec est probablement d'environ 25 femmes souffrant d'une anémie sévère (IC 95 % : 3-43) sur 1000 femmes testées.
- La principale limitation de la preuve est le faible nombre de femmes chez lesquelles une anémie sévère a été identifiée, ce qui affecte la précision des estimations. Cependant, la preuve suggère que le dosage avec un hémoglobinomètre est probablement plus précis que la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine. Comme il n'y a pas de comparaisons directes dans les études de l'exactitude des tests et comme les intervalles de confiance pour la sensibilité et la spécificité des deux méthodes se chevauchent, il existe une certaine incertitude sur l'exactitude relative de ces tests.
- Dans l'examen, l'exactitude des tests d'évaluation clinique a également été évaluée (quatre études, 1853 femmes), résultant en une sensibilité de 0,64 (IC 95 % : 22-94) pour l'évaluation clinique et une spécificité de 0,63 (IC 95 % : 23-91) pour la détection de l'anémie (Hb < 110 g/l). Donc la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine est vraisemblablement plus sensible mais moins spécifique que l'évaluation clinique.

- Dans les contextes dans lesquels une supplémentation en fer est administrée systématiquement aux femmes enceintes, les conséquences d'un échec de la détection de l'anémie sévère sont plus néfastes que celles d'un échec de la détection d'une anémie légère ou modérée, car les femmes souffrant d'une anémie sévère nécessitent habituellement un traitement supplémentaire. Dès lors, l'exactitude des dosages d'hémoglobine sur place pour la détection d'une anémie sévère pendant la grossesse est probablement plus importante que la capacité de détecter l'hémoglobine en dessous de 110 g/l.
- Une étude de différentes méthodes de dosage de l'hémoglobine au Malawi a montré que la méthode utilisant un hémoglobinomètre était la plus conviviale (82).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.1 : Évaluation maternelle : Cadre général (p. 44).

### Ressources

Tout prestataire de soins peut appliquer aussi bien la méthode utilisant un hémoglobinomètre que la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine après une formation minimale. Les coûts de la méthode utilisant un hémoglobinomètre et de la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine ont été estimés approximativement à US \$0,75 et US \$0,12 par test, respectivement (82). Les deux méthodes nécessitent l'utilisation d'aiguilles pour la piqûre au doigt, des tampons de coton, des gants et des tampons Sterets® ; cependant, les coûts plus élevés associés aux tests avec hémoglobinomètre résultent principalement des fournitures (cuvettes et témoins), du matériel et de sa maintenance.

### Équité

La prévalence d'anémie maternelle la plus élevée est observée en Afrique et dans l'Asie du sud-est, le principal facteur qui y contribue étant les infections parasitaires (33). L'anémie augmente les risques périnataux pour les mères et les nouveau-nés et contribue à une mortalité évitable. Des tests de détection de l'anémie fiables, peu coûteux et simples à utiliser peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé en améliorant la détection et la prise en charge ultérieure des femmes souffrant d'anémie, en particulier d'anémie sévère, dans des contextes de faibles ressources.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans divers contextes, les femmes apprécient généralement les

tests cliniques qui contribuent à leur bien-être pendant la grossesse (confiance modérée dans la preuve) (22). Cependant, des preuves obtenues dans des pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent que si des coûts supplémentaires sont susceptibles d'être associés aux tests ou si les interventions recommandées ne sont pas disponibles en raison de restrictions de ressources, les femmes auront vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de soins prénatals (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Une preuve issue de la recherche qualitative obtenue auprès de prestataires dans différents pays à revenu faible ou intermédiaire indique qu'un manque de ressources, en termes de disponibilité du matériel de diagnostic et de traitements potentiels ainsi que de personnel correctement formé pour assurer les services peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

## B.1.2: Bactériurie asymptomatique

**RECOMMANDATION B.1.2: La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de Gram sur place de l'urine du milieu du jet est recommandée de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les femmes enceintes.** (Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Cette recommandation devrait être envisagée avec la Recommandation C.1 sur le traitement de la bactériurie asymptomatique (voir section C : Mesures préventives).
- Le GDG a convenu que les coûts plus élevés associés à la coloration de Gram peuvent réduire la faisabilité de cette méthode dans des contextes de faibles ressources, auquel cas des bandelettes réactives peuvent être utilisées.
- Le GDG a convenu que la bactériurie asymptomatique était un thème de recherche prioritaire étant donné son association avec la naissance avant terme et l'incertitude liée aux tests urinaires et au traitement dans des contextes présentant différents niveaux de prévalence de la bactériurie asymptomatique. Spécifiquement, des études sont nécessaires pour comparer les tests sur place et le traitement avec les tests suivis de confirmation par mise en culture afin d'étudier les résultats sanitaires et autres questions pertinentes, notamment l'acceptabilité, la faisabilité et la résistance antimicrobienne. En outre, de meilleurs tests réalisables sur place doivent être mis au point pour améliorer l'exactitude et la faisabilité des tests et pour réduire le surtraitement de la bactériurie asymptomatique. Des recherches sont également nécessaires pour déterminer quelle est la prévalence de la bactériurie asymptomatique pour laquelle un dépistage et un traitement ciblés peuvent être efficaces plutôt que d'entreprendre un dépistage et un traitement généralisés.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Exactitude de la coloration de Gram réalisée sur place sur l'urine et des bandelettes réactives pour la détection de la bactériurie asymptomatique (Tableau EB B.1.2 consultable en ligne)

Les preuves ont été obtenues à partir d'un examen de l'exactitude des tests urinaires réalisés sur place qui a été effectué dans le but d'étayer la directive sur les soins prénatals (88). Les données de quatre études (1904 femmes enceintes) sur la coloration de Gram sur l'urine et de huit études (5690 femmes enceintes) sur les bandelettes de test urinaire ont été utilisées. La plupart des études ont été menées dans des pays à revenu faible et moyen. La prévalence moyenne de la

bactériurie asymptomatique dans ces études était de 8 %. Une coloration de Gram est positive si une ou plusieurs bactéries par champ sont détectées en utilisant un objectif avec huile à immersion et un test avec bandelette réactive est positif si des nitrites ou des leucocytes sont détectés. La référence utilisée est la culture d'urine avec un seuil de 105 UFC/ml.

Cependant, le niveau de certitude de la preuve concernant l'exactitude des tests de coloration de Gram et des tests avec bandelettes réactives est très faible, la sensibilité et la spécificité du test de coloration de Gram étant estimées à 0,86 (IC 95 % : 0,80-0,91) et 0,97 (IC 95 % : 0,93-0,99), respectivement, et la sensibilité et la spécificité du test urinaire avec bandelettes étant estimées à 0,73 (IC 95 % : 0,59-0,83) et 0,89 (IC 95 % : 0,79-0,94), respectivement.

Un test avec bandelettes réactives positif pour les nitrites seuls s'est révélé moins sensible mais plus spécifique qu'en prenant en compte simultanément les leucocytes urinaires.

### Autres éléments pris en compte :

- Un niveau élevé d'exactitude dans la détection de la bactériurie asymptomatique est important pour éviter un traitement inutile des femmes, en particulier en raison de l'augmentation de la résistance antimicrobienne. Sur la base de la preuve entachée d'incertitude ci-dessus, et en estimant à 9 % la prévalence de la bactériurie asymptomatique, il y aurait 18 et 118 tests faussement positifs pour 1000 femmes testées avec la coloration de Gram et avec des bandelettes réactives, respectivement. Ceci suggère que, dans des contextes dans lesquels des femmes enceintes sont traitées pour une bactériurie asymptomatique, un diagnostic avec des bandelettes peut résulter en un traitement inutile de nombreuses femmes.
- Les bandelettes réactives peuvent servir à plusieurs tests : outre le dépistage de nitrites et de leucocytes, elles peuvent également permettre la détection de protéines et de glucose dans l'urine. Cependant, l'exactitude de la détection avec bandelettes d'affections liées à la protéinurie (prééclampsie) et à la glycosurie (diabète) est considérée comme faible.

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.1 : Évaluation maternelle : Cadre général (p. 44).

### Ressources

Le coût des bandelettes réactives est relativement faible par rapport à la coloration de Gram, celle-ci nécessitant un personnel formé ainsi que du matériel et des produits de laboratoire (microscope, lames de verre, réactifs, bec Bunsen ou plaque chauffante). La coloration de Gram nécessite plus de temps pour sa réalisation et pour produire des résultats que l'utilisation des bandelettes réactives (10–30 minutes versus 60 secondes).

### Équité

La naissance avant terme est la principale cause de mortalité néonatale dans le monde, les décès intervenant principalement dans les pays à revenu faible et moyen. Un diagnostic et un traitement en temps voulu des facteurs de risque associés à la naissance avant terme peuvent donc contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que, dans divers contextes, les femmes considèrent les soins prénatals comme une source de connaissances, d'informations et d'expertise clinique et qu'elles apprécient généralement les tests et conseils proposés (confiance élevée dans la preuve) (22). Cependant, le recours aux soins prénatals peut être limité si les tests et les procédures ne sont pas clairement expliqués ou si les femmes ont l'impression que leurs croyances et leurs traditions sont négligées ou ignorées par les professionnels de santé. En outre, si le test de la coloration de Gram entraîne de longs temps d'attente lors des soins prénatals ou nécessite de revenir pour obtenir les résultats, cela peut être moins facilement acceptable par les femmes en raison des coûts supplémentaires et des implications pratiques (confiance élevée dans la preuve). Les professionnels de santé préféreront vraisemblablement le test avec bandelettes car il demande moins d'effort (il n'est pas nécessaire d'étiqueter les échantillons pour l'évaluation en laboratoire, de réaliser les tests ou d'établir un calendrier de visites de suivi pour fournir les résultats) et ils pourraient fournir des informations supplémentaires concernant d'autres affections (prééclampsie et diabète) (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives indiquent que, dans certains contextes de pays à revenu faible et moyen, le manque de matériel de diagnostic dans les structures de soins prénatals peut décourager les femmes d'y avoir recours et que, souvent, les prestataires ne disposent pas du matériel de diagnostic, des fournitures ni des compétences pour réaliser les tests (confiance élevée dans la preuve) (45). Dès lors, les bandelettes de test urinaire, qui sont moins coûteuses et plus faciles à utiliser, peuvent être plus adaptées dans des contextes de faibles ressources.

### B.1.3: Violence du partenaire sexuel (VPS)

**RECOMMANDATION B.1.3: Il faut sérieusement envisager une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel (VPS) lors des visites prénatales lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par de telles violences en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, lorsque les capacités pour apporter une réponse sous forme de soutien (y compris l'orientation vers un centre spécialisé, si nécessaire) sont disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées.<sup>a</sup> (Recommandation spécifique au contexte)**

#### Remarques

- Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2013 *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* (86). La preuve fondée sur une enquête clinique était indirecte (recommandation forte) et la preuve fondée sur un dépistage universel a été considérée comme étant de qualité modérée (recommandation conditionnelle).
- Le « dépistage universel » ou « l'enquête systématique » (c'est-à-dire interroger toutes les femmes à toutes les visites de soins de santé) concernant la VPS n'est pas recommandé. Cependant, dans les directives de l'OMS, les soins prénatals sont considérés comme un cadre dans lequel une enquête systématique pourrait être mise en œuvre si les prestataires sont bien formés pour apporter une réponse en première intention et si des exigences minimales sont satisfaites (86).
- Exemples d'états durant la grossesse qui peuvent être provoqués ou compliqués par la VPS (86):
  - blessure traumatique, en particulier si elle se reproduit et que les explications fournies sont vagues ou non plausibles ;
  - partenaire ou mari dérangeant, présent lors des visites ;
  - issues reproductives défavorables, notamment nombreuses grossesses non désirées et/ou interrompues, retard avant de solliciter des soins prénatals, issues de naissance défavorables, maladies sexuellement transmissibles répétées ;
  - symptômes génito-urinaires inexpliqués ou répétés ;
  - symptômes de dépression et d'anxiété ;
  - consommation d'alcool et d'autres substances ;
  - auto-agression, tendance suicidaire, symptômes de dépression et anxiété.
- Le GDG a convenu que, malgré le peu de preuves, il est important de faire une recommandation en raison de la prévalence élevée et de l'importance de la VPS. Dans le cadre des soins prénatals, il est possible d'interroger les femmes sur la VPS lorsqu'elles rencontrent des difficultés à accéder aux soins de santé et d'assurer un suivi avec des interventions de soutien appropriées, par exemple par des conseils et des interventions d'autonomisation. Cependant, la preuve concernant les avantages et les inconvénients potentiels de l'enquête clinique et des interventions ultérieures est absente ou incertaine.
- Une condition minimale pour que les prestataires de santé interrogent les femmes sur la violence est que cela ne présente pas de risque (absence du partenaire) et que l'identification de la VPS soit suivie d'une réponse appropriée. En outre, les prestataires doivent être formés pour pouvoir poser correctement des questions et apporter une réponse appropriée aux femmes qui révèlent des faits de violence (86).
- Des recherches sur la VPS sont nécessaires pour répondre aux questions suivantes :
  - Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour identifier, prévenir et prendre en charge la VPS pendant la grossesse ?
  - Les questions systématiques relatives à la violence ont-elles un impact sur la fréquentation des soins prénatals ?
  - Des interventions ciblées auprès des partenaires de femmes enceintes empêchent-elles la VPS ?
- Des recommandations détaillées sur les réponses à la VPS et à la violence sexuelle dirigée contre les femmes figurent dans les directives cliniques et la politique de l'OMS de 2013 (86), consultables sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

<sup>a</sup> Ces exigences minimales sont : un protocole/une procédure opératoire standard ; une formation sur la façon d'interroger les femmes à propos des VPS et de fournir une réponse minimale, voire plus ; des conditions d'intimité pour cet interrogatoire ; la garantie de la confidentialité ; un système d'orientation en place et un temps suffisant pour permettre à la femme de révéler ses problèmes dans de bonnes conditions.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets d'un dépistage universel pour la détection de la VPS par rapport à l'absence de dépistage (soins habituels) (Tableau EB B.1.3 consultable en ligne)

Les preuves relatives au dépistage de la VPS ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait deux essais menés dans des structures urbaines de soins prénatals dans des pays à revenu élevé (Canada et États-Unis d'Amérique), impliquant 663 femmes enceintes (89). Dans un essai, 410 femmes ont été randomisées avant 26 semaines de gestation pour l'utilisation d'un outil informatisé de dépistage en vue de l'évaluation de la violence, avec ou sans « cue sheet » (donnant les résultats de l'évaluation au prestataire), avant la visite de soins prénatals avec un prestataire de soins de santé. Dans l'autre essai (un ECR en grappe), les prestataires ont utilisé un outil d'entretien en face-à-face pour le dépistage de 15 facteurs de risque, notamment la VPS, avec des femmes à 12-30 semaines de gestation dans les groupes d'intervention tandis que les femmes des groupes témoins recevaient des soins prénatals classiques.

Une preuve de niveau de certitude faible obtenue à partir de l'examen suggère que le dépistage en vue de l'évaluation de la violence permet d'identifier plus de femmes enceintes confrontées à la VPS que celles qui sont identifiées lors des soins prénatals classiques (deux essais, 663 femmes ; OR 4,28, IC 95 % : 1,77-10,36).

### Autres éléments pris en compte :

- L'examen a également rassemblé des données sur le dépistage de la VPS par rapport à l'absence de dépistage dans d'autres structures de soins de santé (impliquant des femmes enceintes et des femmes non enceintes), et l'estimation de l'effet groupé est en faveur du dépistage pour la détection de la VPS (sept essais, 4393 femmes ; OR 2,35, IC 95 % : 1,53-3,59).
- Dans une autre revue Cochrane, les interventions destinées à éviter ou à réduire la VPS ont été évaluées (90). Une preuve incertaine fondée sur une étude suggère que les femmes enceintes qui bénéficient d'interventions concernant la VPS (par exemple, de multiples séances de conseil) pour prévenir ou éviter la VPS signaleraient moins d'épisodes de violence du partenaire pendant la grossesse et la période de postpartum (306 femmes ; RR : 0,62, IC 95 % : 0,43-0,88), mais les données à ce sujet et sur d'autres issues sont en grande partie non concluantes.
- La plupart des preuves issues de l'examen proviennent de pays à revenu élevé dans lesquels la prévalence de femmes confrontée à la VPS au cours des 12 mois

antérieurs était comprise entre 3 % et 6 %. Cependant, dans de nombreux contextes, en particulier là où les facteurs économiques et socioculturels favorisent une culture plus permissive de la violence contre les femmes, la prévalence calculée sur la vie entière est supérieure à 30 %. En particulier, la prévalence parmi les jeunes femmes (moins de 20 ans) approche 30 %, ce qui suggère que la violence commence souvent tôt dans les relations des femmes (85).

- La VPS grave contre les femmes enceintes (par exemple, être battues, étranglées ou brûlées intentionnellement, menacées avec une arme, victimes de l'usage d'une arme, et la violence sexuelle) (85) est plus fréquente chez les femmes qui ont déjà été gravement maltraitées en dehors de la période de la grossesse.
- Le manuel clinique de l'OMS *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence* (2014) présente des recommandations pratiques sur les réponses à apporter (91).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.1 : Évaluation maternelle : Cadre général (p. 44).

### Ressources

Une enquête clinique sur la VPS peut être menée lors d'un entretien en face-à-face ou en proposant aux femmes un questionnaire écrit ou informatisé. Bien que les coûts de mise en œuvre de ces méthodes puissent varier, ils sont relativement faibles. Une prise en charge ultérieure et un soutien face à la VPS faisant suite à l'intervention de dépistage demandent cependant une formation spécialisée et peuvent dès lors avoir des implications importantes en termes de coûts. Le GDG a estimé que la formation et les ressources dans les contextes de faibles ressources seraient plus efficacement utilisées en ciblant la réponse à la VPS plutôt que le dépistage de la VPS.

### Équité

La prévalence de la VPS est élevée dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les populations défavorisées (92, 93). Des interventions efficaces pour enquêter sur la VPS dans des populations défavorisées pourraient contribuer à identifier les femmes qui sont exposées à des issues défavorables liées à la VPS et faciliter les interventions de soutien appropriées pour améliorer l'équité. Cependant, davantage de preuves sont nécessaires.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives Des preuves qualitatives issue d'un ensemble de contextes concernant les opinions des

femmes sur les soins prénatals suggère que les femmes enceintes souhaitent être examinées par un prestataire de soins de santé faisant preuve de gentillesse, leur apportant son soutien, et qui a le temps de discuter de questions de cette nature dans un lieu privé (confiance élevée dans la preuve) (22). Cependant, une preuve obtenue dans des pays à revenu faible ou intermédiaire suggère que les femmes ne répondront vraisemblablement pas de manière positive à des échanges hâtifs d'informations avec des prestataires qu'elles perçoivent souvent comme pressés, non prévenants et parfois brutaux (confiance élevée dans la preuve). En outre, certaines femmes peuvent ne pas apprécier des enquêtes de cette nature, en particulier celles qui vivent dans des sociétés patriarcales dominées par les hommes, dans lesquelles la dépendance financière des femmes vis-à-vis de leur mari peut influencer leur disposition à discuter de VPS, en particulier si le professionnel de santé est un homme (22).

Du point de vue du prestataire, des preuves qualitatives principalement issues de pays à revenu élevé suggèrent que les prestataires de soins ont souvent des difficultés à poser des questions sur la VPS pour les raisons suivantes : ils estiment qu'ils n'ont pas suffisamment de connaissances, de formation ou de temps pour discuter de la VPS en respectant les sensibilités ; la présence du

partenaire constitue un obstacle ; ils peuvent avoir été eux-mêmes victimes de VPS ; ils manquent de connaissances et de recommandations concernant la disponibilité d'autres services de soutien (conseil, travail social, etc.) (confiance élevée dans la preuve). Les prestataires mettent en avant le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes comme manière d'établir une relation positive, fondée sur la confiance et empathique avec des femmes enceintes (confiance modérée dans la preuve) (voir la Recommandation E.2, dans la section E : Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals).

### Faisabilité

Selon une enquête clinique sur la VPS, des interventions complexes, diversifiées, culturellement spécifiques sont nécessaires pour la prise en charge de la VPS, ce qui pourrait représenter une difficulté dans de nombreux contextes de faibles ressources. Cependant, une nouvelle preuve issue de pays à revenu élevé montre qu'un effet positif sur l'autonomisation peut être obtenu lors de séances de conseil et de sensibilisation/soutien, d'une durée moyenne, dans un environnement sécurisé, proposées par des prestataires de soins formés ; il est nécessaire d'étudier la faisabilité de telles interventions dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire (86).

## B.1.4: Diabète gestationnel

**RECOMMANDATION B1.4: Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS.<sup>a</sup> (Recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation a été intégrée à partir du document OMS de 2013 *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy* (la force de la recommandation et la qualité de la preuve ne sont pas établies) (94).
- Actuellement, l'OMS ne propose pas de recommandation sur l'opportunité ni la façon de dépister le diabète gestationnel et les stratégies de dépistage de celui-ci sont considérées comme un domaine de recherche prioritaire, en particulier dans les pays à revenu faible et moyen.
- Un diabète pendant la grossesse diffère d'un diabète gestationnel en ce que l'hyperglycémie est plus grave et ne disparaît pas après la grossesse comme c'est le cas du diabète gestationnel.
- Un examen systématique d'études de cohortes montre que des femmes souffrant d'hyperglycémie (diabète et diabète gestationnel) détectée pendant la grossesse présentent un risque plus élevé d'issues défavorables de la grossesse, notamment la macrosomie, la prééclampsie/troubles dus à l'hypertension pendant la grossesse, et la dystocie des épaules. Le traitement du diabète gestationnel, qui fait habituellement intervenir une approche par étapes des changements de mode de vie (conseils nutritionnels et exercices) suivie par l'administration d'agents hypoglycémisants oraux ou d'insuline si nécessaire, est efficace dans la réduction de ces issues défavorables (94).
- Il existe de nombreuses incertitudes relatives au rapport coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage, à la prévalence du diabète gestationnel et du diabète selon les critères de 2013 dans diverses populations et à l'impact d'un diagnostic précoce des issues de la grossesse (voir le Chapitre 5 : Conséquences pour la recherche) (94).
- La fenêtre habituelle pour le diagnostic du diabète gestationnel se situe entre 24 et 28 semaines de gestation. Le dépistage de facteurs de risque est utilisé dans certains contextes comme stratégie pour déterminer la nécessité d'un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) consistant à mesurer la glycémie à jeun et deux heures après ingestion de 75 g de glucose. Ces facteurs de risque sont notamment un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, des antécédents de diabète gestationnel, des antécédents de macrosomie, des antécédents familiaux de diabète et une ethnicité à prévalence élevée de diabète (95). En outre, des tests de glycosurie avec bandelettes réactives (2+ ou au-delà en une occasion, ou 1+ à deux ou plusieurs reprises) peuvent indiquer un diabète gestationnel non diagnostiqué et, si cela est observé, un test HGPO peut être envisagé (95).
- L'approche de la prise en charge pour les femmes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué pendant la grossesse (c'est-à-dire, chez lesquelles une hyperglycémie grave a été détectée pour la première fois pendant la grossesse) diffère habituellement de l'approche pour les femmes souffrant de diabète gestationnel, en particulier lorsque le diagnostic est précoce ; cependant, les principes de prise en charge sont similaires, nécessitant une orientation vers un centre spécialisé et un suivi accru.
- D'autres informations et éléments en lien avec cette recommandation figurent dans la directive de l'OMS de 2013 (94), consultable sur : [http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia\\_In\\_Pregnancy/en/](http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/)

a Ceci n'est pas une recommandation sur le dépistage systématique de l'hyperglycémie au cours de la grossesse. Cette recommandation a été adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2013 (94), qui spécifie qu'un diabète gestationnel doit être diagnostiqué à tout moment pendant la grossesse si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun 5,1-6,9 mmol/l (92-125 mg/dl) ;
- glycémie plasmatique à 1 heure  $\geq 10,0$  mmol/l (180 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
- glycémie plasmatique à 2 heures 8,5-11,0 mmol/l (153-199 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g.

Un diabète pendant la grossesse devra être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 7,0$  mmol/l (126 mg/dl) ;
- glycémie plasmatique à 2 heures  $\geq 11,1$  mmol/l (200 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
- glycémie plasmatique aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/l (200 mg/dl) en présence de symptômes du diabète.

## B.1.5: Tabagisme

**RECOMMANDATION B.1.5: Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. (Recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation forte fondée sur une preuve de faible qualité a été intégrée à partir du document OMS de 2013 *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy* (96). Les recommandations de cette directive en rapport avec les soins prénatals sont notamment :
  - Les prestataires de soins devraient systématiquement prodiguer des conseils et proposer des interventions psychologiques pour arrêter de fumer à toutes les femmes enceintes qui fument ou ont récemment cessé de fumer (recommandation forte fondée sur une preuve de qualité modérée).
  - Dans tous les établissements de santé, il devrait être interdit de fumer afin de protéger la santé du personnel, des patients et des visiteurs, notamment les femmes enceintes (recommandation forte fondée sur une preuve de faible qualité).
  - Les prestataires de soins devraient fournir aux femmes enceintes, à leur partenaire et aux autres membres de la famille, des conseils et des informations sur les risques d'exposition au tabagisme passif résultant de toutes les formes de tabac à fumer ainsi que sur des stratégies pour réduire le tabagisme passif à domicile (recommandation forte fondée sur une preuve de faible qualité).
  - Les prestataires de soins devraient, autant que possible, intervenir directement auprès des partenaires et autres membres de la famille afin de les informer de tous les risques de l'exposition au tabagisme passif pour les femmes enceintes à partir du tabac sous toutes ses formes, les encourager à réduire l'exposition et leur proposer une aide afin de cesser de fumer (recommandation forte fondée sur une preuve de faible qualité).
- D'autres informations sur les stratégies destinées à prévenir et à prendre en charge le tabagisme passif figurent dans les recommandations de l'OMS de 2013 (96), consultables sur : <http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>

## B.1.6: Consommation de substances psychoactives

**RECOMMANDATION B.1.6: Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. (Recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation forte fondée sur une preuve de faible qualité a été intégrée à partir du document OMS de 2014 *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (97). Les principes généraux de ces directives visaient à hiérarchiser la prévention, à garantir l'accès aux services de prévention et de traitement, à respecter l'autonomie des femmes, à fournir des soins complets, et à prévenir la discrimination et la stigmatisation.
- Le GDG en charge de la recommandation a noté qu'il est important d'interroger les femmes à chaque visite de soins prénatals car certaines femmes ont tendance à signaler des informations sensibles seulement après avoir établi une relation de confiance.
- Les femmes enceintes devraient être averties des risques possibles dus à la consommation d'alcool et de drogues pour leur santé et celle de leur enfant.
- Des instruments de dépistage validés pour la consommation d'alcool et d'autres substances et pour les troubles dus à l'utilisation de substances sont disponibles (voir l'Annexe 3 des directives de 2014 [97]).
- Les prestataires de soins devraient être préparés à intervenir ou à orienter vers un centre spécialisé toutes les femmes enceintes identifiées comme consommatrices d'alcool et/ou de drogues (antérieurement et actuellement).
- Concernant les femmes identifiées comme dépendantes vis-à-vis de l'alcool ou de drogues, la directive comprend notamment les recommandations suivantes :
  - Les prestataires de soins devraient, dès qu'ils en ont l'opportunité, conseiller aux femmes enceintes dépendantes vis-à-vis de l'alcool ou de drogues de cesser leur consommation d'alcool ou de drogues et leur proposer une désintoxication, ou les orienter vers un centre de désintoxication spécialisé, sous surveillance médicale lorsque cela est nécessaire et applicable (recommandation forte fondée sur une preuve de très faible qualité).
  - Les prestataires de soins devraient proposer une brève intervention à toutes les femmes enceintes consommant de l'alcool ou des drogues (recommandation forte fondée sur une faible qualité de la preuve).
- Il a été décidé que, malgré la faible qualité de la preuve concernant les effets de brèves interventions psychosociales, les avantages (réduction potentielle de la consommation d'alcool et de substances) surpassaient tous les inconvénients potentiels qui ont été considérés comme très faibles.
- Un traitement bref est une thérapie structurée de courte durée (généralement 5 à 30 minutes) proposée dans le but d'amener une personne à cesser ou à réduire sa consommation d'une substance psychoactive.
- D'autres recommandations sur les interventions et stratégies visant à identifier et prendre en charge la consommation de substances et les troubles dus à la consommation de substances pendant la grossesse figurent dans les directives de l'OMS de 2014 (97), consultables sur : [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/)

## B.1.7: Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis

**RECOMMANDATION B.1.7:** Dans les contextes de forte prévalence du VIH,<sup>a</sup> on considérera le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataire de soins comme une composante systématique du paquet de soins administré aux femmes enceintes dans toutes les visites prénatales. Dans les contextes de faible prévalence, ces prestations peuvent être envisagées pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals comme une composante clé des efforts pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et pour intégrer le dépistage de ce virus à celui de la syphilis, de maladies virales ou d'autres affections importantes, en fonction du contexte, et également pour renforcer les systèmes de santé sous-jacents de la mère et de l'enfant. (Recommandée)

### Remarques

- Cette recommandation a été intégrée à partir du document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* (98) (la force de la recommandation et la qualité de la preuve n'ont pas été indiquées).
- Le dépistage et les conseils à l'initiative du prestataire de soins sont un service de dépistage du VIH systématiquement proposé dans un établissement de santé et qui comprend des informations fournies avant le test et l'obtention d'un consentement, les personnes ayant la possibilité de refuser le test. Ce service s'est avéré très acceptable et a accru le dépistage du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (98).
- La possibilité d'effectuer un dépistage du VIH dans des services de soins prénatals explique le niveau élevé de connaissances qu'ont les femmes de leur statut par rapport au VIH dans de nombreux pays. Cela a permis aux femmes et à leurs nourrissons de bénéficier d'un traitement antirétroviral.
- L'OMS recommande que le traitement antirétroviral soit initié pour toutes les femmes enceintes chez lesquelles le VIH est diagnostiqué, quelle que soit la numération CD4, et qu'il soit poursuivi pendant toute la durée de leur vie (99). Cette recommandation est fondée sur une preuve qui montre que fournir un traitement antirétroviral à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH améliore les issues sanitaires des personnes infectées, prévient la transmission du VIH de la mère à l'enfant et prévient la transmission horizontale du VIH de la mère à un partenaire sexuel non infecté.
- D'autres recommandations pertinentes pour les services de soins prénatals tirées des directives *Consolidated guidelines on HIV testing services* sont notamment (98) :
  - Sur la communication : Des initiatives doivent être prises pour assurer le respect de la protection de la confidentialité et de la politique de l'établissement, des lois et des normes qui préviennent la discrimination et promeuvent la tolérance et l'acceptation de personnes vivant avec le VIH. Ceci peut contribuer à créer des environnements dans lesquels la communication sur le statut du VIH est plus aisée (recommandation forte, preuve de faible qualité).
  - Sur la répétition du dépistage : Dans des contextes d'épidémie généralisée de VIH :<sup>b</sup> Dépister à nouveau toutes les femmes enceintes négatives pour le VIH au cours du troisième trimestre, pendant le travail ou le postpartum en raison du risque élevé de contracter l'infection par le VIH pendant la grossesse (force de la recommandation et qualité de la preuve non indiquées).
  - Sur la répétition du dépistage : Dans des contextes d'épidémie concentrée de VIH :<sup>c</sup> Dépister à nouveau les femmes enceintes négatives pour le VIH vivant en couple sérodiscordant ou appartenant à un groupe de population clé<sup>d</sup> (force de la recommandation et qualité de la preuve non indiquées).
  - Sur la répétition du dépistage avant le début du traitement antirétroviral : Les programmes nationaux devraient prévoir un nouveau dépistage de toutes les personnes nouvellement et antérieurement diagnostiquées positives pour le VIH avant de commencer les soins et le traitement antirétroviral (force de la recommandation et qualité de la preuve non indiquées).
  - Sur les stratégies de dépistage : Dans les structures dans lesquelles la prévalence du VIH est de 5 % au sein de la population dépistée, un diagnostic VIH positif devrait être établi pour les personnes réactives au test deux fois de suite. Dans les structures dans lesquelles la prévalence du VIH est inférieure à 5 % au sein de la population dépistée, un diagnostic VIH positif devrait être établi pour les personnes réactives au test trois fois de suite (force de la recommandation et qualité de la preuve non indiquées).
  - Sur la délégation de tâches : Des non-professionnels formés et supervisés peuvent réaliser un dépistage du VIH de manière sûre et efficace en utilisant des tests de diagnostic rapide (recommandation forte, preuve de qualité modérée).
- D'autres recommandations sur le dépistage du VIH figurent dans les directives de l'OMS de 2015 (98), consultables sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- En outre, le document de 2015 *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV* (99) est consultable sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

- Pour empêcher la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant, toutes les femmes enceintes devraient être soumises à un dépistage de la syphilis lors de la première visite de soins prénatals durant le premier trimestre et à nouveau durant le troisième trimestre de la grossesse. On trouvera d'autres recommandations sur ce dépistage dans le document OMS de 2006 *Prevention of mother-to-child transmission of syphilis (100)*, consultable sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/prevention\\_mtct\\_syphilis.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf)
- Les dernières directives de l'OMS de 2016 sur le traitement de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis, et sur la prévention de la transmission sexuelle du virus Zika (101-104), sont consultables sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/clinical/en/>

- a Les contextes de forte prévalence sont définis dans le document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* comme des contextes où la prévalence du VIH dans la population dépistée est supérieure à 5 %. Les contextes sont dits de faible prévalence lorsque la prévalence parmi la population dépistée est inférieure à 5 % (98).
- b On parle d'épidémie généralisée de VIH quand le virus est fortement établi dans la population générale. Valeur approximative : la prévalence du VIH est systématiquement supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes fréquentant les centres de soins prénatals (98).
- c On parle d'épidémie concentrée de VIH quand le VIH s'est répandu rapidement dans une sous-population définie (ou une population clé, voir note de bas de page suivante) mais n'est pas bien établie dans la population générale (98).
- d Les populations clés sont définies dans les directives de l'OMS de 2015 comme étant les groupes suivants : hommes ayant des rapports homosexuels, personnes vivant en milieu carcéral ou en milieu fermé, utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, professionnels du sexe et transsexuels (98).

## B.1.8: Tuberculose

**RECOMMANDATION B.1.8: Dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100 000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals.** (*Recommandation spécifique au contexte*)

### Remarques

- Cette recommandation a été adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2013 *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations*, dans lequel elle était considérée comme une recommandation conditionnelle fondée sur une preuve de très faible qualité (105).
- Un dépistage systématique est défini comme une identification systématique des personnes suspectées de tuberculose évolutive dans un groupe cible déterminé, au moyen de tests, d'exams ou d'autres procédures applicables rapidement. Les options pour un dépistage initial comprennent un dépistage des symptômes (soit une toux durant plus de deux semaines ou tout symptôme compatible avec la tuberculose, notamment une toux quelle que soit sa durée, une hémoptisie, une perte de poids, de la fièvre ou des sueurs nocturnes) ou un dépistage par radiographie du thorax. La radiographie du thorax chez les femmes enceintes ne pose pas de risque significatif mais elle devrait se conformer aux directives nationales relatives à l'utilisation de la radiographie pendant la grossesse (105).
- Avant de démarrer le dépistage, il faut que soient en place un diagnostic de grande qualité de la tuberculose, un traitement, des soins, la prise en charge et un soutien et il devrait être possible de passer à une plus grande échelle afin de répondre à une augmentation de la détection de cas pouvant résulter du dépistage.
- Le groupe chargé d'élaborer cette recommandation a noté qu'il peut être impossible de la mettre en œuvre dans des contextes de ressources limitées.
- D'autres recommandations pertinentes pour les services de soins prénatals incluses dans le même document sont notamment (105) :
  - La tuberculose devrait être systématiquement dépistée chez les contacts domestiques et d'autres contacts proches (recommandation forte, preuve de très faible qualité).
  - La tuberculose évolutive devrait être systématiquement dépistée chez les personnes vivant avec le VIH à chaque visite dans un établissement de santé (recommandation forte, preuve de très faible qualité).
  - Le dépistage systématique de la tuberculose évolutive peut également être envisagé dans d'autres sous-populations qui ont difficilement accès aux soins de santé, telles que des personnes vivant dans des bidonvilles, des personnes sans abri, des personnes vivant dans des zones éloignées qui ont difficilement accès aux soins de santé et d'autres groupes vulnérables ou marginalisés, notamment certaines populations indigènes, des migrants et des réfugiés (recommandation conditionnelle, preuve de très faible qualité).
- La tuberculose augmente le risque de naissance avant terme, de mortalité périnatale et d'autres complications de la grossesse. Un traitement de la tuberculose commencé tôt est associé à de meilleures issues pour la mère et pour le nourrisson qu'un traitement tardif (105).
- Pour mieux connaître la charge locale de la tuberculose pendant la grossesse, les systèmes de santé peuvent bénéficier de l'enregistrement du statut de la grossesse dans des registres de dépistage et de traitement de la tuberculose.
- D'autres informations et éléments relatifs à cette recommandation figurent dans les recommandations de l'OMS de 2013 (105), consultables sur : <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

## B.2: Évaluation du fœtus

### Cadre général

L'évaluation de la croissance et du bien-être du fœtus est une partie importante des soins prénatals. Le GDG a pris en compte les preuves et d'autres informations pertinentes sur les interventions suivantes pour évaluer la croissance et le bien-être du fœtus chez des femmes enceintes saines, ne présentant pas de risque d'issues périnatales défavorables :

- **Comptage quotidien des mouvements du fœtus:** La perception maternelle de la réduction des mouvements fœtaux est associée à des issues périnatales défavorables, incluant la mort du fœtus (106). Le comptage quotidien des mouvements fœtaux, tel que la méthode Cardiff « count-to-ten » (comptage de dix mouvements pendant une durée déterminée), méthode consistant à relever sur un diagramme le nombre de coups de pied, est une façon de déterminer le bien-être du fœtus. Avec cette méthode, la femme compte les mouvements fœtaux quotidiens pour évaluer l'état de son enfant. Le but de ce comptage est d'essayer de réduire la mortalité périnatale en alertant les agents de santé quand la santé de l'enfant peut être compromise (107). Le comptage quotidien des mouvements fœtaux peut être utilisé de façon systématique par toutes les femmes enceintes ou seulement par les femmes qui sont considérées comme étant exposées à un risque accru d'issues périnatales défavorables. La détection précoce d'un danger pour le fœtus peut permettre de réaliser des interventions cliniques en temps voulu afin de réduire les issues périnatales défavorables mais elle peut engendrer une anxiété chez la mère ou résulter en interventions cliniques inutiles. Il se peut également que l'intervalle de temps entre la diminution des mouvements fœtaux et la mort du fœtus soit trop court pour permettre une intervention efficace (108).
- **Mesure de la hauteur utérine (HU):** La mesure de HU est une méthode fréquemment pratiquée pour évaluer la croissance fœtale au moyen d'un mètre-ruban afin de détecter un retard de croissance intra-utérine (RCIU). Elle peut également permettre de détecter une grossesse multiple, une macrosomie, un hydramnios et un oligohydramnios. À partir de la 24<sup>e</sup> semaine, lorsque la croissance du fœtus est normale, la mesure de HU en centimètres devrait correspondre au nombre de semaines de gestation, en tolérant une différence de deux centimètres en plus ou en moins (109). D'autres méthodes d'évaluation de la croissance fœtale comprennent la palpation abdominale de la hauteur
- utérine en rapport avec des repères anatomiques tels que l'ombilic et l'appendice xiphoïde, la mesure de la circonférence abdominale et des mesures échographiques sériées des paramètres fœtaux (109). Il serait souhaitable de disposer de méthodes précises peu coûteuses pour détecter une croissance anormale car l'échographie, qui est l'outil de dépistage le plus fiable, nécessite des ressources importantes et n'est pas largement disponible dans les pays à revenu faible et moyen.
- **Cardiotocographie prénatale systématique:** La cardiotocographie est un enregistrement en continu de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions utérines obtenu par un transducteur placé sur l'abdomen de la mère. La cardiotocographie est largement utilisée pendant la grossesse comme méthode d'évaluation du bien-être fœtal, principalement dans le cas de grossesses à risque accru de complications et pendant le travail.
- **Échographie:** L'échographie est utilisée dans diverses circonstances spécifiques pendant la grossesse, par exemple lorsqu'il existe un risque pour la croissance fœtale ou après des complications cliniques. Cependant, comme il peut également y avoir des issues défavorables sans facteurs de risque manifestes, on estime qu'une échographie prénatale est avantageuse durant toutes les grossesses en permettant une détection précoce de problèmes qui peuvent ne pas être apparents (110) – tels que grossesses multiples, RCIU, anomalies congénitales, mauvaise présentation et placenta praevia – et en permettant une estimation précise de l'âge gestationnel, résultant en une prise en charge appropriée et en temps voulu des complications de la grossesse.
- **Échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux:** L'échographie Doppler enregistre les formes de l'onde de pouls au niveau de l'artère ombilicale (et d'autres artères fœtales) pour évaluer le bien-être fœtal au cours du troisième trimestre de grossesse. Elle est largement utilisée dans le cas des grossesses à haut risque pour identifier un risque pour le fœtus et permet donc de réduire la mortalité périnatale (111, 112). Elle peut donc également être utile quand elle est réalisée en tant qu'intervention prénatale pour détecter un risque pour le fœtus et prédire des complications, en particulier un RCIU et une prééclampsie dans le cas de grossesses apparemment saines. L'échographie Doppler est utile pour faire la distinction entre des fœtus qui présentent

un RCIU et ceux qui sont de petite taille pour l'âge gestationnel (113). Elle peut être pratiquée dans le cadre d'une échographie fœtale ou séparément. L'examen quantifie le flux sanguin dans l'artère ombilicale

avec l'index de pulsabilité ou de résistivité (114). Une résistance élevée au flux sanguin indique souvent un risque accru de RCIU et de prééclampsie et indique que des examens supplémentaires sont nécessaires.

### Valeurs: ce qui compte pour les femmes

Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes appréciaient d'avoir une expérience positive de la grossesse. Dans le cadre d'une évaluation maternelle et fœtale, elles appréciaient d'avoir l'opportunité de bénéficier d'un dépistage et de tests pour optimiser leur santé et celle de leur enfant pour autant que les différentes procédures leur soient expliquées clairement et administrées par des praticiens compétents, respectueux et attentifs (confiance élevée dans la preuve).

## B.2.1: Comptage quotidien des mouvements du fœtus

**RECOMMANDATION B.2.1: Le comptage quotidien des mouvements fœtaux, par exemple en relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied, n'est recommandé que dans le contexte de recherches menées de manière rigoureuse.** (Recommandation spécifique au contexte - recherche)

### Remarques

- Le comptage des mouvements fœtaux consiste, pour une femme enceinte, à compter et enregistrer les mouvements de son enfant afin de surveiller la santé de celui-ci. Différentes méthodes ont été décrites, avec une surveillance complémentaire diversement indiquée suivant la méthode utilisée, par exemple, si moins de six mouvements distincts sont ressentis en deux heures (115) ou moins de dix mouvements distincts sont ressentis en 12 heures (méthode Cardiff « count to ten ») (106).
- Bien que le comptage quotidien des mouvements fœtaux ne soit pas recommandé, les femmes enceintes saines devraient être averties de l'importance des mouvements fœtaux durant le troisième trimestre et de l'importance de signaler une réduction de ces mouvements.
- Une enquête clinique sur la perception maternelle des mouvements fœtaux réalisée par les prestataires de soins prénatals lors de chaque visite est recommandée en tant que bonne pratique clinique. Les femmes qui perçoivent peu de mouvements ou une réduction de ceux-ci ont besoin d'une surveillance complémentaire (par exemple, un comptage quotidien des mouvements fœtaux) et une investigation, le cas échéant.
- Le GDG a convenu que des recherches supplémentaires sur le comptage quotidien des mouvements fœtaux au cours du troisième trimestre de grossesse étaient nécessaires, en particulier dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire où une proportion élevée de mortinaissances reste inexpliquée.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets du dénombrement quotidien des mouvements fœtaux par la mère par rapport aux soins prénatals classiques (Tableau EB B.2.1 consultable en ligne)

Les preuves relatives aux effets du comptage quotidien des mouvements fœtaux ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane (107). Les données provenant de deux ECR menés dans des pays à revenu élevé ont été utilisées pour cette comparaison. L'un d'eux était un ECR de grande taille, multicentré, en grappe (68 654 femmes) mené en Belgique, aux États-Unis d'Amérique, en Irlande, au Royaume-Uni et en Suède, dans lequel des femmes

enceintes sans complications, recrutées au stade 28-32 semaines de gestation, relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied par la méthode « count-to-ten » étaient comparées à des femmes recevant des soins prénatals classiques. Les femmes du groupe recevant des soins prénatals classiques étaient interrogées à propos des mouvements fœtaux à chaque visite de soins prénatals. L'autre essai était un ECR multicentré mené en Norvège impliquant 1123 femmes et comparant un protocole modifié de la méthode « count-to-ten » aux soins classiques.

### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que, avec le comptage quotidien des mouvements fœtaux, il n'y a

pas ou peu de différence en ce qui concerne les taux de césariennes (un essai, 1076 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,60-1,44) ou d'accouchements assistés par voie basse (un essai, 1076 femmes ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,65-1,66).

En ce qui concerne la satisfaction maternelle, une preuve de niveau de certitude faible suggère que le comptage quotidien des mouvements fœtaux peut réduire les scores moyens d'anxiété (1 trial, 1013 femmes ; DM standardisée : -0,22, IC 95 % : -0,35 à -0,10).

### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que, avec le comptage quotidien des mouvements fœtaux, il n'y a pas ou peu de différence pour la naissance avant terme (un essai, 1076 nouveau-nés ; RR : 0,81, IC 95 % : 0,46-1,46) et le faible poids à la naissance (un essai, 1076 nouveau-nés ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,66-1,44).

Aucun décès périnatal n'a été observé dans l'essai norvégien (1076 femmes). Une preuve de niveau de certitude faible obtenue à partir de l'ECR en grappe de grande taille, indiquant la différence moyenne pondérée des taux de mortinaissances entre groupe d'intervention et groupe témoin, suggère que, avec le comptage des mouvements fœtaux, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne les taux de mortinaissances (DM pondérée : 0,23, IC 95 % : -0,61 à 1,07).

### Autres éléments pris en compte :

- Ces essais ont été menés dans des pays à revenu élevé où les taux de mortinaissances sont faibles. Dès lors, les observations sur les effets peuvent ne pas s'appliquer de la même manière à des contextes où les taux de mortinaissances sont plus élevés.
- Dans l'ECR en grappe, malgré le comptage des mouvements fœtaux, la plupart des fœtus détectés comme étant en danger par la réduction des mouvements fœtaux sont morts au moment où les mères ont reçu une assistance médicale.
- On a noté une tendance vers un nombre plus élevé de cardiocardiographies et d'admissions hospitalières prénatales dans les groupes d'intervention de l'ECR en grappe. Les admissions hospitalières prénatales ont également été plus fréquentes dans le bras d'intervention de l'ECR norvégien (107).
- Les observations issues d'autres ECR, qui n'avaient pas été publiées au moment de la revue Cochrane confirment la preuve issue de l'étude Cochrane selon laquelle le comptage quotidien des mouvements fœtaux peut réduire l'anxiété maternelle (115).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.2 : Évaluation fœtale : Cadre général (p. 44).

### Ressources

Le comptage des mouvements fœtaux est une intervention peu coûteuse en soi, mais elle peut mobiliser beaucoup de ressources si elle entraîne des interventions ou des admissions hospitalières supplémentaires inutiles.

### Équité

Les pays à revenu faible ou intermédiaire supportent la charge mondiale de la morbidité et de la mortalité périnatales et les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales de pays à revenu faible ou intermédiaire ont une moins bonne couverture de soins prénatals et des issues de grossesse moins favorables que les femmes plus favorisées (29). Dès lors, des interventions prénatales simples, efficaces, peu coûteuses d'évaluation du bien-être fœtal peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé en améliorant la détection de complications dans les contextes de faibles ressources.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives montrent que les femmes apprécient généralement les connaissances et les informations qu'elles peuvent obtenir auprès des prestataires de soins lors des visites de soins prénatals à condition que les soins soient expliqués correctement et prodigués de manière cohérente, avec bienveillance et en tenant compte des spécificités culturelles (confiance élevée dans la preuve) (22). Elle montre également que les professionnels de santé désirent leur donner des informations et conseils appropriés mais que parfois ils ne se sentent pas suffisamment formés pour accomplir cette tâche (confiance élevée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

Du point de vue des femmes, qui vivent loin de centres de soins prénatals et qui n'ont pas nécessairement les ressources ou le temps de se rendre régulièrement aux visites de soins prénatals, et du point de vue des prestataires de soins prénatals, qui disposent de ressources limitées, cette intervention peut constituer une approche pratique et économiquement efficace pour assurer un suivi du bien-être fœtal si elle s'avère efficace (confiance élevée dans la preuve) (22, 45).

## B.2.2 : Mesure de la hauteur utérine (HU)

**RECOMMANDATION B.2.2 : Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur utérine (HU) pour l'évaluation de la croissance fœtale n'est pas recommandé pour améliorer les issues périnatales de la grossesse. Il n'est pas recommandé de modifier la pratique habituelle (palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine) dans un contexte particulier. (Recommandation spécifique au contexte)**

### Remarques

- La mesure de la hauteur utérine (HU) est pratiquée systématiquement dans de nombreuses structures de soins prénatals. En raison d'un manque de preuves claires de l'exactitude ou de la supériorité de la mesure de HU ou de la palpation clinique pour évaluer la croissance fœtale, le GDG ne recommande pas de changement de pratique.
- Le GDG a convenu qu'il existait un manque de preuves relatives à la HU plutôt qu'un manque d'efficacité, en particulier dans des contextes de pays à revenu faible et moyen.
- Hormis une fausse sécurité que peuvent conférer à la fois la mesure de HU et la palpation clinique, il n'existe pas de preuve d'effet négatif de la mesure de HU.
- Des recherches sont nécessaires pour déterminer le rôle de la mesure de HU dans la détection d'une croissance fœtale anormale et d'autres facteurs de risque concernant la morbidité périnatale (par exemple, grossesse multiple, polyhydramnios) dans des contextes où l'échographie prénatale n'est pas disponible.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets de la mesure de HU versus la palpation abdominale (Tableau EB B.2.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la mesure de HU ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait un seul essai mené au Danemark impliquant 1639 femmes enceintes recrutées à environ 14 semaines de gestation (109). La mesure de HU ou la palpation abdominale a été réalisée à partir de 28 semaines de gestation. La plupart des femmes ont été soumises à au moins trois évaluations, les mesures étant reportées graphiquement.

### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'il n'y a pas ou peu de différence entre la mesure de HU et la palpation clinique en ce qui concerne le taux de césariennes (1639 femmes ; RR : 0,72, IC 95 % : 0,31-1,67) et l'induction du travail (1639 femmes ; RR : 0,84, IC 95 % : 0,45-1,58).

### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude modéré montre qu'il n'y a pas ou peu de différence entre la mesure de HU et la palpation clinique pour la détection prénatale de la petite taille pour l'âge gestationnel (1639 femmes ; RR : 1,32, IC 95 % : 0,92-1,90) et une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'il y n'y a pas ou peu de différence pour

la mortalité périnatale (1639 femmes ; RR : 1,25, IC 95 % : 0,38-4,07). Aucune autre issue faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans l'examen.

### Autres éléments pris en compte :

- Le GDG a également pris en compte la preuve issue d'un examen de l'exactitude de tests concernant l'exactitude de la HU pour la prédiction de la petite taille pour l'âge gestationnel (poids à la naissance < 10<sup>e</sup> centile), celle-ci représentant un indicateur approximatif du RCIU (116). L'examen de l'exactitude des tests diagnostiques comprenait sept études menées dans des pays à revenu élevé, des seuils de mesures différents ayant été utilisés pour détecter la petite taille pour l'âge gestationnel. La sensibilité de la mesure de HU allait de 0,27 à 0,76, suggérant que jusqu'à 73 % des grossesses résultant en une petite taille pour l'âge gestationnel à la naissance ne sont pas identifiées. Cependant le degré de spécificité était généralement élevé (0,79-0,92), suggérant qu'une mesure normale de HU peut être un indicateur raisonnable de la bonne santé de l'enfant. En pratique, cela pourrait signifier que peu de femmes ayant une grossesse saine sont orientées vers un service pratiquant des examens échographiques ; cependant, la plupart des cas réels de petite taille pour l'âge gestationnel peuvent ne pas être détectés. Une preuve comparable de l'exactitude de tests pratiqués par palpation abdominale n'est pas disponible.

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.2 : Évaluation fœtale : Cadre général (p. 44).

### Ressources

La palpation abdominale et la mesure de HU sont toutes deux des interventions peu coûteuses, le coût principal résultant de la formation du personnel. Des mètres-rubans doivent être disponibles pour la mesure de HU.

### Équité

Les pays à revenu faible ou intermédiaire supportent la charge mondiale de la morbidité et de la mortalité périnatales et les femmes pauvres, moins instruites et résidant dans des zones rurales depays à revenu faible ou intermédiaire ont une moins bonne couverture de soins prénatals et des issues de grossesse moins favorables que les femmes plus favorisées (29). Dès lors, des interventions

prénatales systématiques simples, efficaces, peu coûteuses d'évaluation du bien-être fœtal peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé en améliorant la détection de complications dans les contextes de faibles ressources.

### Acceptabilité

La mesure de HU et la palpation clinique sont des approches non invasives d'évaluation fœtale qui sont largement utilisées et n'entraînent aucun problème d'acceptabilité connu. Cependant, dans certains contextes, les femmes éprouvent un sentiment de gêne pendant les examens physiques et cette question doit être traitée avec tact par les prestataires de soins (faible confiance dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Les deux méthodes sont considérées comme également faisables à condition de disposer de mètres-rubans.

## B.2.3: Cardiocardiographie prénatale

**RECOMMANDATION B.2.3: La cardiocardiographie prénatale systématique n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.**

*(Non recommandée)*

### Remarques

- La cardiocardiographie est un enregistrement en continu de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions utérines obtenu par un transducteur à ultrasons placé sur l'abdomen de la mère.
- Actuellement, il n'y a pas de preuve concernant des effets ou d'autres aspects en faveur de l'utilisation de la cardiocardiographie prénatale (avant le travail) dans le cadre des soins prénatals systématiques.
- Un manque de preuves des avantages associés à la cardiocardiographie dans le cas de grossesses à haut risque suggère que la cardiocardiographie prénatale chez des femmes enceintes saines n'est pas une recherche prioritaire.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets d'une cardiocardiographie prénatale systématique versus l'absence de cardiocardiographie prénatale systématique (Tableau EB B.2.3 consultable en ligne)

Une revue Cochrane de la cardiocardiographie prénatale systématique pour l'évaluation fœtale n'a pas permis d'identifier d'études de cardiocardiographie systématique éligibles et les six études retenues impliquaient toutes des femmes présentant des grossesses à haut risque (117).

Autres éléments pris en compte :

- Une preuve de niveau de certitude faible relative à la cardiocardiographie prénatale dans le cas de grossesses à haut risque suggère que cette intervention peut n'avoir

que peu ou pas d'effet sur la mortalité périnatale et le taux de césariennes (117).

### Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.2 : Évaluation fœtale : Cadre général (p. 44).

### Ressources

Les appareils de cardiocardiographie sont coûteux (à partir d'environ US \$450)<sup>4</sup>, requièrent une maintenance et des fournitures de gel pour échographie, et nécessitent un personnel formé pour leur utilisation et pour l'interprétation des résultats.

4 Estimation brute fondée sur une recherche sur Internet.

### Équité

Des interventions prénatales simples, efficaces, peu coûteuses d'évaluation du bien-être fœtal peuvent contribuer à traiter le problème des inégalités en matière de santé en améliorant la détection de complications dans les contextes de faibles ressources, là où la charge de mortalité périnatale est importante.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues à partir de divers contextes indiquent que les femmes apprécient généralement l'utilisation d'une technique assurant le suivi de la grossesse (confiance élevée dans la preuve), et un manque de matériel moderne dans des établissements de soins prénatals dans les pays à revenu faible ou intermédiaire peut dissuader les femmes de s'y rendre

(confiance modérée dans la preuve) (22). Cependant, dans certains pays à revenu faible et moyen, les femmes sont persuadées que la grossesse est un état sain et elles peuvent être réticentes à recourir à la cardiotocographie sauf si elles ont connu des complications lors de grossesses antérieures (confiance élevée dans la preuve). L'acceptabilité peut également être altérée si les raisons de l'utilisation de la cardiotocographie ne sont pas clairement expliquées (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Les prestataires de soins dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire estiment qu'un manque de matériel moderne et de formation limite la mise en œuvre de ce type d'intervention (confiance élevée dans la preuve) (45).

## B.2.4: Échographie

**RECOMMANDATION B.2.4: Une échographie avant 24 semaines de gestation (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse par les femmes. (Recommandée)**

### Remarques

- Une échographie tardive ne présente pas d'avantages et ne compense pas une échographie précoce, si celle-ci n'a pas été effectuée. Dès lors, une échographie après 24 semaines de gestation (échographie tardive) n'est pas recommandée pour les femmes enceintes qui n'ont pas eu d'échographie précoce. Cependant, les acteurs concernés devraient envisager de proposer une échographie tardive aux femmes qui n'ont pas eu d'échographie précoce afin d'identifier le nombre de fœtus, la présentation du fœtus et la position placentaire.
- Le GDG a noté que les effets de l'introduction d'une échographie prénatale sur les résultats sanitaires d'une population et sur les systèmes de santé dans des contextes ruraux, de faibles ressources, ne sont pas prouvés. Cependant, l'introduction de l'échographie dans le but de détecter les complications de la grossesse et de confirmer la viabilité du fœtus à la mère et à sa famille, dans ces contextes, peut vraisemblablement accroître le recours aux services de soins prénatals et réduire la morbidité et la mortalité, quand elle est accompagnée d'une estimation appropriée de l'âge gestationnel, d'un diagnostic, d'une orientation vers un centre spécialisé et d'une prise en charge.
- L'essai actuellement en cours dans plusieurs pays devrait contribuer à fournir d'autres preuves concernant les effets sanitaires, le recours aux soins de santé et des informations relatives à la mise en œuvre de l'échographie dans des contextes ruraux de faibles ressources (118).
- Le GDG a reconnu que la réduction de la mortalité périnatale suite à l'utilisation d'une échographie précoce n'a pas été démontrée. Le GDG a souligné d'autres avantages de l'échographie (mentionnés dans les points ci-dessus) et la précision accrue de l'âge gestationnel contribuant à la prise en charge en cas de suspicion de naissance avant terme et à la réduction du taux d'induction du travail pour les grossesses après terme supposées.
- Le GDG reconnaît que la mise en œuvre et l'application à plus grande échelle de cette recommandation dans des contextes de faibles ressources sera associée à diverses difficultés pouvant notamment être d'ordre politique (budgétisation des honoraires et de la tarification), logistique (maintenance du matériel, fournitures, support technique), en lien avec l'infrastructure (garantir une alimentation électrique fiable et assurer un stockage dans des conditions sûres) et avec les ressources.
- Le GDG a noté qu'une échographie prénatale est une intervention qui n'est pas nécessairement réservée à des spécialistes en échographie et à des médecins mais qui peut potentiellement être déléguée à des infirmières formées, des sages-femmes et des assistants médicaux, à condition qu'une formation continue, un maintien des effectifs, des activités destinées à améliorer la qualité et une supervision soient assurés.
- Les acteurs concernés devraient pouvoir compenser/réduire le coût d'une échographie prénatale si le matériel d'échographie est également utilisé pour d'autres indications (par exemple, urgences obstétricales) ou par d'autres départements médicaux.
- Il faudrait assurer un suivi de la mise en œuvre et de l'impact de cette recommandation sur les résultats sanitaires, la fréquentation des établissements et l'équité, aux niveaux régional et national, en se fondant sur des critères et des indicateurs clairement définis, associés à des objectifs convenus au plan local.<sup>a</sup>
- On trouvera d'autres recommandations dans le manuel de l'OMS Manual of diagnostic ultrasound (119), consultable sur : [http://www.who.int/medical\\_devices/publications/manual\\_ultrasound\\_pack1-2/en/](http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/)

<sup>a</sup> Deux membres du GDG (Lisa Noguchi et Charlotte Warren) ont indiqué qu'elles auraient préféré recommander cette intervention dans des contextes spécifiques ayant la capacité d'assurer un suivi attentif et une évaluation pour garantir le respect d'un niveau élémentaire de la mise en œuvre (notamment la capacité de diagnostiquer les complications et de les prendre en charge) et d'assurer un suivi des effets négatifs potentiels sur d'autres interventions critiques pour la santé de la mère et de l'enfant.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### a) Effets d'une échographie avant 24 semaines de gestation (échographie précoce) versus l'échographie sélective (Tableau EB B.2.4a consultable en ligne)

Les preuves relatives à l'échographie précoce ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 11 ECR menés en Afrique du Sud, Australie, aux États-Unis d'Amérique, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède, impliquant 37 505 femmes (120). Dans tous les essais, l'intervention comprenait une échographie avant 24 semaines de gestation, les femmes du bras témoin étant soumises à des échographies sélectives le cas échéant (ou, dans une étude, à des échographies dissimulées, dont les résultats n'ont pas été communiqués aux médecins, sauf en cas de nécessité). Les échographies comprenaient habituellement une évaluation de l'âge gestationnel (diamètre bipariétal avec ou sans détermination de la circonférence du crâne et de la longueur du fémur), de l'anatomie fœtale, du nombre de fœtus et de la position du placenta. Dans la plupart des essais, les échographies ont été réalisées entre 10 et 20 semaines de gestation, trois essais évaluant les échographies avant 14 semaines, et trois essais évaluant une intervention comprenant à la fois des échographies précoces (à 18-20 semaines) et des échographies tardives (à 31-33 semaines).

#### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude modéré suggère qu'une échographie précoce n'a probablement pas ou peu d'effet sur les taux de césariennes (cinq essais, 22 193 femmes ; RR : 1,05 ; IC 95 % : 0,98-1,12). Cependant, une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'une échographie précoce peut entraîner une réduction du taux d'induction du travail pour les grossesses après terme supposées (huit essais, 25 516 femmes ; RR : 0,59, IC 95 % : 0,42-0,83).

En ce qui concerne la satisfaction maternelle, une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'un moins grand nombre de femmes peuvent indiquer se sentir inquiètes après une échographie précoce (un essai, 635 femmes ; RR : 0,80, IC 95 % : 0,65-0,99).

#### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que des échographies précoces peuvent accroître la détection d'anomalies congénitales (deux essais, 17 158 femmes ; RR : 3,46, IC 95 % : 1,67-7,14). Cependant, les taux de détection étaient faibles dans les deux groupes (16% vs 4%, respectivement), 346/387 nouveau-nés avec anomalies (89 %) n'ayant pas été détectés à 24 semaines de gestation.

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que, avec les échographies précoces, il n'y a pas ou peu de différence pour la mortalité périnatale (10 essais, 35 737 naissances ; RR : 0,89, IC 95 % : 0,70-1,12) et pour le faible poids à la naissance (quatre essais, 15 868 nouveau-nés ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,82-1,33). Une preuve de niveau de certitude modéré montre également qu'elles n'ont probablement pas ou peu d'effet sur la petite taille pour l'âge gestationnel (trois essais, 17 105 nouveau-nés ; RR : 1,05, IC 95 % : 0,81-1,35).

### b) Effets d'une échographie après 24 semaines de gestation (échographie tardive) versus l'absence d'échographie tardive (Tableau EB B.2.4b consultable en ligne)

Les preuves relatives à l'échographie tardive ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 13 ECR menés dans des pays à revenu élevé (121). Dans ces essais, la plupart des femmes avaient subi une échographie précoce et avaient été randomisées pour recevoir une échographie supplémentaire au troisième trimestre ou une échographie sélective ou dissimulée. Dans ces essais, l'objectif de l'échographie tardive, qui était habituellement réalisée entre 30 et 36 semaines de gestation, incluait de façon variable une évaluation de l'anatomie fœtale, du poids, du volume de liquide amniotique et/ou de la maturité placentaire.

#### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude modéré suggère qu'une échographie tardive n'a probablement pas ou peu d'effet sur le taux de césariennes (six essais, 22 663 femmes ; RR : 1,03, IC 95 % : 0,92-1,15), l'accouchement aux forceps (cinq essais, 12 310 femmes ; RR : 1,05, IC 95 % : 0,95-1,16) et l'induction du travail (six essais, 22 663 femmes ; RR : 0,93, IC 95 % : 0,81-1,07). La satisfaction maternelle n'a pas été évaluée dans cet examen.

#### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude modéré suggère qu'une échographie tardive a probablement peu ou pas d'effet sur la mortalité périnatale (huit essais, 30 675 naissances ; RR : 1,01, IC 95 % : 0,67-1,54) et la naissance avant terme (deux essais, 17 151 nouveau-nés ; RR : 0,96, IC 95 % : 0,85-1,08). Une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'elle peut avoir peu ou pas d'effet sur la petite taille pour l'âge gestationnel (quatre essais, 20 293 nouveau-nés ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,74-1,28) et le faible poids à la naissance (trois essais, 4510 nouveau-nés ; RR : 0,92, IC 95 % : 0,71-1,18).

#### Autres éléments pris en compte :

- Les preuves relatives à l'échographie proviennent principalement des pays à revenu élevé, dans lesquels

l'échographie est une composante normale des soins prénatals pour déterminer avec précision l'âge gestationnel et identifier des complications de la grossesse. L'impact du dépistage par échographie dans des contextes de faibles ressources est actuellement inconnu mais les faibles taux de mortalité maternelle et périnatale enregistrés dans les pays à revenu élevé suggèrent indirectement que l'échographie est une composante importante de services de soins prénatals de qualité.

- Les preuves relatives à l'échographie précoce issues de la revue Cochrane suggèrent que des grossesses multiples peuvent être moins susceptibles de passer inaperçues/ne pas être détectées à 24-26 semaines de gestation si une échographie précoce est pratiquée (120). Sur 295 grossesses multiples émanant de sept essais (approximativement 24 000 participantes), 1 % (2/153) n'ont pas été détectées à 24-26 semaines de gestation avec une échographie précoce contre 39 % (56/142) dans le groupe témoin (RR : 0,07, IC 95 % : 0,03-0,17 ; preuve évaluée par les auteurs de l'examen comme étant de faible qualité).
- La revue Cochrane a également évalué plusieurs résultats relatifs à l'innocuité pour les enfants et n'a pas identifié de preuve concernant des différences dans les performances scolaires, la vue et l'audition, les incapacités ou la dyslexie.
- Un ECR en grappe actuellement en cours dans plusieurs pays sur l'échographie prénatale au Guatemala, Kenya, Pakistan, en République démocratique du Congo et en Zambie devrait contribuer à fournir des données sur les résultats sanitaires et le recours aux soins de santé, ainsi que des informations relatives à la mise en œuvre de l'échographie dans des contextes ruraux de faibles ressources (118). Dans cet essai, l'intervention comprend une formation de deux semaines en échographie obstétrique pour les professionnels de santé (par exemple, sages-femmes, personnel infirmier, assistants médicaux) pour qu'ils puissent effectuer des échographies à 18-22 semaines et 32-36 semaines de gestation chez chaque patiente recrutée.
- Une détermination précise de l'âge gestationnel est critique pour permettre des interventions appropriées en temps voulu au cours de la grossesse ainsi que la prise en charge des complications de la grossesse, en particulier une prééclampsie et une naissance avant terme, qui sont les principales causes de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales dans les pays à revenu faible et moyen, et une échographie précoce est utile à cet effet.

## Valeurs

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.2 : Évaluation foetale : Cadre général (p. 44).

## Ressources

Le coût du matériel d'échographie, en particulier les unités compactes portables, a diminué (122), se montant actuellement à moins de US \$10 000 (28). Donc, étant donné le coût du matériel, la maintenance, les fournitures (gel d'échographie), les batteries de remplacement, la formation initiale et continue et la supervision du personnel ainsi que les frais de personnel (en admettant 15 à 45 minutes par échographie), des échographies systématiques peuvent avoir une incidence importante en termes de ressources dans des contextes de pays à revenu faible et moyen.

## Équité

Des interventions efficaces pour accroître le recours aux services de soins prénatals et leur qualité, et améliorer l'expérience des soins, sont nécessaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour prévenir la mortalité maternelle et périnatale et améliorer l'équité. Cependant, si les femmes doivent payer pour les échographies ou si les femmes vivant en zones rurales n'y ont pas accès pour des raisons pratiques, cette intervention pourrait perpétuer les inégalités. En outre, la détermination du sexe du fœtus a un impact négatif sur l'égalité entre les sexes dans certains pays à faible revenu et doit être surveillée.

## Acceptabilité

Des preuves qualitatives montrent que les femmes apprécient généralement les connaissances et les informations qu'elles peuvent obtenir auprès des prestataires de soins et souhaitent bénéficier d'un dépistage et de tests pour diverses affections, à condition que les soins soient expliqués correctement et prodigués de manière cohérente, avec bienveillance et en tenant compte des spécificités culturelles (confiance élevée dans la preuve) (22). Les preuves montrent également que, dans certains pays à revenu faible et moyen, le manque de technologie moderne (par exemple, le matériel d'échographie) dans les établissements de soins prénatals décourage certaines femmes d'y avoir recours (confiance élevée dans la preuve) (22). Ceci suggère que la possibilité de bénéficier d'une échographie pourrait également encourager les femmes à recourir aux soins prénatals et à se rendre plus tôt dans les établissements de soins prénatals. Des études spécifiques, non incluses dans l'analyse qualitative principale, indiquent que les femmes apprécient la possibilité de voir leur enfant via l'échographie et trouvent le test rassurant (123).

Cependant, certaines preuves indiquent que les femmes ne comprennent pas que l'échographie est un outil de diagnostic et que des constatations défavorables lors de l'échographie peuvent accroître l'anxiété et la détresse (124).

Des preuves qualitatives obtenue auprès des prestataires de soins montre qu'ils souhaitent généralement effectuer les procédures de dépistage et de test, mais qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés pour accomplir cette tâche (confiance élevée dans la preuve) (45). Ceci suggère qu'ils sont plutôt favorables à l'échographie pour les aider à déterminer avec précision l'âge gestationnel et identifier de possibles facteurs de risque, tels que des grossesses

multiples, s'ils sont formés et soutenus de manière appropriée.

#### Faisabilité

Les difficultés de faisabilité de l'échographie prénatale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comprennent l'achat du matériel et la formation du personnel, l'assurance de la disponibilité d'une alimentation électrique fiable (à partir d'une prise de courant ou de batteries rechargeables) et d'un stockage sûr, une maintenance régulière du matériel, la fourniture appropriée et continue de gel d'échographie ainsi qu'un support technique et une supervision en continu.

### B.2.5: Échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux

**RECOMMANDATION B.2.5: L'examen par échographie Doppler systématique n'est pas recommandé chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.**

*(Non recommandée)*

#### Remarques

- Le GDG a noté que la base de la preuve pour l'utilisation de l'échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux dans le cas de grossesses à haut risque est déjà établie.
- Le GDG a convenu que la valeur d'une seule échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux pour toutes les femmes enceintes au stade du troisième trimestre nécessite une évaluation rigoureuse, en particulier dans des contextes de pays à revenu faible et moyen. De futurs essais devraient être conçus pour évaluer l'effet d'une échographie Doppler unique sur les décès périnataux évitables.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets de l'échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux par rapport à l'absence d'échographie Doppler (Tableau EB B.2.5 consultable en ligne)

Les preuves relatives à l'échographie Doppler ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait cinq essais impliquant 14 624 femmes dans des pays à revenu élevé (Australie, France et Royaume-Uni) (114). Une étude a évalué une échographie Doppler à 28-34 semaines de gestation, trois études ont évalué de multiples échographies réalisées dès 18 semaines, et une étude a évalué les femmes subissant une seule ou de multiples échographies Doppler de la 26<sup>e</sup> à la 36<sup>e</sup> semaine de gestation. Les données ont été évaluées ensemble et séparément pour les examens uniques et multiples. Les femmes des bras témoins ont reçu des soins prénatals classiques sans échographie Doppler (ou avec une échographie Doppler dissimulée).

#### Issues maternelles

La preuve de niveau de certitude modéré disponible suggère que, avec l'échographie Doppler prénatale, il n'y a vraisemblablement pas ou peu de différence en ce qui concerne les taux de césariennes (deux essais, 6373 femmes ; RR : 0,98, IC 95 % : 0,85-1,13) et pour les naissances assistées par voie basse (deux essais, 6884 femmes ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,96-1,12). Aucune autre issue maternelle considérée comme prioritaire pour la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans les essais.

#### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que l'échographie Doppler n'a pas ou peu d'effet sur la mortalité périnatale (quatre essais, 11 183 femmes ; RR : 0,80, IC 95 % : 0,35-1,83). Une preuve de niveau de certitude modéré indique que l'intervention n'a probablement pas ou peu d'effet sur la naissance avant terme (quatre essais, 12 162 femmes ; RR : 1,02, IC 95 % : 0,87-1,18).

**Autres éléments pris en compte :**

- Des analyses en sous-groupes selon le nombre d'échographies Doppler (unique ou multiple) sont en grande partie cohérentes avec l'ensemble des observations. Cependant, une preuve de niveau de certitude faible issue du sous-groupe ayant subi une seule échographie suggère qu'une échographie Doppler unique peut réduire la mortalité périnatale (un essai, 3890 femmes ; RR : 0,36, IC 95 % : 0,13-0,99).

**Valeurs**

Veillez vous reporter à « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » dans la section 3.B.2 : Évaluation foetale : Cadre général (p. 44).

**Ressources**

Le coût du matériel d'échographie, en particulier les unités compactes portables, a diminué (122), se montant actuellement à moins de US \$10 000 (28). Donc, étant donné le coût du matériel, la maintenance, les fournitures (gel d'échographie), les batteries de remplacement, la formation initiale et continue et la supervision du personnel ainsi que les frais de personnel, des échographies Doppler systématiques peuvent avoir une incidence importante en termes de ressources dans des contextes de pays à revenu faible et moyen.

**Équité**

Les preuves issues d'ECR sur les effets maternels et périnatals d'une échographie Doppler proviennent actuellement de pays à revenu élevé et une recherche sérieuse sur cette intervention est nécessaire dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de déterminer si, en améliorant la détection des complications de la grossesse, elle permet de réduire la mortalité périnatale et d'améliorer l'équité en matière de santé.

**Acceptabilité**

Des preuves qualitatives montrent que les femmes apprécient généralement les connaissances et les informations qu'elles peuvent obtenir auprès des prestataires de soins et souhaitent bénéficier d'un dépistage et de tests pour diverses affections, à condition que les soins soient expliqués correctement et prodigués de manière cohérente, avec bienveillance et en tenant compte des spécificités culturelles (confiance élevée dans la preuve) (22). Les preuves montrent également que, dans certains pays à revenu faible et moyen, le manque de technologie moderne (par exemple, le matériel d'échographie) dans les établissements de soins prénatals décourage certaines femmes d'y avoir recours (confiance élevée dans la preuve) (22).

Des preuves qualitatives obtenues auprès des prestataires de soins montre qu'ils souhaitent généralement effectuer les procédures de dépistage et de test, mais qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés pour accomplir cette tâche (confiance élevée dans la preuve) (45). Ceci suggère qu'ils sont plutôt favorables à l'échographie Doppler afin d'identifier les facteurs de risque, s'ils sont formés et soutenus de manière appropriée.

**Faisabilité**

Les difficultés de faisabilité des échographies Doppler dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comprennent l'achat du matériel et la formation du personnel, l'assurance de la disponibilité d'une alimentation électrique fiable (à partir d'une prise de courant ou de batteries rechargeables) et d'un stockage sûr, une maintenance régulière du matériel, la fourniture appropriée et continue de gel d'échographie ainsi qu'un support technique et une supervision en continu.

# C. Mesures préventives

## Cadre général

Le GDG a pris en compte les preuves et d'autres informations pertinentes pour étayer les recommandations sur les interventions prénatales destinées à prévenir les affections suivantes.

- **Bactériurie asymptomatique:** Définie comme bactériurie vraie en l'absence de symptômes spécifiques d'infection aiguë du tractus urinaire, la bactériurie asymptomatique est fréquente durant la grossesse, avec des taux pouvant atteindre 74 % dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire (125). Jusqu'à 80 % des isolats contiennent *Escherichia coli* (83). D'autres agents pathogènes présents sont notamment *Klebsiella sp.*, *Proteus mirabilis* et des streptocoques du groupe B. Tandis que l'effet des streptocoques du groupe B chez les femmes en dehors de la période de grossesse est généralement bénin, chez les femmes enceintes, l'obstruction du flux d'urine par le développement du fœtus et de l'utérus entraîne une stase urinaire et augmente la probabilité d'une pyélonéphrite aiguë. Sans traitement, jusqu'à 45 % des femmes enceintes porteuses de streptocoques du groupe B peuvent développer cette complication (126), qui est associée à un risque de naissance avant terme.
- **Infections récurrentes du tractus urinaire:** Une infection du tractus urinaire récurrente est une infection symptomatique du tractus urinaire (vessie et reins) qui fait suite à la résolution d'une infection antérieure du tractus urinaire, généralement après traitement. Les définitions des infections du tractus urinaire récurrentes varient et incluent deux infections du tractus urinaire dans les six mois précédents ou des antécédents d'une ou plusieurs infections du tractus urinaire avant ou pendant la grossesse (127). Les infections du tractus urinaire récurrentes sont fréquentes chez les femmes enceintes et ont été associées à des issues défavorables, telles que la naissance avant terme et la petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés (127). La fréquence de la pyélonéphrite (infection des reins) en cours de grossesse est estimée à 2 %, le taux de récurrence pouvant atteindre 23 % au cours de la même grossesse ou peu après la naissance (128). On sait peu de choses sur la meilleure manière de prévenir les infections du tractus urinaire récurrentes pendant la grossesse.
- **Allo-immunisation Rhésus D:** Les mères Rhésus (Rh) négatif peuvent développer des anticorps anti-Rh si elles ont un nouveau-né Rh-positif, ce qui entraîne une maladie hémolytique du nouveau-né lors des grossesses ultérieures. L'administration d'immunoglobulines anti-D à des femmes Rh négatif dans les 72 heures suivant la naissance d'un enfant Rh-positif est une façon efficace de prévenir une allo-immunisation RhD et la maladie hémolytique du nouveau-né (129). Cependant, l'allo-immunisation Rhésus se produisant au cours du troisième trimestre en raison d'hémorragies transplacentaires occultes ne peut être évitée par une administration anti-D postpartum.
- **Géohelminthiases:** Dans les pays à revenu faible et moyen, plus de 50 % des femmes enceintes souffrent d'anémie et les helminthiases en sont la principale cause dans les zones d'endémie (33). Les géohelminthiases sont des infections parasitaires causées essentiellement par des vers ronds (*Ascaris lumbricoides*), des ankylostomes (*Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*), et des trichocéphales (*Trichuris trichura*). Ces vers (les ankylostomes en particulier) se nourrissent de sang et provoquent d'autres saignements en libérant des composés anticoagulants, provoquant ainsi des anémies liées à une carence en fer (130). Ils peuvent également réduire l'absorption de fer et d'autres nutriments en provoquant une anorexie, des vomissements et des diarrhées (131).
- **Tétanos néonatal:** Le tétanos est une maladie grave provoquée par une endotoxine produite par *Clostridium tetani*. Une infection néonatale se produit habituellement par exposition du moignon du cordon ombilical non cicatrisé à des spores tétaniques, qui sont universellement présentes dans le sol et les nouveau-nés doivent avoir reçu des anticorps maternels via le placenta pour être protégés à la naissance. Une maladie néonatale se présente habituellement au cours des deux premières semaines de vie et se caractérise généralement par une rigidité généralisée et des spasmes musculaires (132). Des programmes mondiaux de vaccination ont réduit la charge mondiale de décès par le tétanos néonatal et continuent à le faire ; des estimations montrent une réduction de 146 000 en 2000 à 58 000 (IC : 20 000-276 000) en 2010 (133). Cependant, comme les spores tétaniques

sont ubiquitaires dans l'environnement, l'éradication biologique n'est pas possible et une couverture vaccinale élevée reste essentielle (134).

recommandations sur la prévention de maladies pendant la grossesse qui ont été intégrées à partir des directives de l'OMS sur la prévention du paludisme et du VIH et qui sont pertinentes pour les soins prénatals systématiques.

Outre les recommandations du GDG sur ce qui précède, la présente section de la directive comprend deux

### Valeurs : ce qui compte pour les femmes

Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes appréciaient d'avoir une expérience positive de la grossesse. Cela comprenait l'application sur mesure (plutôt que systématique) de tests biomédicaux et d'interventions efficaces pour optimiser leur santé et celle de leur enfant et des explications claires des différentes procédures administrées par des praticiens compétents, respectueux et attentifs (confiance élevée dans la preuve).

## C.1: Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique

**RECOMMANDATION C.1: Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un faible poids de naissance. (Recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation devrait être prise en compte avec la recommandation sur le diagnostic de la bactériurie asymptomatique (Recommandation B.1.2).
- Les acteurs concernés pourraient envisager un dépistage de la bactériurie asymptomatique spécifique au contexte et un traitement basé sur la prévalence de la bactériurie asymptomatique et des naissances avant terme, cette intervention pouvant ne pas être appropriée dans des contextes de faible prévalence.
- Le niveau de certitude des preuves concernant la naissance avant terme est faible et des essais multicentrés de grande taille sont nécessaires pour confirmer que le dépistage et le traitement avec des antibiotiques réduisent le nombre de naissances avant terme et la mortalité périnatale dans les pays à revenu faible et moyen. De tels essais devraient également avoir pour but d'évaluer les effets du dépistage des streptocoques du groupe B et du traitement.
- Des études ont montré que la bactériurie à streptocoques du groupe B est un signe de colonisation importante, qui peut ne pas être éradiquée par un traitement antibiotique. Une bactériurie à streptocoques du groupe B constitue un facteur de risque d'avoir un nourrisson contractant précocement une maladie à streptocoques du groupe B. L'OMS recommande une administration d'antibiotiques intrapartum aux femmes enceintes infectées par des streptocoques du groupe B afin d'éviter une infection néonatale à streptocoques du groupe B (voir *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections* [135]).
- Un suivi d'indicateurs de naissance avant terme devrait être assuré dans cette intervention, de même qu'un suivi des changements de résistance antimicrobienne.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets d'une antibiothérapie pour le traitement de la bactériurie asymptomatique versus l'absence de traitement ou un placebo (Tableau EB C.1 consultable en ligne)

Les preuves relatives aux effets d'une antibiothérapie pour le traitement de la bactériurie asymptomatique ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui

comprenait 14 essais impliquant approximativement 2000 femmes (83). La plupart des essais ont été menés dans des pays à revenu élevé entre 1960 et 1987. Les types d'antibiotiques étaient notamment des sulfonamides, l'ampicilline, la nitrofurantoïne et certains antibiotiques dont l'utilisation n'est plus recommandée pendant la grossesse, tels que la tétracycline. La durée de traitement variait considérablement entre les essais allant d'une seule dose à un traitement continu durant toute la grossesse. La bactériurie est habituellement définie comme la présence

de plus de 100 000 bactéries/ml dans un échantillon d'urine recueilli proprement en milieu de jet ou avec une sonde, mais d'autres définitions existent également.

### Issues maternelles

Les seules issues maternelles signalées faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals étaient des infections. Une preuve de niveau de certitude faible suggère que les antibiotiques peuvent réduire une bactériurie persistante (quatre essais, 596 femmes ; RR : 0,30, IC 95 % : 0,18–0,53) ; cependant, le niveau de certitude de la preuve concernant l'effet sur la pyélonéphrite est très faible.

### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'une antibiothérapie pour le traitement de la bactériurie asymptomatique peut réduire le nombre de nouveau-nés de faible poids à la naissance (huit essais, 1437 nouveau-nés ; RR : 0,64, IC 95 % : 0,45–0,93) et de naissances avant terme (deux essais, 142 femmes ; RR : 0,27, IC 95 % : 0,11–0,62). Aucune autre issue faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée.

### Autres éléments pris en compte :

■ Le GDG a également évalué les preuves relatives à la durée de traitement (une seule dose versus un traitement sur une courte période [4–7 jours]) obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 13 essais impliquant 1622 femmes (136). Dans dix essais, différentes durées de traitement avec le même antibiotique ont été comparées, les trois autres comparant différentes durées de traitement avec différents médicaments. Une grande variété d'antibiotiques a été utilisée. L'ensemble des preuves regroupées sur la persistance bactérienne (sept essais), la bactériurie asymptomatique récurrente (huit essais) et la pyélonéphrite (deux essais) a été estimé très incertain. Cependant, en ce qui concerne l'analyse de sensibilité incluant des essais de grande qualité avec l'amoxicilline et la nitrofurantoïne uniquement, la preuve de niveau de certitude élevé indique que la persistance bactérienne est réduite par un traitement de courte durée par rapport à une seule dose (deux essais, 803 femmes ; RR : 1,72, IC 95 % : 1,27–2,33). Une preuve de niveau de certitude élevé obtenue à partir d'un essai de grande taille montre qu'un traitement de sept jours par la nitrofurantoïne est plus efficace qu'un traitement d'un jour pour réduire le taux de faible poids à la naissance (714 nouveau-nés ; RR : 1,65, IC 95 % : 1,06–2,57). Une preuve de niveau de certitude faible suggère que des traitements avec seule dose peuvent être associés à des effets secondaires moindres (sept essais, 1460 femmes ; RR : 0,70, IC 95 % : 0,56–0,88). Voir le supplément consultable en ligne (Tableau EB C.1).

■ Le GDG a également évalué les preuves concernant l'exactitude des tests urinaires par coloration de Gram et bandelettes réactives (voir la Recommandation B.1.2 dans la section 3.B).

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.C : Cadre général (p. 68).

### Ressources

Les coûts des antibiotiques sont variables. L'amoxicilline et le triméthoprime sont nettement moins chers (potentiellement environ US \$1–2 pour un approvisionnement pendant une semaine) que la nitrofurantoïne qui peut coûter environ US \$7–10 pour une fourniture de comprimés d'une semaine) (137). Des tests urinaires répétés pour vérifier la disparition de la bactériurie ont des incidences en termes de coûts pour les laboratoires et les ressources humaines ainsi que pour les femmes affectées. L'émergence de la résistance antimicrobienne est un sujet de préoccupation et peut limiter le choix des antibiotiques (125).

### Équité

La naissance avant terme est la principale cause de mortalité néonatale dans le monde, la majorité des décès se produisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; dès lors, la prévention de la naissance avant terme dans les populations défavorisées peut contribuer à traiter le problème des inégalités.

### Acceptabilité

Dans les pays à revenu faible et moyen, certaines femmes sont persuadées que la grossesse est un état sain et elles peuvent être réticentes à utiliser des antibiotiques dans ce contexte (en particulier si elles ne présentent pas de symptômes) sauf si elles ont connu des complications lors de grossesses antérieures (confiance élevée dans la preuve) (22). D'autres femmes considèrent les soins prénatals comme une source de connaissances, d'informations et de sécurité médicale et elles apprécient généralement les interventions et conseils qui leur sont proposés (confiance élevée dans la preuve). Cependant, le recours aux soins prénatals peut être limité si ce type d'intervention n'est pas expliqué clairement. En outre, si le traitement est susceptible d'entraîner des coûts supplémentaires, les femmes auront moins tendance à y recourir (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Un manque de ressources dans les pays à revenu faible et moyen, à la fois en termes de disponibilité des médicaments et de moyens de dépistage, ainsi qu'un

manque de personnel formé capable de fournir des informations pertinentes et de réaliser les tests peuvent

limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve) (45).

## C.2: Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes

**RECOMMANDATION C.2: Une prophylaxie antibiotique n'est recommandée pour prévenir les infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes enceintes que dans un contexte de recherche menée de manière rigoureuse.** (Recommandation spécifique au contexte – recherche)

### Remarques

- D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les meilleures stratégies de prévention des infections du tractus urinaire récurrentes durant la grossesse, notamment les effets de la prophylaxie antibiotique sur les issues liées à la grossesse et les évolutions de la résistance antimicrobienne.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets de la prophylaxie antibiotique pour la prévention des infections du tractus urinaire récurrentes par rapport à l'absence de prophylaxie antibiotique (Tableau EB C.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la prophylaxie antibiotique pour la prévention des infections du tractus urinaire récurrentes ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane dans lequel les données provenaient d'un seul essai réalisé aux États-Unis d'Amérique impliquant 200 femmes enceintes (127). Les femmes souffrant de pyélonéphrite admises à l'hôpital ont été randomisées, après la phase aiguë, sous prophylaxie antibiotique (nitrofurantoïne 50 mg, trois fois par jour) pendant le reste de la grossesse avec une surveillance étroite (visites régulières au centre de santé et cultures d'urine, en présence d'antibiotiques pour une culture positive) ou avec surveillance étroite uniquement.

#### Issues maternelles

La preuve issue de cette étude unique concernant le risque de pyélonéphrite et d'ITU récurrentes sous prophylaxie antibiotique est très incertaine. Aucune autre issue maternelle faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans cette étude.

#### Issues fœtales et néonatales

La preuve concernant le risque de faible poids à la naissance et de naissance avant terme sous prophylaxie antibiotique est très incertaine. Aucune autre issue fœtale et néonatale faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans cette étude.

#### Autres éléments pris en compte:

- La prophylaxie antibiotique pour la prévention d'ITU récurrentes peut entraîner une résistance antimicrobienne accrue; on manque de preuve concernant cette conséquence potentielle.

#### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.C: Cadre général (p. 68).

#### Ressources

Les coûts des antibiotiques sont variables. Le triméthoprime est moins coûteux que la nitrofurantoïne, qui peut coûter environ US \$5 pour 28 comprimés de 100 mg (137).

#### Équité

Impact inconnu.

#### Acceptabilité

Dans les pays à revenu faible et moyen, certaines femmes sont persuadées que la grossesse est un état sain et elles peuvent être réticentes à utiliser des antibiotiques dans ce contexte (en particulier si elles ne présentent pas de symptômes) sauf si elles ont connu des complications lors de grossesses antérieures (confiance élevée dans la preuve) (22). D'autres femmes considèrent les soins prénatals comme une source de connaissances, d'informations et de sécurité médicale et elles apprécient généralement les interventions et conseils qui leur sont proposés (confiance élevée dans la preuve). Cependant, le recours aux soins prénatals peut être limité si ce type d'intervention n'est pas expliqué clairement. En outre, si le traitement est susceptible d'entraîner des coûts supplémentaires, les femmes auront moins tendance à y recourir (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Un manque de ressources dans les pays à revenu faible et moyen, à la fois en termes de disponibilité des médicaments et de moyens de dépistage, ainsi qu'un

manque de personnel formé capable de fournir des informations pertinentes et de réaliser les tests peuvent limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve) (45).

## C.3: Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D

**RECOMMANDATION C.3: Une prophylaxie prénatale avec des immunoglobulines anti-D à 28 et 34 semaines de gestation chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées, dans le but de prévenir une allo-immunisation RhD, n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse. (Recommandation spécifique au contexte – recherche)**

### Remarques

- Cette recommandation spécifique au contexte concerne la prophylaxie anti-D pendant la grossesse et non la pratique consistant à administrer des immunoglobulines anti-D après la naissance pour laquelle il existe une preuve de niveau de certitude élevé de l'effet de réduction de l'allo-immunisation lors des grossesses ultérieures (129). Il faut continuer à administrer des immunoglobulines anti-D après la naissance, quand cette intervention est indiquée.
- La détermination de la prévalence de l'allo-immunisation RhD et des issues maternelles défavorables associées dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire ainsi que l'élaboration de stratégies pour prendre en charge cette affection constituent un sujet de recherche prioritaire.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets d'une prophylaxie prénatale avec des immunoglobulines anti-D chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées par rapport à l'absence d'intervention (Tableau EB C.3 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la prophylaxie prénatale anti-D ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait deux ECR impliquant plus de 4500 femmes enceintes Rh négatif (138). La plupart des participantes étaient primigestes. Les deux essais comparaient la prophylaxie prénatale anti-D avec l'absence de prophylaxie prénatale anti-D. Les doses ont été administrées à 28 et 34 semaines de gestation à raison d'une dose de 500 UI dans un essai et de 250 UI dans l'autre. Les données étaient disponibles pour 3902 grossesses et plus de la moitié des participantes ont donné naissance à des enfants Rh positif (2297). Toutes les femmes ayant eu des enfants Rh positif ont reçu des immunoglobulines anti-D postpartum selon le mode habituel de prise en charge. Le principal indicateur de résultat était la présence d'anticorps Rh dans le sang maternel (un indicateur indirect de la morbidité néonatale). Aucune issue maternelle faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals (notamment la satisfaction maternelle et des effets secondaires) et peu d'issues périnatales faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals ont été signalés dans ces essais.

### Issues fœtales et néonatales

La preuve concernant l'effet de l'administration prénatale d'immunoglobulines anti-D sur l'allo-immunisation RhD pendant la grossesse, suggérant que l'effet est peu ou pas différent, est très incertaine. En outre, la preuve concernant l'effet sur l'allo-immunisation RhD postpartum et l'allo-immunisation jusqu'à 12 mois postpartum parmi les femmes ayant donné naissance à des enfants Rh positif (n = 2297 et 2048, respectivement) est très incertaine, en particulier parce que les événements récents sont rares. La preuve concernant l'effet de l'administration prénatale d'immunoglobulines anti-D sur la morbidité néonatale (ictère) fondée sur un essai (1882 nouveau-nés) est également très incertaine, en particulier parce que les événements récents sont rares. Aucune autre issue faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans l'examen.

### Autres éléments pris en compte:

- Une preuve de niveau de certitude faible issue de la revue Cochrane suggère que les femmes Rh négatif qui reçoivent une administration prénatale d'immunoglobulines anti-D sont moins susceptibles d'avoir un test de Kleihauer positif (test de détection de cellules fœtales dans le sang maternel) pendant la grossesse (un essai, 1884 femmes; RR: 0,60, IC 95%: 0,41-0,88) et à la naissance d'un enfant Rh positif (un essai, 1189 femmes; RR: 0,60, IC 95%: 0,46-0,79).
- Dans la revue Cochrane, le taux d'allo-immunisation RhD pendant la grossesse, la période de postpartum et

jusqu'à 12 mois plus tard parmi les femmes du groupe témoin était de 0,6 %, 1,1 % et 1,5 %, respectivement.

- Les taux d'allo-immunisation RhD lors des grossesses ultérieures n'ont pas été signalés dans les essais.
- Il n'y a pas de preuve concernant la dose optimale pour la prophylaxie prénatale anti-D et divers schémas sont appliqués. Deux études en cours sont indiquées dans la revue Cochrane et pourront contribuer à clarifier les issues concernant les effets et la posologie quand elles seront terminées.
- Seulement 60 % des femmes Rh négatif primigestes auront un enfant Rh positif, donc 40 % des femmes Rh négatif recevront des immunoglobulines anti-D dans le cadre de la prophylaxie prénatale anti-D alors que cela n'est pas nécessaire (138).

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.C : Cadre général (p. 68).

### Ressources

Une seule dose d'immunoglobulines anti-D coûte environ de US \$50 (500 UI) à US \$87 (1500 UI) (139), selon la marque et les taxes locales ; dès lors, le coût de la prophylaxie prénatale pour deux doses de 500 UI peut atteindre US \$100 par femme. Les coûts supplémentaires comprendront le dépistage du groupe sanguin dans des contextes dans lesquels les tests sanguins destinés à la détermination Rh ne sont pas actuellement réalisés.

### Équité

La contribution de l'allo-immunisation RhD à la morbidité et à la mortalité périnatales dans divers contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire est incertaine et on ne sait pas si l'administration prénatale d'immunoglobulines anti-D aux femmes Rh négatif non sensibilisées a une incidence sur l'équité.

### Acceptabilité

L'immunoglobuline anti-D provient du plasma humain et est administrée par injection, ce qui peut ne pas être acceptable pour toutes les femmes. Des preuves qualitatives indiquent que la participation peut être limitée si les tests et les procédures ne sont pas clairement expliqués ou si les femmes ont l'impression que leurs croyances, traditions et mécanismes de soutien social sont négligés ou ignorés par les professionnels de santé (confiance élevée dans la preuve) (22).

### Faisabilité

Dans un certain nombre de contextes de pays à revenu faible et moyen, les prestataires estiment qu'un manque de ressources, à la fois en termes de médicaments disponibles et de personnel correctement formé pour fournir des informations pertinentes, peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45). Les immunoglobulines anti-D nécessitent une réfrigération à 2-8° C, ce qui peut être infaisable dans certains contextes de pays à revenu faible et moyen.

## C.4: Traitement anthelminthique préventif

**RECOMMANDATION C.4: Dans les zones d'endémie,<sup>a</sup> un traitement anthelminthique préventif est recommandé chez les femmes enceintes après le premier trimestre de grossesse dans le cadre des programmes de lutte contre les vers.** (Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2016 *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups* (140), qui stipule que :  
« Une chimiothérapie préventive (vermifugation), en utilisant une dose unique d'albendazole (400 mg) ou de mébendazole (500 mg), est recommandée comme intervention de santé publique après le premier trimestre de grossesse pour les femmes vivant dans des régions dans lesquelles : (1) la prévalence de base de l'ankylostomiase et/ou de l'infection par *T. trichiura* est de 20 % ou plus et (2) l'anémie est un problème de santé publique grave dont la prévalence est de 40 % ou plus parmi les femmes enceintes, afin de réduire la charge de l'ankylostomiase et/ou de l'infection par *T. trichiura* (recommandation conditionnelle, preuve de qualité modérée). »
- Des zones d'endémie sont des zones dans lesquelles la prévalence de l'ankylostomiase et/ou de la trichocéphalose est de 20 % ou plus. L'anémie est considérée comme un problème de santé publique grave quand la prévalence parmi les femmes enceintes est de 40 % ou plus.
- Dans des zones non endémiques, les femmes enceintes infectées devraient recevoir un traitement anthelminthique durant le second ou le troisième trimestre au cas par cas (140). Une dose unique d'albendazole (400 mg) ou de mébendazole (500 mg) devrait être utilisée (140, 141).
- L'innocuité de ces médicaments n'a pas été établie de manière univoque ; cependant les avantages sont considérés comme supérieurs aux inconvénients (141, 142).
- L'OMS recommande une stratégie comprenant deux traitements par an dans des contextes à haut risque où la prévalence est  $\geq 50\%$  pour les géohelminthiases, et une fois par an dans les zones où la prévalence est de 20 à 50 % (140).
- D'autres informations sur les géohelminthiases figurent dans la directive de l'OMS *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups* (sous presse) (140).

a Zones où le taux de prévalence de l'ensemble des géohelminthiases est supérieur à 20 %.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets d'un traitement anthelminthique prophylactique contre les géohelminthiases administré durant le deuxième trimestre de la grossesse par rapport à l'absence d'intervention ou un placebo (Tableau EB C.4 consultable en ligne)

Les preuves suivantes sur les effets d'un traitement anthelminthique prophylactique ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait quatre essais menés au Pérou, en Sierra Leone et en Ouganda, impliquant 4265 femmes enceintes (142). Dans deux essais (Pérou et Sierra Leone), l'agent anthelminthique (albendazole ou mébendazole) était administré en une seule dose durant le deuxième trimestre, avec ou sans suppléments quotidiens de fer et d'acide folique, que la présence d'une helminthiase soit prouvée ou non. La fréquence de l'anémie ( $Hb < 110\text{ g/l}$ ) dans ces deux essais était de 56 % et 47 %, respectivement, et la fréquence d'infections par des vers intestinaux allait de 20 % à 64,2 % pour les vers ronds,

46,4 % à 65,6 % pour les ankylostomes, et 74,4 % à 82 % pour les trichocéphales. Dans un essai de petite taille en Ouganda, une seule dose d'albendazole (400 mg) ou un placebo a été administré durant le deuxième trimestre, que la présence d'helminthiase soit prouvée ou non ; la prévalence de base était de 15 %, 38 % et 6 % pour les vers ronds, les ankylostomes et les trichocéphales, respectivement. L'autre ECR ougandais a fourni des données sur l'albendazole plus ivermectine versus l'ivermectine seule, administrés en doses uniques aux femmes enceintes durant le deuxième trimestre ; toutes les femmes présentaient une helminthiase intestinale au début de l'essai.

### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude faible suggère qu'une seule dose d'albendazole ou de mébendazole durant le deuxième trimestre de la grossesse peut avoir peu ou pas d'effet sur l'anémie maternelle (définie comme  $Hb < 11\text{ g/dl}$ ) (quatre essais, 3266 femmes ; RR : 0,94 ; IC 95 % : 0,81-1,10).

### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude modéré indique qu'une seule dose d'albendazole ou de mébendazole durant le deuxième trimestre de la grossesse peut avoir peu ou pas d'effet sur la naissance avant terme (deux essais, 1318 femmes ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,43-1,78) ou la mortalité périnatale (deux essais, 3385 femmes ; RR : 1,09, IC 95 % : 0,71-1,67). Aucune autre issue faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans l'examen.

### Autres éléments pris en compte :

- Dans aucun des essais inclus dans la revue Cochrane les effets de l'administration de plus d'une dose de l'agent anthelminthique n'ont été évalués. Les observations issues d'études non randomisées de grande taille suggèrent qu'un traitement anthelminthique prophylactique peut avoir des effets avantageux pour les mères et les nouveau-nés vivant dans des zones d'endémie (143-145) :
  - Une étude non randomisée impliquant approximativement 5000 femmes enceintes au Népal avec une prévalence de l'ankylostomiase de 74 % a mentionné une réduction de 41 % de la mortalité infantile à six mois chez les femmes recevant deux doses d'albendazole (une dose durant le deuxième trimestre et une autre au troisième trimestre) par rapport à l'absence de traitement (IC 95 % : 18-57%) (143). Cette étude montre également une réduction de l'anémie maternelle sévère avec l'albendazole.
  - Dans une étude au Sri Lanka impliquant approximativement 7000 femmes, l'administration de mébendazole a été comparée à une absence de traitement et un moins grand nombre de mortinaissances et de décès périnatals a été observé chez les femmes recevant du mébendazole (1,9 % vs 3,3 % ; OR : 0,55, IC 95 % : 0,40-0,77), et peu de différence dans la survenue de maladies congénitales (1,8 % vs 1,5 %, pour le groupe d'intervention et le groupe témoin, respectivement ; OR : 1,24, IC 95 % : 0,80-1,91), même chez les 407 femmes qui avaient pris du mébendazole durant le premier trimestre contre avis médical (145).
- Le manuel de l'OMS sur la chimiothérapie préventive contre les helminthiases humaines (*Preventive chemotherapy in human helminthiasis*) insiste sur le fait que toutes les possibilités doivent être utilisées pour atteindre les populations à risque via les canaux existants (141).
- Recoupant d'autres directives de l'OMS, le document à paraître en 2016 WHO *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups* recommande d'administrer une seule dose d'albendazole ou de mébendazole aux femmes enceintes durant les deuxième et troisième trimestres dans les

zones où la prévalence de toute géohelminthiase (vers ronds, trichocéphales et ankylostomes) excède 20 % (140).

- Le traitement anthelminthique préventif contribue à réduire la charge d'autres infections, par exemple VIH, paludisme et tuberculose, et contribue à une réduction durable de la transmission (142).

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.C : Cadre général (p. 68).

### Ressources

Une chimiothérapie préventive contre les helminthiases est une intervention économiquement efficace. Le prix du marché d'un seul comprimé générique d'albendazole (400 mg) ou de mébendazole (500 mg) est d'environ US \$0,02-0,03 (141).

### Équité

La prévalence des helminthiases est élevée dans les régions frappées par la misère et la lutte contre cette maladie vise à atténuer la souffrance, à réduire la pauvreté et à soutenir l'équité (141).

### Acceptabilité

Les femmes affectées sont souvent asymptomatiques et peuvent ne pas percevoir la nécessité d'un traitement. Dès lors, la prévalence de géohelminthiases dans un contexte particulier est susceptible d'influencer les préférences des femmes et des prestataires de soins. Des études de programmes anthelminthiques parmi des cohortes de personnes non enceintes, par exemple, des enfants scolarisés dans des zones d'endémie, ont montré des niveaux d'acceptabilité élevés (146). Chez les femmes recevant un traitement préventif dans les zones d'endémie, des vers sont souvent visibles dans les selles le jour suivant le traitement et ceci peut renforcer la valeur de l'intervention. Cependant, lorsque le traitement est susceptible d'entraîner des coûts supplémentaires (confiance élevée dans la preuve) ou lorsque l'intervention n'est pas réalisable en raison de contraintes en termes de ressources (faible confiance dans la preuve), les femmes peuvent avoir moins tendance à avoir recours aux services (45).

### Faisabilité

Dans un certain nombre de contextes de pays à revenu faible et moyen, les prestataires estiment qu'un manque de ressources, à la fois en termes de médicaments disponibles et de personnel correctement formé pour fournir des informations pertinentes, peut limiter la mise en œuvre des interventions recommandées (confiance élevée dans la preuve) (45).

## C.5: Vaccination par l'anatoxine tétanique

**RECOMMANDATION C.5: La vaccination par l'anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos. (Recommandée)**

### Remarques

- Cette recommandation est compatible avec les recommandations du document OMS de 2006 *Maternal immunization against tetanus* (134). Le GDG approuve l'approche de la directive qui recommande ce qui suit.
  - Si une femme enceinte n'a pas été vaccinée précédemment, ou si son statut de vaccination est inconnu, elle devrait recevoir deux doses de vaccin contenant l'anatoxine tétanique à un mois d'intervalle, la deuxième dose étant administrée au moins deux semaines avant l'accouchement. Deux doses protègent la plupart des personnes contre l'infection par le tétanos pendant 1 à 3 ans. L'administration d'une troisième dose après six mois est recommandée car elle permet d'allonger la durée de protection à au moins cinq ans.
  - Les femmes enceintes vaccinées pour la première fois contre le tétanos devraient recevoir, après la troisième dose, deux doses supplémentaires au cours des deux années suivantes ou pendant deux grossesses ultérieures.
  - Si une femme a reçu une à quatre doses de vaccin contenant l'anatoxine tétanique dans le passé, elle devrait recevoir une nouvelle dose à chaque grossesse ultérieure jusqu'à un total de cinq doses (cinq doses protègent pendant toute la durée de la période de procréation).
- La vaccination contre le tétanos et des pratiques d'accouchement propres sont des composantes majeures de la stratégie destinée à éradiquer le tétanos maternel et néonatal dans le monde (147).
- Une surveillance efficace est essentielle pour l'identification de régions ou de populations à haut risque de tétanos néonatal et pour le suivi de l'impact des interventions.
- Un système de suivi devrait comprendre un registre de vaccination, des cartes de vaccination personnelles et des dossiers médicaux maternels, détenus par les femmes.
- Pour une mise en œuvre efficace, les prestataires de soins prénatals doivent avoir reçu une formation relative à la vaccination contre le tétanos, et disposer du matériel et des fournitures (réfrigérateur, aiguilles et seringues) dans les services de soins prénatals.
- Dans des contextes de faible prévalence/revenu élevé, les décideurs peuvent choisir de ne pas inclure la vaccination contre le tétanos parmi les interventions de soins prénatals si des programmes efficaces de vaccination contre le tétanos et une bonne prophylaxie post-exposition en dehors de la grossesse existent.
- Les contacts lors des soins prénatals devraient être mis à profit pour vérifier l'état de vaccination des femmes enceintes, et administrer tout vaccin recommandé dans le calendrier de vaccination national. Ces contacts offrent également l'opportunité d'expliquer l'importance de la vaccination des nourrissons/enfants aux femmes enceintes.
- D'autres informations figurent dans les recommandations de l'OMS (134), consultables sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf); et dans les notes d'information de l'OMS sur les vaccins, consultables sur : <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en>

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets de la vaccination prénatale par l'anatoxine tétanique par rapport à l'absence de vaccination, à une autre vaccination, ou à un placebo (Tableau EB C.5 consultable en ligne)

Les preuves relatives aux effets de la vaccination par l'anatoxine tétanique ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane dans lequel était évalué l'effet de la vaccination contre le tétanos chez des femmes en âge de procréer afin de prévenir le tétanos néonatal (148). Les données proviennent de deux ECR : l'un des deux a été mené en

Colombie entre 1961 et 1965 et l'effet d'un vaccin contre le tétanos (anatoxine tétanique adsorbée sur du phosphate d'aluminium [10LF]; trois doses) était comparé à l'effet d'un vaccin contre la grippe (1618 femmes, 1182 nouveau-nés); l'autre essai a été mené aux États-Unis d'Amérique et l'effet d'un vaccin combiné (tétanos/diphthérie/coqueluche acellulaire [Tdap]; une dose) a été comparé à l'effet d'un placebo constitué d'une solution saline chez 48 femmes enceintes entre 30 et 32 semaines de gestation. En raison du nombre relativement faible de données issues d'ECR, d'autres preuves relatives aux effets sont également prises en compte dans la section « Autres éléments pris en compte ».

### Issues maternelles

Une preuve de niveau de certitude faible suggère que des effets secondaires localisés, tels que la douleur, étaient plus courants avec le vaccin combiné (tétanos/diphthérie/coqueluche acellulaire [Tdap] qu'avec le placebo (48 femmes ; RR : 3,94, IC 95 % : 1,41-11,01). Il n'y a pas de preuve concernant d'autres issues maternelles.

### Issues fœtales et néonatales

Une preuve de niveau de certitude faible issue d'un essai mené en Colombie suggère qu'il pourrait y avoir moins de cas de tétanos néonatal parmi les nouveau-nés dont les mères reçoivent une vaccination par l'anatoxine tétanique que parmi les enfants de mères non vaccinées (1182 nouveau-nés ; RR : 0,20, IC 95 % : 0,10-0,40).

Une preuve de niveau de certitude modéré suggère que deux ou plusieurs doses d'anatoxine tétanique réduisent probablement la mortalité néonatale quelle qu'en soit la cause (un essai, 688 nouveau-nés ; RR : 0,31, IC 95 % : 0,17-0,55). D'autres preuves de niveau de certitude faible suggèrent que la mortalité néonatale due au tétanos peut être réduite parmi les nouveau-nés dont les mères ont reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique (un essai, 688 nouveau-nés ; RR : 0,02, IC 95 % : 0,00-0,30), contrairement aux nouveau-nés dont les mères n'en ont reçu qu'une seule (un essai, 494 nouveau-nés ; RR : 0,57, IC 95 % : 0,26-1,24). Des anomalies congénitales et d'autres issues faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'ont pas été signalées dans les essais.

### Autres éléments pris en compte :

- Une preuve de niveau de certitude modéré obtenue à partir d'un examen systématique regroupant les données de l'essai mené en Colombie et d'une étude de cohorte de grande taille au sujet de la vaccination prénatale par l'anatoxine tétanique menée en Inde indique un effet important (réduction de 94 %) sur la mortalité néonatale due au tétanos suite à la vaccination par l'anatoxine tétanique avec au moins deux doses chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer (deux essais, 2146 nouveau-nés ; RR : 0,06, IC 95 % : 0,02-0,20) (149).
- La vaccination par l'anatoxine tétanique a été largement pratiquée au cours des 40 dernières années, entraînant une diminution substantielle du tétanos néonatal et une augmentation de la survie néonatale, sans signe d'effet négatif possible pour les femmes enceintes ou pour leur fœtus (150). La stratégie de l'OMS visant à éliminer le tétanos maternel et néonatal inclut la vaccination des femmes enceintes, des interventions de vaccination supplémentaires dans des zones à haut risque sélectionnées, la promotion des accouchements

propres et des pratiques assurant la propreté du cordon ombilical ainsi qu'une surveillance du tétanos néonatal (134).

### Valeurs

Voir « Attentes : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.C : Cadre général (p. 68).

### Ressources

Le coût de trois doses de vaccin contre le tétanos a été estimé à environ US \$3 par femme (151), bien que des coûts plus faibles dans les programmes de vaccination aient été signalés (152). La nécessité d'assurer la chaîne du froid et la formation du personnel peut augmenter les coûts.

### Équité

La plupart des décès dus au tétanos néonatal sont enregistrés dans des pays dans lesquels la couverture des naissances en établissement, des soins prénatals et de la vaccination contre le tétanos est faible (149). En outre, dans les pays à revenu faible et moyen, la couverture des soins prénatals et la mortalité infantile sont souvent inégales entre les populations les plus et les moins instruites, urbaines et rurales, les plus riches et les plus pauvres (29). Dès lors, l'augmentation de la vaccination contre le tétanos dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et parmi les populations défavorisées pourrait contribuer à traiter le problème des inégalités.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives indiquent que la plupart des femmes considèrent les soins prénatals comme une source de connaissances, d'informations et de sécurité médicale et qu'elles apprécient généralement les interventions et conseils qui leur sont proposés. Cependant, leur participation peut être limitée si les vaccinations ne sont pas clairement expliquées ou si les femmes ont l'impression que leurs croyances, traditions et mécanismes de soutien social sont négligés ou ignorés par les professionnels de santé (confiance élevée dans la preuve) (22). Le manque de participation peut être aggravé si les services sont effectués à la hâte, de manière rigide et didactique (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Les services prénatals offrent l'opportunité de pouvoir vacciner les femmes enceintes, en particulier dans des contextes sans programmes efficaces de vaccination infantile. Des preuves qualitatives indiquent que si des coûts supplémentaires sont associés à la vaccination (notamment les coûts de transport et le manque à gagner), la participation peut être limitée (confiance élevée dans

la preuve) (22). En outre, dans de nombreux contextes de pays à revenu faible et moyen, les prestataires de soins estiment qu'un manque de ressources, en termes de

disponibilité des vaccins et de personnel correctement formé, peut limiter la mise en œuvre (confiance élevée dans la preuve (45).

## C.6: Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse

**RECOMMANDATION C.6: Dans les zones d'endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L'administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses.**

*(Recommandation spécifique au contexte)*

### Remarques

- Cette recommandation a été intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guidelines for the treatment of malaria*, dans lequel il s'agit d'une recommandation forte fondée sur une preuve de qualité élevée (153).
- Contracté pendant la grossesse, le paludisme est un problème majeur de santé publique présentant des risques importants pour la mère, son fœtus et le nouveau-né. L'OMS recommande un ensemble d'interventions pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, incluant la promotion et l'utilisation de moustiquaires traitées avec des insecticides, une prise en charge appropriée des cas avec un traitement efficace rapide et, dans les zones à transmission modérée à élevée de *Plasmodium falciparum*, l'administration d'un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) (153).
- Une preuve de qualité élevée étayant cette recommandation a été obtenue à partir d'un examen systématique portant sur sept ECR menés dans des pays d'endémie du paludisme qui montre que l'administration de trois doses ou plus de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est associée à une parasitémie maternelle réduite, une réduction du nombre d'enfants de faible poids à la naissance et un accroissement du poids moyen à la naissance par rapport à deux doses seulement (154).
- Le GDG en charge du paludisme a noté que la plupart des preuves ont été obtenues auprès de femmes dans leur première ou deuxième grossesse ; cependant, la preuve limitée concernant le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) auprès de femmes dans leur troisième grossesse ou une grossesse ultérieure est cohérente avec l'avantage observé (153).
- Pour garantir que le TPI-SP des femmes enceintes dans des zones d'endémie soit initié le plus tôt possible durant le deuxième trimestre, les décideurs devraient veiller à ce que les systèmes sanitaires contactent les femmes à leur 13<sup>e</sup> semaine de gestation. Les décideurs pourraient également envisager de fournir aux femmes leur première dose de SP lors de la première visite de soins prénatals avec des instructions concernant la date (correspondant à 13 semaines de gestation) à laquelle le médicament devrait être pris.
- La sulfadoxine-pyriméthamine (SP) agit en interférant avec la synthèse de l'acide folique dans le parasite vecteur du paludisme, inhibant ainsi son cycle biologique. Certaines preuves indiquent que des doses élevées de suppléments d'acide folique (c'est-à-dire, 5 mg par jour ou plus) peuvent interférer avec l'efficacité de SP pendant la grossesse (155). Les pays devraient veiller à se procurer et à distribuer des suppléments d'acide folique à utiliser pendant la période prénatale selon la posologie recommandée (c'est-à-dire, 0,4 mg par jour).
- Le GDG en charge du paludisme a noté que les preuves concernant l'innocuité, l'efficacité et la pharmacocinétique de la plupart des agents antipaludiques durant la grossesse, en particulier durant le premier trimestre, étaient insuffisantes (153).
- Les preuves détaillées et des orientations en rapport avec la recommandation figurent dans les directives de 2015 (153), consultables sur : <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>

## C.7: Prophylaxie préexposition pour la prévention du VIH

**RECOMMANDATION C.7: Une prophylaxie orale préexposition incluant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) devra être proposée en tant qu'option préventive supplémentaire aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection à VIH dans le cadre des approches préventives combinées.**

*(Recommandation spécifique au contexte)*

### Remarques

- Cette recommandation a été intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*, dans lequel il s'agit d'une recommandation forte fondée sur une preuve de qualité élevée (99). Les preuves et d'autres orientations en rapport avec la recommandation figurent dans cette directive.
- Un « risque important » est provisoirement défini comme une incidence du VIH supérieure à 3 pour 100 personnes-années en l'absence de prophylaxie préexposition, mais le risque individuel varie au sein de ce groupe selon le comportement individuel et les caractéristiques des partenaires sexuels. Des preuves épidémiologiques locales concernant les facteurs de risque et l'incidence du VIH devraient être utilisées afin de disposer d'informations pour la mise en œuvre.
- Les seuils déterminant la proposition d'une prophylaxie préexposition peuvent varier en fonction de différents paramètres, notamment les ressources, la faisabilité et la demande.
- Le niveau de protection est fortement corrélé à l'observance.
- Les preuves détaillées et des orientations en rapport avec la recommandation figurent dans la directive de 2015 (99), consultable sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

# D. Interventions face à des signes cliniques courants

## Cadre général

Le corps féminin subit des changements importants pendant la grossesse, résultant à la fois d'effets hormonaux et d'effets mécaniques. Ces changements entraînent une variété de symptômes courants, notamment nausées et vomissements, douleurs lombaires et pelviennes, brûlures d'estomac, varices, constipation et crampes dans les jambes, qui chez certaines femmes causent un réel inconfort et affectent négativement leur expérience de la grossesse. En général, les symptômes associés aux effets mécaniques, notamment les douleurs pelviennes, les brûlures d'estomac et les varices, s'aggravent à mesure que la grossesse progresse.

Environ 70 % des femmes enceintes manifestent des nausées et de vomissements qui apparaissent habituellement pendant le premier trimestre de la grossesse (156) ; cependant, environ 20 % des femmes peuvent avoir des nausées et des vomissements au-delà de 20 semaines de gestation (157). On estime que les douleurs lombaires et pelviennes surviennent chez la moitié des femmes enceintes, occasionnant chez 8 % d'entre elles une incapacité grave (158). Des brûlures d'estomac se produisent chez deux tiers des femmes enceintes et peuvent empirer après avoir mangé ou après s'être allongé (159). Les varices se manifestent habituellement dans les jambes mais peuvent également affecter la vulve et le

rectum et peuvent entraîner des douleurs, des crampes nocturnes, des douleurs et lourdeurs et empirer après de longues périodes en station debout (160). La constipation peut être très gênante et compliquée par des hémorroïdes (161). Les crampes dans les jambes se produisent souvent la nuit et peuvent être très douloureuses, affectant le sommeil et les activités diurnes (162). Les approches suggérées pour prendre en charge les signes cliniques courants comprennent diverses options pharmacologiques ou non, et le GDG a pris en compte les preuves et autres informations pertinentes concernant ces approches.

### Valeurs : ce qui compte pour les femmes

Un examen de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes attachaient de l'importance à une expérience positive de la grossesse. Il s'agit notamment de conseils centrés sur la femme pour le traitement des signes cliniques courants (confiance élevée dans la preuve). Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, à cela s'ajoutent un soutien et le respect du recours des femmes à d'autres approches ou à des approches traditionnelles pour le diagnostic et le traitement des symptômes les plus courants liés à la grossesse (confiance modérée dans la preuve).

## D.1: Nausées et vomissements

**RECOMMANDATION D.1: Gingembre, camomille, vitamine B6 et/ou acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles. (Recommandée)**

### Remarques

- En l'absence de preuve plus solide, le GDG a convenu que ces options non pharmacologiques ne peuvent vraisemblablement pas avoir d'effets négatifs ni pour la mère, ni pour l'enfant.
- Les femmes devraient être informées du fait que les nausées et les vomissements disparaissent habituellement au cours de la deuxième moitié de la grossesse.
- Les traitements pharmacologiques contre les nausées et les vomissements, tels que la doxylamine et le métoclopramide, devraient être réservés aux femmes enceintes qui éprouvent des symptômes douloureux, résistants aux options non pharmacologiques, sous la supervision d'un médecin.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets des interventions pour le traitement des nausées et des vomissements par rapport à d'autres interventions, à l'absence d'intervention ou à un placebo (Tableau EBD.1 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de diverses interventions pour traiter les nausées et les vomissements pendant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue systématique Cochrane (157). L'examen comprenait 41 essais impliquant 5449 femmes chez lesquelles une variété d'interventions pharmacologiques ou non ont été évaluées. Les essais ont été menés dans différents pays à revenu élevé et pays à revenu faible et moyen, et la plupart incluaient des femmes enceintes à moins de 16 semaines de gestation éprouvant des nausées et des vomissements faibles à modérés. Les autres traitements et les agents non pharmacologiques évalués comprenaient l'acupuncture, l'acupression, la vitamine B6, le gingembre, la camomille, l'huile de menthe et l'huile de citron. Les agents pharmacologiques comprenaient des antihistaminiques, des phénothiazines, des antagonistes des récepteurs de la dopamine et des antagonistes des récepteurs 5HT3 de la sérotonine. En raison de l'hétérogénéité des types d'intervention et de la notification des issues, les examinateurs ont rarement pu regrouper les données. Le principal indicateur de résultat pour toutes les interventions était le soulagement des symptômes chez la mère (habituellement mesuré en utilisant l'indice de Rhodes) et des issues périnatales faisant l'objet de la présente directive ont été rarement signalées.

### Agents non pharmacologiques versus placebo ou absence de traitement

Des interventions non pharmacologiques ont été évaluées dans dix essais. Elles utilisaient du gingembre (préparé sous forme de sirop, de gélules ou en poudre dans des biscuits) (sept essais menés aux États-Unis d'Amérique, au Pakistan, en République islamique d'Iran et en Thaïlande), de l'huile de citron (une étude iranienne, 100 participantes), de l'huile de menthe (une étude iranienne, 60 participantes), de la camomille (une étude iranienne, 105 participantes), et de la vitamine B6 (deux études aux États-Unis d'Amérique et en Thaïlande; 416 participantes) par comparaison avec une absence de traitement ou un placebo.

**Gingembre:** Un faible niveau de preuve obtenu à partir de plusieurs études individuelles de petite taille suggère que le gingembre peut soulager les symptômes de nausées et de vomissements. Une étude menée au Pakistan a montré que le gingembre atténue les scores de symptômes de nausées (68 femmes; DM: 1,38 plus faible au troisième

jour, IC 95%: 0,03-2,73 de moins), et les scores de symptômes de vomissements (64 femmes; DM: 1,14 de moins, IC 95%: 0,37-1,91 de moins), et une étude iranienne a montré des améliorations des scores de symptômes de nausées et de vomissements au septième jour chez des femmes prenant des suppléments de gingembre par rapport à celles recevant un placebo (95 femmes; DM: 4,19 de moins, IC 95%: 1,73-6,65 de moins). Les données des études réalisées aux États-Unis d'Amérique et en Thaïlande ont montré une tendance similaire concernant les effets des symptômes de nausées en faveur du gingembre.

**Huile de citron:** Un faible niveau de preuve obtenu à partir d'une étude iranienne de petite taille suggère que, avec l'huile de citron, il n'y a pas ou peu de différence dans les scores de symptômes de nausées et de vomissements (100 femmes; DM: 0,46 de moins au troisième jour, IC 95%: 1,27 de moins à 0,35 de plus), ou de satisfaction maternelle (nombre de femmes satisfaites par le traitement) (un essai, 100 femmes; RR: 1,47, IC 95%: 0,91-2,37).

**Huile de menthe:** La preuve de la capacité de l'huile de menthe à soulager les symptômes de nausées et de vomissements est de très faible niveau.

**Camomille:** Un faible niveau de preuve obtenu à partir d'une étude de petite taille suggère que la camomille peut réduire les scores de symptômes de nausées et de vomissements (70 femmes; DM: 5,74 de moins, IC 95%: 3,17-8,31 de moins).

**Vitamine B6 (pyridoxine):** Un niveau de preuve moyen obtenu à partir de deux essais (dans l'un, 25 mg de vitamine B6 étaient administrés par voie orale toutes les huit heures pendant trois jours et dans l'autre, 10 mg de vitamine B6 étaient administrés par voie orale toutes les huit heures pendant cinq jours) montre que la vitamine B6 réduit probablement les scores de symptômes de nausées (388 femmes, les essais mesuraient les changements des scores de nausées par rapport à la valeur de référence le troisième jour; DM: 0,92 de plus, IC 95%: 0,4-1,44 de plus), mais un faible niveau de preuve suggère qu'il n'y a pas ou peu d'effet sur les vomissements (deux essais, 392 femmes; RR: 0,76, IC 95%: 0,35-1,66).

### Acupuncture et acupression versus placebo ou absence de traitement

Dans cinq études (601 participantes), l'acupression P6 (intérieur de l'avant-bras) a été évaluée versus un placebo; dans une étude thaïlandaise (91 participantes), l'acupression auriculaire (billes magnétiques sphériques

utilisées comme clips d'oreille) a été évaluée versus l'absence de traitement ; dans une étude menée aux États-Unis d'Amérique (230 participantes), la thérapie par acustimulation P6 (stimulation nerveuse au point d'acupuncture P6) a été évaluée versus un placebo et, dans une étude australienne à quatre bras (593 femmes), l'acupuncture chinoise traditionnelle ou l'acupuncture P6 a été évaluée versus une acupuncture P6 placebo ou l'absence d'intervention.

Un faible niveau de preuve suggère que l'acupression P6 peut réduire les scores de symptômes de nausées (100 femmes ; DM : 1,7 de moins, IC 95 % : 0,99-2,41 de moins) et réduire le nombre d'épisodes de vomissements (DM : 0,9 de moins, IC 95 % : 0,74-1,06 de moins). Un faible niveau de preuve suggère que l'acupression auriculaire peut également réduire les scores de symptômes de nausées (91 femmes ; DM : 3,6 de moins, IC 95 % : 0,58-6,62 de moins), de même que l'acupuncture chinoise traditionnelle (296 femmes ; DM : 0,7 de moins, IC 95 % : 0,04-1,36 plus faible). Un faible niveau de preuve suggère que, avec l'acupuncture P6, il n'y a pas ou peu de différence en ce qui concerne les scores moyens de nausées par rapport à une acupuncture P6 placebo (296 femmes ; DM : 0,3 de moins, IC 95 % : 1,0 de moins à 0,4 de plus).

### Agents pharmacologiques versus placebo

Dans une étude, un antihistaminique (doxylamine) a été évalué et, dans une autre, un antagoniste des récepteurs de la dopamine (métoclopramide). Certains autres médicaments évalués dans l'examen (hydroxyzine, thiéthylpérazine et fluphénazine) sont décrits dans des études anciennes et ne sont plus utilisés chez les femmes enceintes en raison de risques de toxicité.

Un niveau de preuve moyen suggère que la doxylamine administrée avec la vitamine B6 réduit probablement les scores de symptômes de nausées et de vomissements par rapport à un placebo (une étude, 256 femmes ; DM : 0,9 de moins au quinzième jour, IC 95 % : 0,25-1,55 de moins). Un faible niveau de preuve issu de cette étude suggère qu'il peut y avoir peu ou pas de différence concernant les maux de tête (256 femmes ; RR : 0,81, IC 95 % : 0,45-1,48) ou la somnolence (256 femmes ; RR : 1,21, IC 95 % : 0,64-2,27) entre la doxylamine plus vitamine B6 et un placebo.

Un faible niveau de preuve concernant le métoclopramide (10 mg) suggère que cet agent peut réduire les scores de symptômes de nausées (un essai, 68 femmes ; DM : 2,94 de moins au troisième jour, IC 95 % : 1,33-4,55 de moins). Il n'y a pas de données sur les effets secondaires du métoclopramide dans l'examen.

Aucune étude ne présente une comparaison de l'ondansetron (un antagoniste de récepteurs 5HT3) avec un placebo. Dans deux études de petite taille, l'ondansetron a été comparé au métoclopramide et à la doxylamine, respectivement, mais la preuve sur les effets relatifs n'est pas sûre.

### Autres éléments pris en compte :

- Un faible niveau de preuve obtenu à partir d'études uniques comparant entre elles différentes interventions non pharmacologiques, à savoir, l'acupuncture plus vitamine B6 versus l'acupuncture P6 plus placebo (66 participantes), l'acupuncture traditionnelle et l'acupuncture P6 (296 participantes), gingembre versus camomille (70 participantes), acupuncture P6 versus gingembre (98 participantes), et gingembre versus vitamine B6 (123 participantes), suggère qu'il peut y avoir peu ou pas de différence dans les effets sur l'atténuation des symptômes de nausées.
- Un faible niveau de preuve suggère qu'il peut y avoir peu ou pas de différence entre les scores de symptômes de nausées avec le gingembre et le métoclopramide (un essai, 68 femmes ; DM : 1,56 de plus, IC 95 % : 0,22 de moins à 3,34 de plus) ou les scores de symptômes de vomissements (68 femmes ; DM : 0,33 de plus, IC 95 % : 0,69 de moins à 1,35 de plus) le troisième jour après l'intervention.
- Les effets secondaires et l'innocuité des agents pharmacologiques sont mal indiqués dans les études incluses. Cependant, la somnolence est un effet secondaire courant de divers antihistaminiques utilisés pour traiter les nausées et les vomissements.
- Généralement, le métoclopramide n'est pas recommandé durant le premier trimestre de la grossesse, mais il est largement utilisé (163). Une étude portant sur plus de 81 700 accouchements uniques en Israël indique qu'aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne le risque de malformations congénitales majeures, de faible poids à la naissance, de naissance avant terme ou de mortalité périnatale entre nouveau-nés exposés (3458 nouveau-nés) et non exposés au métoclopramide pendant le premier trimestre de gestation.

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D : Cadre général (p. 79).

### Ressources

Les coûts associés aux remèdes non pharmacologiques sont variables. L'acupuncture nécessite une formation et des compétences professionnelles et est probablement associée à des coûts plus élevés. La vitamine B6

(comprimés de chlorhydrate de pyridoxine) coûte environ US \$2,50 pour 90 comprimés de 10 mg (74).

### Équité

L'impact en termes d'équité est inconnu.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que les femmes auront davantage tendance à se tourner vers des guérisseurs traditionnels, des remèdes à base de plantes ou des accoucheuses traditionnelles pour traiter ces symptômes (confiance modérée dans la preuve) (22). En outre, des preuves obtenues à partir de divers contextes indiquent que, bien que les femmes apprécient

généralement les interventions et les informations fournies durant les visites prénatales, elles ont moins tendance à avoir recours à ces services si leurs croyances, leurs traditions et leur situation socio-économique sont ignorées ou négligées par les prestataires de soins et/ou les décideurs (confiance élevée dans la preuve). Ceci peut être particulièrement pertinent pour l'acupuncture et l'acupression, qui peuvent être culturellement étrangères et/ou mal comprises dans certains contextes.

### Faisabilité

Un manque de personnel correctement formé peut limiter la faisabilité de certaines interventions (confiance élevée dans la preuve) (45).

## D.2: Brûlures d'estomac

**RECOMMANDATION D.2: Des conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie sont recommandés pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations antiacides peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie. (Recommandée)**

### Remarques

- Les conseils relatifs au mode de vie pour prévenir et soulager les symptômes de brûlures d'estomac sont notamment d'éviter des repas gras et copieux ainsi que l'alcool, de cesser de fumer et de relever la tête de lit pour dormir.
- Le GDG a convenu que des antiacides, tels que des préparations à base de carbonate de magnésium et d'hydroxyde d'aluminium ne sont pas susceptibles d'avoir des effets négatifs aux doses recommandées.
- Il n'y a pas de preuve indiquant que des préparations contenant plus d'un antiacide soient meilleures que des préparations plus simples.
- Les antiacides peuvent gêner l'absorption d'autres médicaments (164), et ne devraient donc pas être pris dans les deux heures suivant la prise de suppléments de fer et d'acide folique.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets des interventions contre les brûlures d'estomac par rapport à d'autres interventions, l'absence d'intervention ou un placebo (Tableau EB D.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de diverses interventions face aux brûlures d'estomac durant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait neuf essais impliquant 725 femmes enceintes souffrant de brûlures d'estomac ; cependant, les données ne proviennent que de quatre essais (358 femmes) (159). Dans l'un de ceux-ci, datant des années 1960, la prostigmine intramusculaire a été évaluée ; elle n'est plus utilisée et ces données n'ont donc pas été prises en compte dans la présente directive. Dans les trois autres études, menées au Brésil, aux États-Unis d'Amérique

et en Italie, les évaluations suivantes ont été réalisées : un complexe hydroxyde de magnésium-hydroxyde d'aluminium-hydroxyde de siméticone versus un placebo (156 femmes), le sucralfate (hydroxyde d'aluminium et saccharose sulfaté) versus des conseils de changement de régime alimentaire et de mode de vie (66 femmes), et l'acupuncture versus l'absence de traitement (36 femmes). Le niveau de certitude de la preuve de l'atténuation des symptômes a été généralement évalué comme faible à très faible et aucune issue périnatale faisant l'objet de la présente directive n'a été signalée. Le niveau de certitude de la preuve concernant les effets secondaires pour toutes les comparaisons a été évalué comme très faible.

### Interventions pharmacologiques versus placebo

Un faible niveau de preuve suggère que le soulagement complet des brûlures d'estomac peut se produire plus fréquemment avec l'hydroxyde de magnésium-hydroxyde

d'aluminium-siméticone en liquide et comprimés qu'avec le placebo (156 femmes ; RR : 2,04, IC 95 % : 1,44-2,89).

### **Interventions pharmacologiques versus conseils de changement de régime alimentaire et de mode de vie**

Un faible niveau de preuve suggère que le soulagement complet des brûlures d'estomac peut se produire plus fréquemment avec le sucralfate qu'avec des conseils de changement de régime alimentaire et de mode de vie (65 femmes ; RR : 2,41, IC 95 % : 1,42-4,07).

### **Acupuncture versus absence de traitement**

Des données relatives au soulagement des brûlures d'estomac n'étaient pas disponibles dans l'examen pour cette comparaison. Un faible niveau de preuve suggère que, pour les femmes enceintes souffrant de brûlures d'estomac, des séances d'acupuncture hebdomadaires peuvent améliorer le sommeil (36 femmes ; RR : 2,80, IC 95 % : 1,14-6,86) et l'appétit (36 femmes ; RR : 2,40, IC 95 % : 1,11-5,18), un indicateur approximatif de la satisfaction maternelle.

### **Autres éléments pris en compte :**

- Les brûlures d'estomac pendant la grossesse sont un problème courant qui peut faire l'objet d'un auto-traitement avec des produits vendus sans ordonnance contenant des antiacides tels que le carbonate de magnésium, l'hydroxyde d'aluminium ou le carbonate de calcium.
- La revue Cochrane n'a pas identifié de preuve concernant la prescription de médicaments pour les brûlures d'estomac, tels que l'oméprazole et la ranitidine, non connus pour avoir un effet toxique pendant la grossesse (165).

### **Valeurs**

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D : Cadre général (p. 79).

### **Ressources**

Les coûts des antiacides varient considérablement, mais les produits génériques peuvent être relativement bon marché.

L'acupuncture nécessite une formation et des compétences professionnelles et est probablement associée à des coûts plus élevés.

### **Équité**

La prévalence d'un comportement de recours aux soins et d'un traitement des brûlures d'estomac pendant la grossesse peut être inégale entre femmes de milieux favorisés et femmes de milieux défavorisés. Cependant, on ignore si les interventions destinées à soulager les brûlures d'estomac peuvent avoir un impact sur les inégalités.

### **Acceptabilité**

Des preuves qualitatives obtenues dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que les femmes auront davantage tendance à se tourner vers des guérisseurs traditionnels, des remèdes à base de plantes ou des accoucheuses traditionnelles pour traiter ces symptômes (confiance modérée dans la preuve) (22). En outre, des preuves obtenues à partir de divers contextes indiquent que, bien que les femmes apprécient généralement les interventions et les informations fournies durant les visites prénatales, elles ont moins tendance à avoir recours à ces services si leurs croyances, leurs traditions et leur situation socio-économique sont ignorées ou négligées par les prestataires de soins et/ou les décideurs (confiance élevée dans la preuve). Ceci peut être particulièrement pertinent pour une intervention telle que l'acupuncture, qui peut être culturellement étrangère et/ou mal comprise dans certains contextes. Une preuve indirecte indique également que les femmes apprécient les conseils et les recommandations en rapport avec la grossesse données par les professionnels de santé pendant les visites prénatales et qu'elles peuvent donc répondre favorablement aux suggestions relatives au mode de vie (confiance modérée dans la preuve).

### **Faisabilité**

Des preuves qualitatives suggèrent qu'un manque de ressources peut limiter l'offre de traitements pour cette affection (confiance élevée dans la preuve) (45).

## D.3: Crampes dans les jambes

**RECOMMANDATION D.3: Il est possible d'utiliser du magnésium, du calcium ou des options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles. (Recommandée)**

### Remarques

- La revue n'a pas identifié de preuve concernant l'effet de thérapies non pharmacologiques telles qu'étirements musculaires, relaxation, thermothérapie, dorsiflexion du pied et massage.
- La preuve concernant le magnésium et le calcium est généralement de faible niveau. Cependant, le GDG a convenu qu'ils ne peuvent vraisemblablement pas avoir un effet négatif lorsqu'ils sont utilisés selon les schémas posologiques évalués dans les études retenues.
- D'autres recherches sur l'étiologie et la prévalence des crampes dans les jambes durant la grossesse et sur le rôle (s'ils en ont un) du magnésium et du calcium dans le soulagement des symptômes sont nécessaires.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets des interventions pour traiter les crampes dans les jambes par rapport à d'autres interventions, à l'absence d'intervention ou à un placebo (Tableau EB D.3 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de différentes interventions pour traiter les crampes dans les jambes pendant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait six essais de petite taille impliquant 390 femmes enceintes souffrant de crampes dans les jambes (162). Les données sur l'effet du magnésium administré par voie orale comparé à un placebo proviennent de trois études menées en Norvège (42 femmes), Suède (69 femmes) et Thaïlande (86 femmes). Dans une étude suédoise (43 femmes), l'effet du calcium administré par voie orale a été comparé à celui de l'absence de traitement ; dans une étude menée en République islamique d'Iran (42 femmes), l'administration de vitamines B6 et B1 par voie orale a été comparée à l'absence de traitement ; et dans une autre étude menée en Suède, l'effet du calcium administré par voie orale a été comparé à celui de la vitamine C (30 femmes). Le soulagement des symptômes, mesuré de différentes manières, était le principal indicateur de résultat dans ces études ; d'autres issues maternelles et périnatales faisant l'objet de la présente directive n'ont pas été signalées.

#### Administration de magnésium par voie orale versus placebo

Dans trois études de petite taille, les femmes du groupe d'intervention ont reçu 300-360 mg de magnésium par jour répartis en deux ou trois doses. Les études ont comparé de différentes manières la persistance ou la survenue de crampes dans les jambes, de sorte que les résultats n'ont pas pu être groupés. Un niveau de preuve

moyen obtenu pour l'étude thaïlandaise suggère que les femmes recevant du magnésium ont plus de chances de connaître une diminution de 50 % du nombre de crampes dans les jambes (un essai, 86 femmes ; RR : 1,42, IC 95 % : 1,09-1,86). La même tendance a été observée dans l'étude suédoise, qui indiquait « pas de crampes dans les jambes » après traitement ; cependant, le niveau de preuve était faible (un essai, 69 femmes ; RR : 5,66, IC 95 % : 1,35-23,68). Un faible niveau de preuve suggère que le magnésium administré par voie orale a peu ou pas d'effet sur la survenue d'effets secondaires potentiels, notamment des nausées, la diarrhée, la flatulence et les ballonnements. La preuve issue de la troisième étude a été considérée comme très incertaine.

#### Administration de calcium par voie orale versus absence de traitement

L'administration de calcium deux fois par jour pendant deux semaines a été comparée à l'absence de traitement dans une étude de petite taille. Un faible niveau de preuve suggère que les femmes recevant un traitement avec du calcium sont plus susceptibles de ne pas avoir de crampes dans les jambes après le traitement (43 femmes ; RR : 8,59, IC 95 % : 1,19-62,07).

#### Administration de calcium par voie orale versus vitamine C

Un faible niveau de preuve suggère qu'il y a peu ou pas de différence entre les effets du calcium et de la vitamine C (pour autant qu'il y en ait) sur le soulagement complet du symptôme de crampes dans les jambes (RR : 1,33, IC 95 % : 0,53-3,38).

#### Administration de vitamines B1 et B6 par voie orale versus absence de traitement

Cette comparaison a été évaluée dans une étude impliquant, d'une part, 21 femmes recevant des

vitamines B1 (100 mg) et B6 (40 mg) une fois par jour pendant deux semaines et, d'autre part, 21 femmes ne recevant pas de traitement, mais les observations de faible niveau de certitude sont contradictoires et difficilement interprétables.

#### Autres éléments pris en compte :

- L'examen n'a pas identifié de preuve concernant les thérapies non pharmacologiques, telles qu'étirements musculaires, relaxation, thérapie thermique ou dorsiflexion du pied.

#### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D : Cadre général (p. 79).

#### Ressources

Les suppléments de magnésium et de calcium sont relativement peu coûteux, notamment quand ils sont administrés pendant des périodes limitées de deux à quatre semaines.

#### Équité

L'étiologie potentielle des crampes dans les jambes, liée à une carence alimentaire (magnésium), suggère que la prévalence des crampes dans les jambes peut être plus élevée dans les populations défavorisées. En théorie,

des interventions nutritionnelles pourraient donc avoir une incidence en termes d'équité, mais des preuves sont nécessaires.

#### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues à partir de divers contextes suggèrent que les femmes apprécient généralement les conseils en lien avec la grossesse prodigués par des professionnels de santé durant les soins prénatals et pourraient donc répondre favorablement à d'autres suggestions (confiance modérée dans la preuve) (22). Des preuves qualitatives obtenues dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire suggère que les femmes sont persuadées que la grossesse est un état sain et auront davantage tendance à se tourner vers des guérisseurs traditionnels et/ou des remèdes à base de plantes pour traiter ces symptômes associés à la grossesse (confiance élevée dans la preuve).

#### Faisabilité

Des preuves qualitatives suggèrent qu'un manque de ressources peut limiter l'offre de traitements pour cet état (confiance élevée dans la preuve) (45). En outre, si le traitement est susceptible d'entraîner des coûts supplémentaires, les femmes enceintes auront moins tendance à y recourir.

## D.4: Douleurs lombaires et pelviennes

**RECOMMANDATION D.4: L'exercice régulier est préconisé pendant la totalité de la grossesse pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes. Il existe un certain nombre de solutions thérapeutiques applicables telles que la kinésithérapie, les ceintures de maintien et l'acupuncture, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles. (Recommandée)**

#### Remarques

- L'exercice physique en vue de prévenir les douleurs lombaires et pelviennes pendant la grossesse peut être pratiqué sur terre ou dans l'eau. Alors que l'exercice physique peut également contribuer à soulager les douleurs lombaires, il pourrait exacerber les douleurs pelviennes associées à une dysfonction de la symphyse pubienne et n'est pas recommandé dans ce cas.
- L'exercice régulier est une composante clé des interventions sur le mode de vie recommandées aux femmes enceintes dans le cadre de soins prénatals pour éviter une prise de poids excessive pendant la grossesse (voir Recommandation A.9)
- Il faut informer les femmes enceintes souffrant de douleurs lombaires et/ou pelviennes qu'elles peuvent s'attendre à une amélioration des symptômes dans les mois suivant l'accouchement.
- Il faut informer les femmes du fait que l'existence d'effets secondaires liés à des traitements alternatifs n'est pas clairement démontrée en raison du peu de données.
- Une notification normalisée des résultats est nécessaire pour de futures recherches sur le traitement des douleurs lombaires et/ou pelviennes pendant la grossesse.

## Synthèse des preuves et autres éléments pris en compte

### Effets des interventions relatives aux douleurs lombaires et pelviennes par rapport à d'autres interventions, à l'absence d'intervention ou à un placebo (Tableau EB D.4 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de diverses interventions relatives aux douleurs lombaires et pelviennes pendant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 34 essais impliquant 5121 femmes (165). Les définitions des douleurs lombaires et pelviennes et la terminologie associée variaient énormément. Les interventions visaient à soulager les douleurs lombaires dans 15 essais, les douleurs pelviennes faisaient l'objet de six essais et les douleurs lombaires et pelviennes de 13 essais. Le traitement était évalué dans la plupart des essais mais six essais concernaient la prévention. Les données de quelques essais ont été utilisées pour les analyses et les résultats de plusieurs études individuelles ont été décrits uniquement dans un compte rendu. Le principal résultat était le soulagement des symptômes et l'incapacité fonctionnelle ; les issues périnatales faisant l'objet de la présente directive n'ont pas été signalées. Les comparaisons comprenaient :

1. tout exercice physique (plus soins classiques) versus soins classiques
2. acupuncture (plus soins classiques) versus simulacre d'acupuncture (plus soins classiques)
3. acupuncture (plus soins classiques) versus physiothérapie individualisée (plus soins classiques)
4. manipulation ostéopatique (plus soins classiques) versus soins classiques
5. un type de ceinture de soutien versus un autre type
6. interventions multimodales versus soins classiques.

### Tout exercice physique (plus soins classiques) versus soins classiques

Les données de sept essais (645 femmes) ont été utilisées pour cette comparaison en ce qui concerne les douleurs lombaires. Les essais ont été menés en Afrique du Sud, au Brésil, en Norvège, en République islamique d'Iran et en Thaïlande. Les interventions consistaient en exercices supervisés individuellement ou en exercices en groupe, incluant le yoga et la gymnastique aquatique, quelquefois avec l'aide de CD et de brochures. Les interventions duraient 8-12 semaines et l'intensité de la douleur était calculée dans la plupart des essais en utilisant des échelles d'analogues visuels. Cependant, la preuve du soulagement des symptômes obtenue à partir d'une méta-analyse de ces sept études est très incertaine. Un faible niveau de preuve suggère que les scores d'incapacité fonctionnelle sont meilleurs avec des interventions comprenant des

exercices physiques pour les douleurs lombaires (deux essais, 146 femmes ; DM standardisée : 0,56 de moins, IC 95 % : 0,23-0,89 de moins). La preuve concernant l'intensité de la douleur (scores des symptômes) pour les douleurs lombaires a été évaluée comme très incertaine.

Un faible niveau de preuve suggère qu'un programme d'exercices de 8 à 12 semaines peut réduire les douleurs lombaires et pelviennes par rapport à des soins classiques (quatre essais, 1176 femmes ; RR : 0,66, IC 95 % : 0,45-0,97) et un niveau de preuve moyen montre que les femmes enceintes saines prenant part à un programme d'exercices sont probablement moins susceptibles de prendre des congés de maladie pour des douleurs lombaires et pelviennes (deux essais, 1062 femmes ; RR : 0,76; IC 95 % : 0,62-0,94).

### Acupuncture (plus soins classiques) versus simulacre d'acupuncture (plus soins classiques)

Dans quatre études de petite taille menées aux États-Unis d'Amérique et en Suède, les effets de l'acupuncture plus soins classiques versus simulacre d'acupuncture plus soins classiques ont été évalués. Cependant peu de données ont été obtenues à partir de ces études et les données n'ont pu être groupées. Un faible niveau de preuve obtenu à partir d'une étude suggère que l'acupuncture peut soulager les douleurs lombaires et pelviennes (72 femmes ; RR : 4,16, IC 95 % : 1,77-9,78). Des preuves issues d'autres études ont été diversement notifiées et sont très incertaines.

### Acupuncture (plus soins classiques) versus physiothérapie individualisée (plus soins classiques)

Cette comparaison a été évaluée dans une étude de petite taille menée en Suède et impliquant 46 femmes souffrant de douleurs lombaires et pelviennes. La satisfaction des femmes traitées était le principal indicateur de résultat mais la preuve a été évaluée comme très incertaine.

### Manipulation ostéopatique (plus soins classiques) versus absence de manipulation ostéopatique (soins classiques)

La manipulation ostéopatique a été évaluée dans trois études ; cependant, les données n'ont pas pu être groupées et les preuves obtenues à partir d'études individuelles sont incohérentes. Dans la plus grande étude impliquant 400 femmes, la manipulation ostéopatique plus soins classiques a été comparée à une échographie placebo plus soins classiques, ou aux soins classiques seuls. Des données limitées suggèrent que la manipulation ostéopatique peut davantage soulager les symptômes de douleurs lombaires que les soins classiques et peut conduire à de plus faibles scores d'incapacité fonctionnelle,

mais qu'elle peut ne pas être meilleure qu'une échographie placebo pour ces issues.

### Un type de ceinture de soutien versus un autre type

Dans une étude de petite taille menée en Australie deux types de ceintures de soutien ont été comparés chez des femmes souffrant de douleurs lombaires, BellyBra® et Tubigrip® (N = 94). Le niveau de preuve issue de cette étude a été évalué comme très faible.

### Interventions multimodales versus soins classiques

Une étude menée aux États-Unis signale l'effet d'une intervention multimodale qui comprenait une thérapie de traitement manuel hebdomadaire pratiquée par un chiropracteur spécialiste, associée à des exercices quotidiens à domicile et à une éducation versus des soins classiques (repos, exercices, coussins thermiques et analgésiques) pour les douleurs lombaires et pelviennes. Un niveau de preuve moyen suggère que l'intervention multimodale est probablement associée à de meilleurs scores de douleur (une étude, 169 femmes ; DM : 2,70 de moins, IC 95 % : 1,86-3,54 de moins) et à de meilleurs scores d'incapacité fonctionnelle (DM : 1,40 de moins ; IC 95 % : 0,71-2,09 de moins) par rapport à des soins classiques.

### Autres éléments pris en compte :

- On ne sait pas exactement si les preuves concernant les interventions comprenant des exercices s'appliquent aussi bien aux douleurs lombaires qu'aux douleurs pelviennes ni aussi bien à la prévention qu'au traitement, les données des études sur la prévention et sur le traitement ayant été groupées. Les preuves sur l'effet des exercices plus éducation obtenues à partir de deux études suggèrent que de telles interventions peuvent avoir peu ou pas d'effet sur la prévention des douleurs pelviennes (RR : 0,97 ; IC 95 % : 0,77-1,23).
- Un très faible niveau de preuve concernant un certain nombre d'autres interventions, telles que la stimulation nerveuse électrique transcutanée (SNET), une relaxation musculaire progressive en musique, un traitement craniosacral et l'administration d'acétaminophène (paracétamol) – qui ont été évalués dans des essais uniques de petite taille avec un soulagement apparent des symptômes par rapport aux soins classiques – a été également présenté dans cet examen.
- Les soins classiques des symptômes de douleurs lombaires et pelviennes comprennent habituellement le repos, des compresses chaudes ou froides et une analgésie avec du paracétamol.
- Il y a peu de preuves concernant les effets secondaires potentiels de traitements alternatifs, par exemple, manipulation chiropratique et ostéopathe et d'autres

recherches de grande qualité sont nécessaires pour déterminer si ces traitements ont un effet bénéfique sur les douleurs lombaires et/ou pelviennes et ne présentent pas de risque pendant la grossesse.

- On a montré que des exercices physiques pratiqués pendant la grossesse avaient d'autres effets bénéfiques pour les femmes enceintes, notamment dans la réduction du gain de poids gestationnel excessif (voir Recommandation A.9).

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D : Cadre général (p. 79).

### Ressources

Les exercices peuvent être pratiqués en groupe et individuellement à domicile ; dès lors, le coût des interventions comprenant des exercices est variable. Les ceintures de soutien sont disponibles dans le commerce à partir de moins de US \$1 pièce.<sup>5</sup> La physiothérapie et l'acupuncture nécessitent une formation spécialisée et sont donc susceptibles de mobiliser plus de ressources.

### Équité

L'amélioration de l'accès à des interventions contre les douleurs lombaires et pelviennes peut réduire les inégalités en réduisant l'incapacité fonctionnelle et les congés de maladie en lien avec ces douleurs chez les femmes défavorisées.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues dans divers contextes indiquent que, bien que les femmes apprécient généralement les interventions et les informations fournies durant les visites prénatales, elles ont moins tendance à avoir recours à ces services si leurs croyances, leurs traditions et leur situation socio-économique sont ignorées ou négligées par les prestataires de soins et/ou les décideurs (confiance élevée dans la preuve) (22). Ceci est particulièrement pertinent pour une intervention telle que l'acupuncture qui peut être culturellement étrangère et/ou mal comprise dans certains contextes. En outre, lorsque des coûts supplémentaires sont associés au traitement ou lorsque le traitement n'est pas applicable (en raison de restrictions de ressources), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de santé (confiance élevée dans la preuve).

### Faisabilité

Un manque de ressources peut limiter l'offre de traitements pour cet état (confiance élevée dans la preuve) (45).

5 Sur la base d'une recherche sur Internet.

## D.5: Constipation

**RECOMMANDATION D.5: On peut utiliser des suppléments à base de son de blé ou d'autres fibres pour soulager la constipation pendant la grossesse si celle-ci ne répond pas aux modifications du régime alimentaire, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles. (Recommandée)**

### Remarques

- Des conseils diététiques visant à réduire la constipation pendant la grossesse devraient insister sur l'absorption, en quantité appropriée, d'eau et de fibres alimentaires (présentes dans les légumes, les noix, les fruits et les céréales complètes).
- Pour les femmes ayant des problèmes de constipation, qui ne sont pas résolus par des changements alimentaires ou une supplémentation en fibres, les acteurs concernés peuvent envisager une utilisation intermittente de laxatifs faiblement absorbés.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets des interventions contre la constipation par rapport à d'autres interventions, à l'absence d'intervention ou à un placebo (Tableau EB D.5 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de diverses interventions pour le traitement de la constipation pendant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane pour lequel seuls deux ECR de petite taille ont fourni des données (161). Les deux études ont été menées au Royaume-Uni avec des femmes souffrant de constipation. Dans une étude, une supplémentation en fibres a été comparée à une absence d'intervention (40 femmes); dans l'autre étude, des laxatifs stimulants ont été comparés à des laxatifs augmentant le volume du bol fécal (140 femmes). Aucune issue périnatale faisant l'objet de la présente directive n'a été signalée.

#### Supplémentation en fibres versus l'absence d'intervention

La preuve obtenue à partir de l'étude de petite taille dans laquelle une supplémentation en fibres était comparée à l'absence d'intervention sur le soulagement de la constipation (notifiée par la fréquence moyenne de selles) a été évaluée comme très incertaine.

#### Laxatifs stimulants versus laxatifs augmentant le volume du bol fécal

Deux laxatifs stimulants (senna et Normax®) ont été utilisés dans cette étude des années 1970. Le Normax® (contenant du dantron) est potentiellement cancérigène et n'est plus utilisé aujourd'hui que chez des personnes malades en phase terminale; cependant, les données sur les laxatifs stimulants n'étaient pas disponibles séparément pour le senna. La preuve concernant les effets des laxatifs stimulants versus les laxatifs augmentant le volume du

bol fécal (sterculia avec ou sans frangula) en termes de soulagement relatif des symptômes, effets secondaires (gêne abdominale, diarrhée) et satisfaction maternelle a été évaluée comme très incertaine.

#### Autres éléments pris en compte:

- Différents laxatifs augmentant le volume du bol fécal (suppléments de fibres à base de son de blé ou d'avoine, sterculia, méthylcellulose, téguments d'ispaghul), osmotiques (lactulose) et stimulants (senna) peuvent être obtenus sans ordonnance pour soulager la constipation et ne présentent pas de toxicité connue durant la grossesse (166).
- L'absorption de vitamines et de suppléments minéraux pourrait être potentiellement compromise par les laxatifs.

#### Valeurs

Voir « Valeurs: ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D: Cadre général (p. 79).

#### Ressources

Les coûts varient selon l'intervention et la région. Les suppléments à base de fibres de céréales peuvent être relativement bon marché, s'élevant à environ US \$1,5 pour un sachet de 375 g de son de blé.<sup>6</sup>

#### Équité

On ignore si les interventions destinées à soulager la constipation peuvent avoir un impact sur les inégalités.

#### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que les femmes auront davantage tendance à se tourner vers des

6 Sur la base d'une recherche sur Internet.

guérisseurs traditionnels, des remèdes à base de plantes ou des accoucheuses traditionnelles pour traiter ces symptômes (confiance modérée dans la preuve) (22). Des preuves obtenues dans divers contextes indiquent que, bien que les femmes apprécient généralement les interventions et les informations fournies durant les visites prénatales, elles ont moins tendance à avoir recours à ces services si leurs croyances, leurs traditions et leur situation socio-

économique sont ignorées ou négligées par les prestataires de soins et/ou les décideurs (confiance élevée dans la preuve).

#### Faisabilité

Des preuves qualitatives suggèrent qu'un manque de ressources peut limiter l'offre de traitements pour la constipation (confiance élevée dans la preuve) (45).

## D.6: Varices et œdèmes

**RECOMMANDATION D.6: Des options non pharmacologiques, telles que bas et chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau, peuvent être appliquées pour prendre en charge les veines variqueuses et les œdèmes pendant la grossesse en fonction des préférences de la femme et des options disponibles. (Recommandée)**

#### Remarques

- Il faut informer les femmes du fait que les symptômes associés aux varices peuvent s'aggraver à mesure que la grossesse progresse mais que la plupart des femmes connaissent une certaine amélioration en quelques mois après l'accouchement.
- Le repos, la surélévation des jambes et l'immersion dans l'eau sont des interventions à faible coût, peu susceptibles d'avoir un effet négatif.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets des interventions relatives aux varices et aux œdèmes par rapport à d'autres interventions, à l'absence d'intervention ou à un placebo (Tableau EBD.6 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de différentes interventions relatives aux varices pendant la grossesse ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait sept essais de petite taille impliquant 326 femmes souffrant de varices et/ou d'œdèmes et bénéficiant de différents types d'interventions, notamment l'administration de rutoside (médicament veinotonique) versus un placebo (deux essais), un massage des pieds par un masseur professionnel pendant cinq jours versus l'absence d'intervention (un essai, 80 femmes), une compression pneumatique externe intermittente avec une pompe versus le repos (un essai, 35 femmes), l'immersion dans l'eau à une température comprise entre 29 °C et 33 °C pendant 20 minutes versus élévation des jambes (un essai, 32 femmes) et la réflexologie versus le repos (un essai, 55 femmes) (160). Un autre essai, dans lequel le port de bas de contention était comparé au repos en position latérale gauche, n'a fourni aucune donnée. Aucune issue fœtale ou néonatale faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'a été signalée dans ces études.

#### Interventions pharmacologiques versus placebo ou l'absence d'intervention

Les données proviennent d'un seul essai de petite taille mené en 1975 (69 femmes). Un faible niveau de preuve issue de cet essai suggère que le rutoside pourrait réduire les symptômes (crampes nocturnes, paresthésie, fatigue) associés aux varices comparé à un placebo (69 femmes ; RR : 1,89, IC 95 % : 1,11-3,22). Cependant, aucune donnée sur des effets secondaires n'a été signalée.

#### Interventions non pharmacologiques versus un placebo ou l'absence d'intervention

Un faible niveau de preuve suggère que la réflexologie pourrait réduire les symptômes d'œdèmes comparativement au repos seul (55 femmes ; RR : 9,09, IC 95 % : 1,41-58,54) et que l'immersion dans l'eau pourrait réduire les symptômes d'œdèmes (volume des jambes) comparativement à l'élévation des jambes (32 femmes ; RR : 0,43, IC 95 % : 0,22-0,83). Un faible niveau de preuve suggère qu'il pourrait y avoir peu ou pas de différence au niveau des symptômes d'œdèmes (mesurés par la circonférence inférieure de la jambe en centimètres) entre le massage des pieds et l'absence d'intervention (80 femmes ; DM en cm : 0,11 de moins, IC 95 % : 1,02 de moins à 0,80 de plus) et entre une compression pneumatique intermittente et le repos (mesurés par le volume moyen de la jambe, unité d'analyse non clairement

indiquée) (35 femmes ; DM : 258,8 de moins, IC 95 % : 566,91 de moins à 49,31 de plus). La satisfaction des femmes a été évaluée dans une seule étude (réflexologie versus repos) mais le niveau de preuve est très faible.

#### Autres éléments pris en compte :

- Le port de bas de contention associé à la surélévation des jambes est la prise en charge non chirurgicale la plus courante des varices et des œdèmes ; cependant, la revue Cochrane n'a pas identifié de preuve concernant cette pratique pendant la grossesse (160). Les bas de contention sont également abondamment utilisés pour prévenir la morbidité chez les femmes non enceintes souffrant de varices et la preuve concernant cette pratique dans une revue Cochrane connexe s'est révélée généralement très incertaine (167).

#### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.D : Cadre général (p. 79).

#### Ressources

Les interventions posturales sont des interventions à faible coût. Le coût de bas de contention est variable mais peut s'élever à plus de US \$15 la paire. La réflexologie et les massages professionnels nécessitent une formation spécialisée et sont donc susceptibles d'être plus coûteux.

#### Équité

On ignore si les interventions destinées à soulager les varices et les œdèmes peuvent avoir un impact sur les inégalités.

#### Acceptabilité

Des preuves qualitatives obtenues dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que les femmes auront davantage tendance à se tourner vers des guérisseurs traditionnels, des remèdes à base de plantes ou des accoucheuses traditionnelles pour traiter ces symptômes (confiance modérée dans la preuve) (22). En outre, des preuves obtenues dans divers contextes indiquent que, bien que les femmes apprécient généralement les interventions et les informations fournies durant les visites prénatales, elles ont moins tendance à avoir recours à ces services si leurs croyances, leurs traditions et leur situation socio-économique sont ignorées ou négligées par les prestataires de soins et/ou les décideurs (confiance élevée dans la preuve). Ceci peut être particulièrement pertinent pour une intervention telle que la réflexologie, qui peut être culturellement étrangère et/ou mal comprise dans certains contextes. Des preuves qualitatives montrent que, lorsque des coûts supplémentaires sont susceptibles d'être associés au traitement ou lorsque le traitement n'est pas disponible (en raison de restrictions de ressources), les femmes ont vraisemblablement moins tendance à avoir recours aux services de santé (confiance élevée dans la preuve).

#### Faisabilité

La preuve suggère également qu'un manque de ressources peut limiter l'offre de traitements des varices et des œdèmes (confiance élevée dans la preuve) (45).

# E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals

## Cadre général

Il existe une multitude d'interventions qui peuvent être appliquées pour améliorer le recours aux soins prénatals et leur qualité suivant le contexte et la structure. Pour les besoins de la présente directive, le GDG a pris en compte les interventions suivantes :

1. Notes de consultation détenues par les femmes (dossiers conservés à domicile)
2. Continuité des soins sous la direction de sages-femmes
3. Soins prénatals de groupe
4. Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien
5. Délégation de tâches
6. Recrutement et fidélisation du personnel dans les zones rurales et reculées
7. Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals.

La manière de dispenser le type et la qualité de soins prénatals souhaités par les femmes est un domaine de recherche vaste et complexe. Les interventions conçues pour accroître les compétences du personnel ou améliorer son bien-être et d'autres interventions (par exemple, des incitations fiscales) destinées à améliorer l'accès aux soins prénatals et leur utilisation constituent un vaste sujet considéré comme sortant du cadre de la présente directive.

### ■ Notes de consultation détenues par les femmes :

Dans de nombreux pays, les femmes reçoivent leurs propres notes de consultation (dossiers conservés à domicile) à conserver pendant la grossesse. Les notes de consultation peuvent se préserver sous forme papier (par exemple, fiche, journal, carnet) ou électronique (par exemple, clé USB), et les femmes sont tenues de les apporter à chaque visite. Si les femmes déménagent ou sont orientées d'un établissement vers un autre ou, en cas de complications, si un accès immédiat aux dossiers médicaux n'est pas possible, la conservation de notes de consultation par les femmes peut améliorer la disponibilité de leurs données médicales (168). Les notes de consultation détenues par les femmes peuvent également être un outil efficace pour améliorer la sensibilisation à la santé et la communication

patient-prestataire de soins (169). Une infrastructure et des ressources inappropriées entravent souvent l'efficacité de la tenue de dossiers ; dès lors, les notes de consultation sont moins susceptibles d'être perdues quand elles sont conservées personnellement. En outre, cette pratique peut faciliter une estimation plus précise de l'âge gestationnel qui fait partie intégrante de la prise de décision fondée sur des données factuelles, du fait de la continuité des enregistrements de la croissance fœtale (170).

### ■ Continuité des soins sous la direction de sages-femmes :

Les sages-femmes sont les principaux prestataires de soins dans de nombreux contextes de soins prénatals (171). Dans les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, une sage-femme connue et de confiance (soins individuels par une sage-femme), ou un petit groupe de sages-femmes connues (sages-femmes travaillant en équipe), soutient une femme pendant les périodes prénatale, intrapartum et postnatale, pour faciliter une grossesse et un accouchement sains ainsi que des pratiques saines d'exercice de la parentalité (172). Le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes comprend : la continuité des soins ; le suivi du bien-être physique, psychologique, spirituel et social de la femme et de la famille pendant le cycle de la maternité ; une éducation individualisée, des conseils et des soins prénatals prodigués à la femme ; une présence pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate assurée par une sage-femme connue ; un suivi continu pendant la période postnatale ; la réduction des interventions technologiques inutiles ; et l'identification, l'orientation et la coordination des soins pour les femmes qui nécessitent les soins d'un obstétricien ou d'un autre spécialiste (173). Ainsi, le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes s'inscrit dans un réseau multidisciplinaire dans lequel consultation et orientation vers d'autres prestataires ont lieu quand cela est nécessaire. Le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes est habituellement destiné à éviter aux femmes des complications pendant leur grossesse.

■ **Soins prénatals de groupe:** Les soins prénatals ont conventionnellement lieu sous forme de consultation individuelle entre une femme enceinte et son prestataire de soins. Cependant, les soins prénatals de groupe intègrent l'évaluation individuelle habituelle de la santé pendant la grossesse avec des activités d'éducation de groupe sur mesure et le soutien de pairs afin de motiver des changements de comportement chez les femmes enceintes, d'améliorer les issues de la grossesse et d'accroître la satisfaction des femmes (174). L'intervention comprend habituellement des activités d'auto-évaluation (par exemple, mesure de la tension artérielle), une éducation de groupe avec discussions sous la conduite d'un animateur et un temps de socialisation. Les soins prénatals de groupe doivent être dispensés dans des lieux suffisamment grands pour pouvoir accueillir un groupe de femmes et comprendre un espace privé pour les examens.

■ **Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien:** L'examen de cadrage réalisé pour la directive sur les soins prénatals a identifié la communication et le soutien pour les femmes comme faisant partie intégrante des expériences positives de la grossesse. Le terme « communiquer » désigne le partage d'informations, l'éducation et l'échange avec les femmes en temps utile sur des sujets en lien avec des questions physiologiques, biomédicales, comportementales et socioculturelles ; « soutien » désigne un appui social, culturel, affectif et psychologique (13). L'accès à une communication et un soutien appropriés est un élément clé d'un service de soins prénatals de qualité. Une approche fondée sur les droits humains reconnaît que les femmes ont le droit de participer aux décisions qui affectent leur santé sexuelle et reproductive (1). En outre, les femmes enceintes ont droit à l'accès à des services de soins de santé de qualité et, en particulier dans des contextes de faibles ressources, il peut être nécessaire de leur fournir des moyens à cet effet. Une amélioration du recours aux soins prénatals et de la qualité des soins peut être obtenue par des interventions qui améliorent le dialogue sur la prise de conscience des droits des femmes, des barrières et des éléments facilitant l'utilisation des services de soins prénatals et une bonne santé durant la grossesse et au-delà (notamment, un dialogue portant sur les soins au nouveau-né et sur le planning familial) et qui aident les femmes et leur partenaire à faire face aux difficultés.

■ **Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals:** En 2002, l'OMS a recommandé une approche des soins prénatals orientée en fonction de l'objectif pour améliorer la qualité des soins et accroître la couverture des soins prénatals, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (12). Le modèle des soins prénatals ciblés, également appelé modèle des soins prénatals de base, comprend quatre visites de soins prénatals entre huit et douze semaines de gestation, entre 24 et 26 semaines, à 32 semaines et entre 36 et 38 semaines. À chaque visite, les recommandations comprennent des interventions fondées sur des données factuelles spécifiques pour les femmes enceintes saines (interventions dites « orientées en fonction de l'objectif »), avec une orientation appropriée vers un centre spécialisé des femmes à haut risque et de celles qui développent des complications pendant la grossesse. Dans ce modèle, le nombre de visites est considérablement inférieur à celui des modèles de soins prénatals en vigueur dans les pays à revenu élevé.

Le GDG a pris en compte les preuves disponibles et les autres informations pertinentes sur ces interventions afin de déterminer si elles doivent être recommandées pour les soins prénatals (Recommandations E1 à E5). Le GDG a également pris en compte les recommandations formulées dans d'autres directives en ce qui concerne la délégation de tâches ainsi que le recrutement et la fidélisation du personnel dans les zones rurales (Recommandations E5 et E6).

#### Valeurs : ce qui compte pour les femmes

Une revue de cadrage sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles a servi de base à la directive sur les soins prénatals (13). Les preuves ont montré que, dans des contextes de revenu élevé, moyen et faible, les femmes attachaient de l'importance à une expérience positive de la grossesse. Dans un contexte de systèmes de santé, il s'agit notamment de l'adoption de systèmes flexibles de rendez-vous et de la continuité des soins prodigués par des prestataires préservant l'intimité des femmes et permettant d'établir des relations authentiques et bienveillantes (confiance élevée dans la preuve).

## E.1: Notes de consultation détenues par les femmes

**RECOMMANDATION E.1: Il est recommandé que chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse. (Recommandée)**

### Remarques

- Le GDG a noté que les notes de consultations détenues par les femmes étaient largement utilisées et étaient souvent le seul dossier médical disponible dans divers contextes de pays à revenu faible et moyen.
- Le GDG a convenu que les avantages des notes de consultation détenues par les femmes excédaient leurs désavantages. Cependant, il faut accorder une grande attention à la nature des informations personnelles qu'il est nécessaire d'inclure dans ces notes de consultation pour éviter les stigmatisations et discriminations dans certains contextes. En outre, les responsables de la planification des systèmes de santé devraient veiller à ce que l'admission dans des hôpitaux ou autres établissements de santé ne soit pas tributaire de la présentation des notes de consultation par les femmes.
- Les responsables de la planification des systèmes de santé doivent réfléchir à la forme que doivent prendre les notes de consultation détenues par les femmes (support électronique ou papier), déterminer si l'ensemble ou seulement certaines parties des notes de cas doivent être détenues par les femmes et comment les copies seront conservées par les établissements de santé.
- Dans le cas de systèmes sur support papier, les responsables de la planification des systèmes de santé doivent également veiller à ce que les notes de consultation soient durables et transportables. Les systèmes de santé dans lesquels les femmes ont accès à leurs notes de consultation via des systèmes électroniques doivent assurer à toutes les femmes enceintes l'accès à la technologie appropriée et il faut prêter attention à la sécurité des données.
- Les responsables de la planification des systèmes de santé doivent veiller à ce que les contenus des notes de consultation soient accessibles à toutes les femmes enceintes en utilisant un langage local approprié et adapté au niveau culturel.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets des notes de consultation détenues par les femmes par rapport à d'autres pratiques (Tableau EB E.1 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets des notes de consultation détenues par les femmes ont principalement été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait quatre essais de petite taille impliquant 1176 femmes (168). Les essais ont été menés en Australie, en Mongolie et au Royaume-Uni (deux essais). Dans trois essais, les femmes des groupes d'intervention avaient reçu leur dossier prénatal complet (sur support papier) à utiliser pendant la grossesse. Dans l'essai restant, qui consistait en un ECR en grappe impliquant 501 femmes en Mongolie, les femmes du groupe d'intervention détenaient un carnet de santé pour la mère et pour l'enfant dans lequel étaient consignées les informations prénatales, postnatales et celles de la santé de l'enfant. Pour les groupes témoins, les dossiers prénatals étaient conservés dans l'établissement de santé. Les données relatives à la couverture de soins prénatals de l'essai mené en Mongolie ont été obtenues séparément à partir d'une autre revue Cochrane (175).

#### Issues maternelles

En ce qui concerne la satisfaction maternelle, un niveau de preuve moyen indique que les femmes détenant leurs notes de consultation sont plus susceptibles de se sentir en charge de leur expérience de grossesse que les femmes dont les dossiers sont conservés dans l'établissement de santé (deux essais, 450 femmes ; RR : 1,56, IC 95 % : 1,18-2,06). Un faible niveau de preuve suggère que les notes de consultation détenues par les femmes peuvent avoir peu ou pas d'effet sur la satisfaction des femmes vis-à-vis des soins de santé (deux essais, 698 femmes ; RR : 1,09, IC 95 % : 0,92-1,29). Une preuve concernant les césariennes est très incertaine et d'autres issues faisant l'objet de la directive n'ont pas été signalées dans l'examen.

#### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve suggère que les notes de consultation détenues par les femmes peuvent avoir peu ou pas d'effet sur la mortalité périnatale (deux essais, 713 femmes ; RR : 0,77, IC 95 % : 0,17-3,48). Aucune autre issue fœtale ou néonatale n'a été signalée dans l'examen.

#### Couverture

Un faible niveau de preuve suggère que la conservation des notes de consultation par les femmes peut avoir peu ou

pas d'effet sur la couverture des soins prénatals de quatre visites ou plus (un essai, 501 femmes ; RR : 1,25, IC 95 % : 0,31-5,00).

#### Autres éléments pris en compte :

- Une autre preuve issue de la revue suggère qu'il n'y a pas ou peu de différence pour le risque de perte de notes de consultation ou de leur oubli à domicile (deux essais, 347 femmes ; RR : 0,38, IC 95 % : 0,04-3,84).
- Une étude de cohorte multicentrique de l'OMS relative aux dossiers maternels détenus à domicile impliquant 590 862 femmes en Égypte, en Inde, au Pakistan, aux Philippines, au Sénégal, au Sri Lanka, au Yémen et en Zambie, a été menée entre 1984 et 1988 (176). L'étude signalait que « l'introduction de la conservation à domicile des dossiers maternels permettait d'améliorer le diagnostic des femmes enceintes à risque et augmentait l'orientation des femmes et des nouveau-nés vers des centres spécialisés, qu'elle améliorait le planning familial et l'éducation sanitaire, qu'elle augmentait le taux de vaccination par l'anatoxine tétanique et qu'elle offrait un moyen de collecter des informations en matière de santé dans la communauté. La conservation à domicile des dossiers maternels était appréciée des mères, des agents de santé communautaires et autres personnels de santé car elle implique les mères dans la surveillance de leur propre santé et celle de leurs enfants ».

#### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

#### Ressources

Les incidences en termes de ressources diffèrent selon qu'un système électronique ou un support papier est utilisé. Les systèmes électroniques nécessitent davantage de ressources. Les systèmes utilisant un support papier nécessitent la production de registres durables, transposables ainsi que des systèmes de conservation des copies. La nécessité d'adapter et/ou de traduire les registres peut entraîner des coûts supplémentaires.

#### Équité

Le GDG a estimé que les notes de consultation détenues par les femmes peuvent être l'objet d'abus et entraîner

une stigmatisation en lien avec les informations contenues dans les notes (par exemple, statut VIH positif) ou une discrimination des femmes qui n'en possèdent pas. Les femmes moins instruites, de moindre niveau d'éducation sanitaire, peuvent avoir du mal à comprendre leurs propres notes de consultation, ce qui peut perpétuer des inégalités.

#### Acceptabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que les femmes appartenant à divers contextes sont susceptibles de préférer détenir leurs notes de consultation car elles ont ainsi davantage d'opportunités d'obtenir des informations en rapport avec la grossesse et la santé et en raison du sentiment d'autonomisation ainsi conféré (confiance élevée dans la preuve) (22). Le système peut entraîner des abus dans certains pays à revenu faible et moyen, par exemple en limitant l'accès aux hôpitaux pour les femmes qui n'ont pas de notes de consultation, en particulier lorsque les services de maternité manquent de ressources (confiance modérée dans la preuve). Une autre preuve issue d'un examen de différentes méthodes étaye la preuve issue de l'ECR indiquant que la satisfaction des femmes est plus grande lorsqu'elles détiennent leurs propres notes de consultation ou qu'elles y ont accès (177). Ces observations n'ont pas été soumises à des évaluations du niveau de confiance selon la méthode GRADE-CERQual et ont été principalement obtenues dans des pays à revenu élevé (36 études sur 37). Les observations suggèrent également que les prestataires sont généralement heureux que les femmes détiennent leurs propres notes de consultation mais estiment que la mise en œuvre de cette approche peut générer des responsabilités administratives supplémentaires. Les prestataires ont également exprimé des craintes en ce qui concerne la sécurité des données, la sensibilité des informations partagées et la possibilité de perte de données en raison de la fragmentation des systèmes.

#### Faisabilité

L'utilisation de systèmes électroniques (clés USB, logiciels, etc.) peut générer des coûts supplémentaires prohibitifs dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire (confiance élevée dans la preuve), alors que les dossiers sur support papier représentent peu de chose en termes de coûts ou ressources supplémentaires (45).

## E.2: Continuité des soins sous la direction de sages-femmes

**RECOMMANDATION E.2: Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connues soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de soins obstétricaux fonctionnent bien.**  
(Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes sont des modèles de soins dans lesquels une sage-femme connue et de confiance (soins individuels par une sage-femme), ou un petit groupe de sages-femmes connues (sages-femmes travaillant en équipe), soutient une femme pendant les périodes prénatale, intrapartum et postnatale, pour faciliter une grossesse et un accouchement sains ainsi que des pratiques saines d'exercice de la parentalité.
- Les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes sont des interventions complexes et on ignore si le facteur d'influence qui produit ces effets positifs est la continuité des soins, l'esprit dans lequel travaillent les sages-femmes ou les deux. L'esprit dans lequel travaillent les sages-femmes dans les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes peut ou non être appliqué dans la pratique ordinaire des sages-femmes à d'autres modèles de soins.
- Quand les décideurs ne disposent pas, dans certains contextes, de programmes efficaces impliquant des sages-femmes, ils devraient envisager la mise en œuvre de ce modèle uniquement après un accroissement du nombre de sages-femmes et de la qualité de leurs prestations. En outre, les acteurs concernés pourraient envisager des façons d'assurer une continuité de soins par l'intermédiaire d'autres prestataires de soins car les femmes accordent de l'importance à la continuité des soins.
- Le groupe d'experts a noté qu'avec ce modèle de soins, il était important d'assurer un suivi de l'utilisation des ressources ainsi que du surmenage et de la charge de travail des prestataires pour déterminer si des modèles de prise en charge individuelle ou en équipe sont plus adaptés à des contextes particuliers.
- La continuité des soins sous la direction de sages-femmes suppose que des sages-femmes ayant une solide formation soient disponibles en nombre suffisant afin que chaque femme soit suivie par une seule sage-femme, ou un nombre très restreint de sages-femmes travaillant en groupe, tout au long de sa grossesse et pendant l'accouchement. Ce modèle peut donc nécessiter un changement dans l'attribution des ressources pour garantir que le système de santé dispose d'un nombre suffisant de sages-femmes chargées d'un nombre raisonnable de patientes.
- L'introduction de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes peut entraîner un changement des rôles et responsabilités des sages-femmes ainsi que d'autres prestataires de santé qui ont été précédemment responsables de soins prénatals et postnatals. Quand c'est le cas, la mise en œuvre peut être plus efficace si tous les acteurs concernés sont consultés et si les départements de ressources humaines sont impliqués. Dans certains contextes, une consultation au niveau gouvernemental avec des organisations professionnelles peut également contribuer à la mise en œuvre du processus.
- Les besoins supplémentaires en formation et éducation de manière ponctuelle ou continue devraient être évalués et satisfaits si nécessaire.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes par rapport à d'autres modèles de soins (Tableau EB E.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait 15 essais impliquant 17 674 femmes, dans lesquels les

femmes enceintes ont été randomisées pour recevoir des soins prénatals soit dans le cadre de modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, soit dans le cadre d'autres modèles de soins (172). Toutes les études retenues ont été menées dans des systèmes de santé publics de pays à revenu élevé (Australie, Canada, Irlande et Royaume-Uni) et les données de 14 essais sur 15 ont été utilisées. Le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes a été comparé à un modèle de soins partagés (huit essais), à un mode de soins

sous direction médicale (trois essais) ou à des « soins classiques » (options de soins mixtes, incluant des soins discontinus sous la direction de sages-femmes, sous direction médicale et des soins partagés) (trois essais). Certains modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes comprenaient des visites systématiques chez un obstétricien et/ou un médecin de famille. Huit essais impliquaient uniquement des femmes présentant une grossesse à « faible risque » ; six essais impliquaient également des femmes présentant une grossesse à « haut risque ». L'évaluation portait sur la continuité des soins sous la direction de sages-femmes avec prise en charge individuelle (quatre essais) et sur la continuité des soins sous la direction de sages-femmes avec travail en équipe (dix essais). Pour les modèles avec prise en charge individuelle, 32 à 45 femmes enceintes étaient suivies par sage-femme et par an. Des niveaux de continuité de soins ont été mesurés (en tant que proportion de naissances assistées par un aidant connu) ; ils se situaient entre 63 et 98 % pour la continuité des soins sous la direction de sages-femmes et entre 0 et 21 % pour les autres modèles. Un modèle d'effets aléatoires a été utilisé dans toutes les méta-analyses.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen montre que la continuité des soins sous la direction de sages-femmes comparée à d'autres modèles de soins augmente légèrement les chances d'accouchement par voie basse (12 essais, 16 687 participantes ; RR : 1,05, IC 95 % : 1,03-1,07). La continuité des soins sous la direction de sages-femmes peut réduire le taux de césariennes (14 essais, 17 674 participantes ; RR : 0,92, IC 95 % : 0,84-1,00) ; cependant, le niveau de certitude de cette preuve est faible et il est possible qu'il n'y ait pas d'effet. Un faible niveau de preuve suggère que les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes peuvent être associés à de plus faibles taux d'accouchement instrumental par voie basse que d'autres modèles (13 essais, 17 501 participantes ; RR : 0,90, IC 95 % : 0,83-0,97).

Satisfaction maternelle : Dans la revue Cochrane, les données relatives à la satisfaction des femmes concernant différents aspects des soins prénatals, intrapartum et postnatals ont été mises en tableau. Une méta-analyse basée uniquement sur la satisfaction par rapport aux soins prénatals a été réalisée pour les besoins de la présente directive (voir Tableau EB E.2) ; les résultats de cette analyse suggèrent que les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes peuvent entraîner un accroissement de la proportion de femmes témoignant d'un niveau élevé de satisfaction vis-à-vis des soins prénatals par rapport à d'autres modèles (quatre essais,

5419 femmes ; RR : 1,31, IC 95 % : 1,11-1,54 ; preuve de niveau de certitude faible).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que la continuité des soins sous la direction de sages-femmes permet probablement de réduire le risque de naissance avant terme (huit essais, 13 338 participantes ; RR : 0,76, IC 95 % : 0,64-0,91) et de mortalité périnatale (représentant dans l'examen la perte du fœtus après 24 semaines de gestation et la mortalité néonatale) (13 essais, 17 561 femmes ; RR : 0,84, IC 95 % : 0,71-0,99). Cependant, un faible niveau de preuve suggère qu'il n'y a pas ou peu d'effet sur le faible poids à la naissance (sept essais, 11 458 femmes ; RR : 0,96, IC 95 % : 0,82-1,13). Aucune preuve concernant d'autres issues faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals n'était disponible dans cet examen.

### Autres éléments pris en compte :

- Bien que le mécanisme entraînant une probable réduction du nombre de naissances avant terme et de la mortalité périnatale ne soit pas clair, le GDG a estimé que l'homogénéité des résultats et l'absence d'effet négatif étaient importantes.

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

### Ressources

Dans des contextes disposant de programmes efficaces impliquant des sages-femmes, un changement dans la répartition des ressources peut être nécessaire pour veiller à ce que le système de santé dispose d'un nombre suffisant de sages-femmes chargées d'un nombre raisonnable de patientes. Des coûts de formation peuvent également être liés au passage à un modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes. Cependant, une étude retenue dans la revue Cochrane a montré qu'avec le modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes le coût des prestataires de soins prénatals est inférieur de 20 à 25 % par rapport à d'autres soins prodigués par des sages-femmes en raison de différences de coûts de personnel (178).

### Équité

Une couverture équitable et des améliorations de la qualité des prestations des sages-femmes constituent des enjeux majeurs dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (171). En tout contexte, les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes peuvent contribuer au traitement du problème des inégalités, par exemple, en mettant en place une structure

assurant un plus grand soutien aux femmes défavorisées les incitant à divulguer des informations qui peuvent faciliter l'identification des facteurs de risque pour les issues défavorables, tels que la violence du partenaire sexuel.

### Acceptabilité

Une preuve issue de recherche qualitative indique que, dans divers contextes, les femmes apprécient la possibilité de construire avec une sage-femme ou un petit nombre de sages-femmes des relations bienveillantes leur apportant un soutien pendant la période de la maternité (niveau de preuve élevé) et qu'elles apprécient une approche cohérente et sans précipitation axée sur la femme pendant les visites de soins prénatals (niveau de preuve élevé) (22). Une preuve obtenue auprès des prestataires, principalement dans les pays à revenu élevé, indique qu'ils perçoivent la continuité des soins sous la direction de sages-femmes comme une façon de créer des relations

authentiques apportant aux femmes le soutien qu'elles désirent (confiance modérée dans la preuve). Il existe très peu de preuves sur les modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes dans les pays à revenu faible et moyen. Cependant, une preuve indirecte obtenue dans ces pays auprès des prestataires suggère qu'ils apprécieraient d'avoir la possibilité d'utiliser un modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes mais qu'ils estiment ne pas disposer des ressources nécessaires pour y parvenir (faible niveau de preuve).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives provenant de contextes où les ressources sont élevées, moyennes ou faibles soulignent les craintes des prestataires de soins concernant les affectations du personnel, par exemple, pour assurer des approches de suivi individuel (confiance élevée dans la preuve) (45).

## E.3: Soins prénatals de groupe

**RECOMMANDATION E.3: Des soins prénatals de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels aux femmes enceintes dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse, en fonction des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénatals de groupe soient disponibles. (Recommandation spécifique au contexte - recherche)**

### Remarques

- Dans le cadre du modèle de soins prénatals de groupe, la première visite pour toutes les femmes enceintes est une visite individuelle. Lors des visites ultérieures, l'évaluation individuelle habituelle de la santé pendant la grossesse, effectuée dans un espace d'examen privé, est intégrée dans une séance de soins prénatals de groupe comprenant des activités éducatives encadrées et le soutien de pairs.
- Les établissements de santé doivent accueillir un nombre suffisant de femmes enceintes, car la répartition en différents groupes se fait idéalement en fonction de l'âge gestationnel.
- Les prestataires de soins doivent disposer de structures appropriées pour organiser des séances de groupe, notamment des pièces spacieuses, bien ventilées ou des lieux abrités avec des sièges appropriés. Un espace privé devrait être disponible pour les examens et il devrait être possible d'entretenir facilement des conversations privées.
- Les soins prénatals de groupe peuvent nécessiter plus de temps que les soins prénatals individuels et ceci peut poser des problèmes pratiques pour certaines femmes en termes de temps consacré au travail et aux enfants. Les prestataires de soins devraient pouvoir proposer différents créneaux horaires pour les séances de groupe (matin, après-midi, soir) et devraient également proposer des séances de soins individuels.
- Le GDG a noté que les soins prénatals de groupe peuvent soulever des questions d'acceptabilité et de faisabilité dans des contextes où existe une certaine ségrégation, par exemple, les femmes appartenant à des castes différentes en Inde peuvent ne pas souhaiter faire partie d'un même groupe.
- Des études sur les soins prénatals de groupe sont en cours au Népal, en Ouganda et dans cinq autres pays à faible revenu et le GDG a été informé par l'un de ses membres que les rapports concernant ces études seraient bientôt prêts. Les principales conclusions de ces études sur les soins prénatals de groupe comprennent les questions de santé maternelle et périnatale, la couverture et l'expérience acquise par les femmes et les prestataires.

## Synthèse des preuves et éléments pris en compte

### Effets des soins prénatals de groupe par rapport aux soins prénatals individuels (Tableau EB E.3 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets des soins prénatals de groupe ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane qui comprenait quatre essais impliquant 2350 femmes (174). Dans deux essais réalisés aux États-Unis d'Amérique, le modèle de soins prénatals de groupe utilisé s'appelait CenteringPregnancy®, et s'adressait à des groupes de 8 à 12 femmes de même âge gestationnel au cours de 8 à 10 séances sur la durée de la grossesse, chaque séance durant de 90 à 120 minutes. Les séances comprenaient des activités d'auto-évaluation (mesure de la tension artérielle), des discussions relatives à l'éducation encadrées par un animateur et un temps de socialisation, avec des examens individuels réalisés dans un lieu privé/séparé par un écran. Dans un essai mené en Suède selon un modèle de soins prénatals de groupe similaire à celui des États-Unis, ce sont principalement les résultats de prestataires qui ont été évalués et ces données ont été peu utilisées dans l'examen. Le quatrième essai, mené en République islamique d'Iran, était un ECR en grappe dans lequel les soins prénatals de groupe étaient décrits comme étant similaires à l'approche CenteringPregnancy®.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen indique que les soins prénatals de groupe n'ont probablement pas d'effet important sur le taux d'accouchement par voie basse par rapport aux soins prénatals individuels (un essai, 322 femmes ; RR : 0,96, IC 95 % : 0,80-1,15). Cependant, un faible niveau de preuve suggère qu'ils peuvent produire des scores de satisfaction plus élevés chez les femmes (un essai, 993 femmes ; DM : 4,9, IC 95 % : 3,10-6,70).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que les soins prénatals de groupe n'ont probablement pas ou peu d'effet sur le faible poids à la naissance (trois essais, 1935 nouveau-nés ; RR : 0,92, IC 95 % : 0,68-1,23) et un faible niveau de preuve suggère qu'ils n'ont probablement pas ou peu d'effet sur la mortalité périnatale (trois essais, 1943 nouveau-nés ; RR : 0,63, IC 95 % : 0,32-1,25). Cependant, un faible niveau de preuve suggère également que les soins prénatals de groupe peuvent réduire le nombre de naissances avant terme (trois essais, 1888 femmes ; RR : 0,75, IC 95 % : 0,57-1,00) tout en incluant la possibilité qu'il n'y ait aucun effet. La preuve concernant le risque d'avoir un nouveau-né de petite taille pour l'âge gestationnel est très incertaine.

### Autres éléments pris en compte :

- Il y a peu de preuves sur les effets de soins prénatals de groupe dans les pays à revenu faible et moyen. Cependant, une étude de faisabilité menée au Ghana suggère que les soins prénatals de groupe peuvent améliorer l'expérience de la grossesse pour les femmes ainsi que les expériences des prestataires et potentiellement améliorer les résultats sanitaires dans des contextes de faible revenu, en raison de l'amélioration des connaissances en matière de santé et du recours aux soins prénatals par les femmes enceintes (179).
- Il est plausible que les soins prénatals de groupe puissent avoir un impact sur d'autres sujets en dehors du cadre de la directive sur les soins prénatals, tels que l'initiation de l'allaitement maternel et la contraception postnatale, en améliorant la communication et le soutien social en rapport avec ces attitudes saines ; mais la preuve concernant ces effets potentiels est limitée (180).

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

### Ressources

Il a été suggéré que les soins prénatals de groupe peuvent être associés à des frais de personnel moins élevés en raison de l'amélioration de la productivité et de l'efficacité du personnel ; par exemple, les prestataires de soins ne doivent pas répéter les conseils à chaque femme individuellement et ils sont moins susceptibles de se sentir débordés par de longues files d'attente de femmes en consultation (181, 182). Cependant, la formation et la supervision des prestataires de soins en vue de prodiguer des conseils à des groupes et de mener des discussions participatives interviennent également dans les coûts. Les visites de soins prénatals de groupe durent plus longtemps que les visites individuelles ; dès lors, du point de vue des patientes, des coûts supplémentaires peuvent être générés par une absence plus longue au travail. Cependant, dans de nombreux contextes, les longs temps d'attente constituent la norme, de sorte que des soins prénatals de groupe établis selon un calendrier de rendez-vous peuvent permettre une réduction du temps de visite.

### Équité

Les femmes moins instruites sont plus susceptibles d'être peu informées en matière de santé maternelle que des femmes plus instruites (179). Dès lors, des interventions, telles que des soins prénatals de groupe visant à améliorer la capacité des femmes à accéder à du matériel éducatif,

à le comprendre et à l'utiliser, peuvent avoir une incidence positive sur la réduction des inégalités en matière de santé en améliorant les connaissances des mères sur le plan sanitaire parmi les femmes défavorisées. En outre, un soutien social manque souvent aux femmes défavorisées et les soins prénatals peuvent contribuer à réduire les inégalités en facilitant le développement de réseaux de soutien par les pairs. Cependant, dans certains contextes, lorsque les séances de soins prénatals de groupe durent plus longtemps que les visites de soins prénatals classiques, il peut y avoir un impact sur les coûts plus important pour les femmes défavorisées. De plus, dans des contextes dans lesquels les systèmes de transport sont peu développés ou les conditions météorologiques sont variables, le système de rendez-vous pour les soins prénatals de groupe peut ne pas être approprié et peut avoir une incidence négative sur l'équité pour les femmes vivant dans des régions éloignées. En outre, certaines femmes défavorisées peuvent avoir plus de mal à communiquer des informations personnelles au sein d'un groupe et peuvent préférer une approche de soins prénatals plus privée.

### Acceptabilité

Une preuve issue de recherche qualitative dans plusieurs pays à revenu élevé suggère que les femmes apprécient le modèle de groupe et profitent de cette opportunité pour construire des relations socialement protectrices avec d'autres femmes enceintes et des professionnels de santé (confiance élevée dans la preuve) (22). La flexibilité du modèle permet aux femmes d'échanger entre elles des informations utiles et de discuter de problèmes liés à la grossesse d'une manière détendue et informelle (confiance élevée dans la preuve). La plupart des femmes apprécient le temps supplémentaire inhérent à l'approche de groupe (confiance élevée dans la preuve), bien que certaines femmes ne participent pas aux sessions de groupe en raison des contraintes de temps supplémentaires

(confiance modérée dans la preuve). Certaines femmes émettent des réserves quant au manque d'intimité pendant les séances de groupe, en particulier pendant les examens physiques (faible confiance dans la preuve) et peuvent éventuellement souhaiter la présence de leur partenaire/mari à leur côté (confiance modérée dans la preuve). La preuve obtenue auprès de prestataires dans les pays à revenu élevé suggère qu'ils apprécient les séances de groupe et l'utilisation plus efficace de leur temps (confiance modérée dans la preuve) (45). Les prestataires ont également identifié l'approche de groupe comme une manière d'assurer une continuité de soins (confiance modérée dans la preuve).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives obtenues dans des contextes de ressources élevées suggèrent que les professionnels de santé estiment que la composante d'encadrement des soins prénatals de groupe requiert un investissement supplémentaire en termes de formation et d'engagement du prestataire (confiance modérée dans la preuve) (45). Certains prestataires estiment également que les dispensaires doivent être mieux équipés pour permettre la tenue de séances de groupe, c'est-à-dire disposer de pièces suffisamment grandes avec des sièges adéquats (confiance modérée dans la preuve). La faisabilité des soins prénatals de groupe dans des contextes de faibles ressources nécessite davantage de recherches ; cependant, des études pilotes menées au Ghana, au Malawi et en République unie de Tanzanie suggèrent que l'approche de soins prénatals de groupe peut être appliquée dans ces contextes (181). On a suggéré que cette approche pouvait améliorer la qualité des soins prénatals dans des contextes dans lesquels relativement peu de prestataires s'occupent d'un nombre relativement élevé de femmes en un temps limité, ce qui rend difficile une communication efficace (182). On a également suggéré que l'approche de groupe peut être une façon durable d'assurer la continuité des soins (181).

## E.4: Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien

### E.4.1: Cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes

**RECOMMANDATION E.4.1: La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité. Les groupes de femmes participatifs représentent une opportunité pour les femmes de discuter de leurs besoins pendant la grossesse, et notamment des obstacles pour parvenir jusqu'aux soins, et également d'améliorer le soutien apporté aux femmes enceintes. (Recommandation spécifique au contexte)**

#### Remarques

- Une partie de cette recommandation a été intégrée à partir du document OMS de 2014 *WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health* (183).
- Les façons dont cette intervention multidimensionnelle, spécifique au contexte, influence les issues maternelles et néonatales sont difficiles à évaluer. Les femmes, qui se réunissent pour identifier leurs besoins et chercher des solutions, jouent un rôle important ; les mécanismes en lien avec d'autres activités organisées sur la base de solutions identifiées lors des réunions peuvent également jouer un rôle.
- Les informations détaillées et les orientations liées à cette recommandation, y compris d'importantes considérations sur la mise en œuvre, figurent dans les recommandations de l'OMS de 2014 sur les cycles d'apprentissage et d'action participatifs (183), consultables sur : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/)

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets de la mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes versus des soins classiques (Tableau EB E.4.1 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets des interventions de mobilisation communautaire ont été synthétisées pour les besoins de la présente directive sur la base de données obtenues à partir d'une revue Cochrane d'interventions aux niveaux du système de santé et communautaire pour l'amélioration de la couverture de soins prénatals et des résultats en matière de santé (175). Les données de sept ECR en grappe menés entre 1999 et 2011, impliquant approximativement 116 805 femmes, ont été utilisées pour cette comparaison. Les essais ont été menés au Bangladesh (2), en Inde (2), au Malawi (2) et au Népal (1), et six essais sur sept ont été menés dans des contextes ruraux de faibles ressources (184-190). L'intervention consistait à impliquer des femmes (enceintes et non enceintes) dans des cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs formés afin d'identifier, hiérarchiser et traiter les problèmes rencontrés par les femmes en rapport avec la grossesse, l'accouchement et après la naissance, et de rendre les femmes autonomes pour solliciter des soins et adopter des comportements

sains durant la grossesse et avec les nouveau-nés (191). Les réunions se tenaient habituellement sur une base mensuelle et des activités spécifiques étaient hiérarchisées en fonction du contexte et des conditions locales. Parmi les essais retenus, la couverture des réunions des groupes de femmes allait de un groupe pour 309 femmes à un groupe pour 1414 femmes, la proportion des participantes enceintes allant de 2 % à 51 %. Cinq des sept essais ont été menés dans le cadre d'un renforcement du système de santé spécifique au contexte, à la fois dans les bras d'intervention et témoin ; cela comprenait la formation d'accoucheuses traditionnelles et la fourniture de matériel de base aux accoucheuses traditionnelles et/ou aux établissements de soins primaires dans quatre essais. Des modèles d'effets aléatoires ont été utilisés et des analyses de sensibilité ont été effectuées en incluant uniquement les essais dans lesquels les femmes enceintes constituaient plus de 30 % des groupes de femmes.

#### Issues maternelles

Un faible niveau de preuve suggère que les groupes participatifs de femmes peuvent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle (sept essais ; RR : 0,78, IC 95 % : 0,60-1,03). Cette interprétation est confirmée par l'analyse de sensibilité qui incluait uniquement les essais dans lesquels les groupes de femmes comprenaient plus de 30 % de femmes enceintes (quatre essais ; RR : 0,67, IC 95 % : 0,47-0,95).

### Issues fœtales et néonatales

Un faible niveau de preuve suggère que les groupes participatifs de femmes peuvent contribuer à la réduction de la mortalité périnatale (six essais ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,82-1,01). Cette interprétation est confirmée par l'analyse de sensibilité qui incluait uniquement les essais dans lesquels les groupes de femmes comprenaient plus de 30 % de femmes enceintes (quatre essais ; RR : 0,85, IC 95 % : 0,77-0,94).

### Couverture

Un faible niveau de preuve suggère que les groupes participatifs de femmes n'ont pas ou peu d'effet sur la couverture des soins prénatals d'au moins quatre visites (trois essais ; RR : 1,05, IC 95 % : 0,78-1,41), sur l'accouchement dans un établissement de santé (cinq essais ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,89-1,22) et sur la couverture des soins prénatals d'au moins une visite (six essais ; RR : 1,43, IC 95 % : 0,81-2,51). Cependant, la preuve issue de l'analyse de sensibilité, qui incluait uniquement les essais dans lesquels les groupes de femmes comprenaient plus de 30 % de femmes enceintes, suggère que les groupes participatifs de femmes peuvent contribuer à un accroissement de la couverture de soins prénatals d'au moins une visite (trois essais ; RR : 1,77, IC 95 % : 1,21-2,58).

### Autres éléments pris en compte :

- Les résultats sont cohérents avec la revue de groupes participatifs de femmes de 2013 (191), qui apportait une un faible niveau de preuve quant à la réduction de la mortalité maternelle par le biais de groupes participatifs de femmes (OR : 0,63, IC 95 % : 0,32-0,94) et un niveau de preuve moyen quant à la réduction de la mortalité néonatale par le biais de groupes participatifs de femmes (OR : 0,77, IC 95 % : 0,65-0,90). C'est

sur la preuve de ce dernier examen qu'est fondée la recommandation de l'OMS de 2014 relative aux groupes participatifs de femmes (183).

- Les recommandations existantes de l'OMS sur les groupes participatifs de femmes sont les suivantes :  
« La mise en œuvre de la mobilisation communautaire par des cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité (recommandation forte ; niveau de preuve moyen en ce qui concerne la mortalité néonatale, faible niveau de preuve en ce qui concerne la mortalité maternelle et les résultats relatifs à la recherche de soins) » (183).

Le GDG qui a élaboré cette recommandation conseille de mettre en œuvre toute intervention conçue pour améliorer l'accès aux services de santé de concert avec des stratégies destinées à améliorer la qualité des services de santé. Il souligne également la nécessité de poursuivre les recherches pour comprendre les effets de la mobilisation communautaire sur les résultats relatifs à la recherche de soins dans différents contextes et recommande un suivi attentif et une évaluation pour garantir une mise en œuvre de qualité élevée adaptée au contexte local.

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

### Ressources, Équité, Acceptabilité et Faisabilité

Voir « Synthèse des preuves et éléments pris en compte » de la Recommandation E.4.2.

## E.4.2: Mobilisation communautaire et visites prénatales à domicile

**RECOMMANDATION E.4.2: Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatales à domicile sont recommandés pour améliorer l'utilisation des soins prénatals et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.** (Recommandation spécifique au contexte)

### Remarques

- Le GDG a convenu que l'amélioration apportée par ces ensembles de mesures dans la communication et le soutien aux femmes enceintes n'était pas clairement établie.
- En tant qu'intervention unique, il n'y a pas de preuve étayant l'amélioration des issues sanitaires dues aux soins prénatals qui sont dispensés par des agents de santé non professionnels visitant les femmes enceintes à domicile. Alors que la qualité et l'efficacité de la communication pendant les visites à domicile et la mesure dans laquelle elles augmentent le soutien aux femmes restent incertaines, les visites prénatales à domicile peuvent être utiles pour assurer une continuité des soins pendant les périodes prénatale, intrapartum et postnatale et pour promouvoir un comportement sain.
- Les acteurs concernés doivent clairement indiquer que les visites prénatales à domicile par des agents de santé non professionnels ne remplacent pas les visites de soins prénatals.
- Les acteurs concernés devraient mettre en œuvre des interventions renforçant le système de santé parallèlement à ces interventions communautaires.
- Les prestataires de soins doivent avoir une formation initiale et continue sur la communication avec les femmes et leur partenaire. Pour les groupes de femmes et la mobilisation communautaire, les prestataires doivent également avoir une formation sur l'encadrement de groupe, la tenue de réunions et autres méthodes de communication.
- Les informations destinées aux femmes et aux membres de la communauté devraient être proposées dans des langues et sous des formes qui leur sont accessibles et les responsables de l'élaboration de programmes devraient veiller à ce que les prestataires/animateurs disposent de matériel d'information approprié.
- Les responsables de l'élaboration de programmes devraient être conscients des coûts supplémentaires liés aux visites à domicile et aux initiatives de mobilisation communautaire, incluant les besoins potentiels en personnel supplémentaire et en frais de déplacement.
- Quand l'instauration de visites prénatales à domicile, la création de groupes de femmes, l'implication des partenaires ou la mobilisation communautaire sont envisagés, les responsables de l'élaboration de programmes doivent veiller à ce que la mise en œuvre se fasse dans le respect et la satisfaction des besoins des femmes en termes d'intimité ainsi que de leur choix et de leur autonomie dans la prise de décision. En offrant aux femmes enceintes un ensemble de possibilités pour assurer le contact, la communication et le soutien, il faudrait également prendre en compte leurs préférences et situations personnelles.
- D'autres recherches sont nécessaires en ce qui concerne l'acceptabilité et la faisabilité de la communication dans des groupes mixtes, les méthodes optimales pour la mobilisation communautaire, le meilleur modèle pour l'intégration dans les systèmes de santé, les éléments de continuité des visites à domicile et les mécanismes de l'effet de ces interventions.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

#### Effets de la communication et du soutien fourni aux femmes par la mobilisation communautaire et les visites à domicile pendant la grossesse versus les soins classiques (Tableau EB E.4.2 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de la mobilisation communautaire et des visites prénatales à domicile ont été synthétisées sur la base de données obtenues à partir d'une revue Cochrane d'interventions aux niveaux du système de santé et communautaire pour l'amélioration de

la couverture de soins prénatals et des résultats en matière de santé (175). Quatre ECR en grappe, de grande ampleur, menés au Bangladesh, en Inde et au Pakistan, ont fourni des données sur des ensembles d'interventions comprenant la mobilisation communautaire et les visites prénatales à domicile versus l'absence d'intervention (192-195). Le renforcement des systèmes de santé a eu lieu à la fois dans les groupes d'intervention et témoin dans deux des essais. Ces ensembles d'interventions étaient généralement axés sur la promotion de l'éducation sanitaire maternelle, la participation aux visites de soins prénatals et autre incitation des personnes à consulter, les vaccinations par

l'anatoxine tétanique et les suppléments de fer et d'acide folique, et la préparation à l'accouchement et aux soins des nouveau-nés. Les visites à domicile ont été effectuées par des agents de santé non professionnels et consistaient en au moins deux visites pendant la grossesse. Dans deux essais, ces visites étaient ciblées sur les périodes 12-16 semaines de gestation et 32-34 semaines ; dans un essai, ces visites ont toutes deux eu lieu durant le troisième trimestre ; et dans le quatrième essai, le calendrier des visites n'était pas spécifié. Les stratégies de mobilisation communautaire à plusieurs niveaux comprenaient un travail de sensibilisation avec les acteurs communautaires concernés (dirigeants locaux, enseignants, et autres membres respectés), les accoucheuses traditionnelles, les maris ou partenaires, et les familles (maris ou partenaires, femmes, et autres membres de la famille). Deux ensembles d'interventions comprenaient des séances d'éducation de groupe pour les femmes centrées sur des connaissances et des attitudes essentielles liées à la grossesse et aux premiers soins des nouveau-nés, notamment la promotion des soins prénatals et autre éducation sanitaire. Un ensemble d'interventions comprenait l'éducation des maris au moyen de brochures et de cassettes audio. La formation des accoucheuses traditionnelles en vue de détecter des situations d'urgences obstétriques et néonatales courantes faisait partie de trois ensembles d'interventions. Dans un essai, des systèmes de télécommunication en lien avec les transports ont également été mis en place dans le cadre de l'ensemble d'interventions. Dans un autre essai, les comités de santé communautaires ont été encouragés à établir un fonds pour les transports d'urgence et à utiliser les véhicules locaux en plus du travail de sensibilisation, des visites à domicile et des réunions de femmes.

### Issues maternelles

Un niveau de preuve moyen indique que les ensembles d'interventions avec mobilisation communautaire et visites prénatales à domicile n'ont pas ou peu d'effet sur la mortalité maternelle (deux essais ; RR : 0,76, IC 95 % : 0,44-1,31).

### Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que les ensembles d'interventions avec mobilisation communautaire et visites prénatales à domicile réduisent probablement la mortalité périnatale (trois essais ; RR : 0,65, IC 95 % : 0,48-0,88).

### Couverture

Un niveau de preuve élevé montre que les ensembles d'interventions avec mobilisation communautaire et visites prénatales à domicile améliorent la couverture de soins prénatals d'au moins une visite (quatre essais ; RR : 1,76, IC 95 % : 1,43-2,16). Cependant, un niveau de preuve

moyen indiquent qu'ils n'ont probablement pas ou peu d'effet sur la couverture de soins prénatals d'au moins quatre visites (un essai ; RR : 1,51, IC 95 % : 0,50-4,59) ou sur l'accouchement en établissement de santé (trois essais ; RR : 1,46, IC 95 % : 0,87-2,46).

### Autres éléments pris en compte :

- Le GDG a également pris en compte les données relatives aux visites prénatales à domicile en tant qu'intervention unique, mais n'a pas formulé de recommandation séparée sur cette intervention en raison du manque de preuve sur les avantages liés aux issues faisant l'objet de la directive sur les soins prénatals. En résumé, un niveau de preuve moyen à élevé suggère que des visites prénatales à domicile en tant que mesure unique n'ont pas ou peu d'effet sur la couverture de visites de soins prénatals d'au moins quatre visites (quatre essais ; RR : 1,09, IC 95 % : 0,99-1,22), l'accouchement en établissement de santé (quatre essais ; RR : 1,08, IC 95 % : 0,87-1,35), la mortalité périnatale (quatre essais ; RR : 0,91, IC 95 % : 0,79-1,05) et la naissance avant terme (un essai ; RR : 0,88, IC 95 % : 0,54-1,44) (voir supplément consultable en ligne).
- Les recommandations de l'OMS de 2013 *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn* comprennent les recommandations suivantes à propos des soins postnatals de la mère et du nouveau-né :
  - « Les visites à domicile durant la première semaine après la naissance sont recommandées pour les soins de la mère et du nouveau-né (recommandation forte basée sur un niveau de preuve élevé pour les nouveau-nés et un faible niveau de preuve pour les mères). » Cette recommandation est accompagnée de la remarque « Suivant le système de santé existant dans différents contextes, ces visites à domicile peuvent être effectuées par des sages-femmes, d'autres prestataires qualifiés ou correctement formés et des agents de santé communautaires supervisés » (196).
- Les directives de l'OMS de 2011 *WHO Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries* recommandent fortement ce qui suit à propos des grossesses précoces et des incidents défavorables sur la santé reproductive des adolescentes en relation avec « Le recours accru à des soins qualifiés prénatals, lors de l'accouchement et postnatals pour les adolescentes » :
  - « Fournir des informations à toutes les adolescentes enceintes et autres acteurs concernés sur l'importance d'un recours à des soins prénatals qualifiés. »

- « Fournir des informations à toutes les adolescentes enceintes et autres acteurs concernés sur l'importance d'un recours à des soins qualifiés lors de l'accouchement. »
  - « Promouvoir la préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence pour les adolescentes enceintes dans les stratégies de soins prénatals » (au niveau de la famille, la communauté et les établissements de santé) » (197).
- Plusieurs recommandations de l'OMS incluses dans les recommandations de l'OMS de 2015 sur les interventions destinées à promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né sont pertinentes pour des interventions communautaires en vue d'améliorer la communication et le soutien aux femmes pendant la grossesse (198) - celles-ci sont présentées dans l'encadré 3.

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

### Ressources

Un examen systématique de l'efficacité économique de stratégies destinées à améliorer le recours aux soins de santé maternelle et néonatale et leur délivrance dans des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure indique qu'il existe une preuve raisonnablement forte en faveur de l'efficacité économique de l'utilisation de cycles d'apprentissage et d'action participatifs (199). Les coûts estimés par vie sauvée pour les seules interventions basées sur des cycles d'apprentissage et d'action participatifs s'élevaient à US \$268 et pour une mobilisation communautaire combinée avec des visites à domicile pendant la grossesse et/ou le renforcement du système de santé, les coûts étaient compris entre US \$707 à US \$1489 par décès évité. Cependant, les coûts de ces interventions sont difficiles à estimer et dépendent du contexte. L'évaluation des coûts doit également prendre en compte le temps consacré par les animateurs, leur formation et leur supervision ; ces éléments sont considérés comme essentiels pour la qualité de la mise en œuvre et le succès de l'intervention.

### Équité

Des interventions telles que les cycles d'apprentissage et d'action participatifs, la mobilisation communautaire et les visites à domicile pendant la grossesse sont une façon de faciliter le dialogue et l'action avec des populations défavorisées ainsi que leur autonomisation, afin de les amener à s'efforcer d'améliorer la santé et de renforcer un soutien plus large de la communauté. Les cycles

d'apprentissage et d'action participatifs impliquant des groupes de femmes, en particulier, ont été menés dans des zones marginalisées dans lesquelles il n'existe souvent aucun autre mécanisme d'appui. Les interventions destinées à promouvoir l'implication des partenaires masculins/maris et d'autres membres de la communauté pour aider les femmes à faire des choix favorables à leur propre santé et à celle de leurs enfants peuvent contribuer à traiter les inégalités. Cependant, quand la participation des hommes est sollicitée, il importe également de prendre en compte les préférences des femmes car la participation des partenaires masculins peut également avoir un effet négatif sur les femmes qui préféreraient discuter de questions en rapport avec la grossesse et d'autres sujets en l'absence de leur partenaire.

### Acceptabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que les femmes dans diverses structures et divers contextes participent volontiers aux interventions conçues pour améliorer la communication et le soutien à condition que celles-ci se déroulent avec prévenance et respect (confiance élevée dans la preuve) (22). Du point de vue des femmes, le recours à des groupes de femmes est susceptible de remplir deux exigences clés des soins prénatals : l'opportunité de recevoir et de partager des informations pertinentes et l'opportunité d'établir des relations d'entraide avec d'autres femmes et des prestataires de soins de santé (confiance élevée dans la preuve). Une preuve obtenue auprès de femmes et de prestataires dans des pays à revenu faible ou intermédiaire souligne également l'importance d'une participation active de la communauté à la conception et à la fourniture de services d'information, en particulier dans des communautés dans lesquelles les croyances traditionnelles peuvent différer des conceptions conventionnelles (confiance modérée dans la preuve). Des preuves qualitatives obtenues auprès des prestataires suggèrent qu'ils sont prêts à fournir des informations aux femmes enceintes et à leur offrir un soutien psychologique/affectif à condition que des ressources soient disponibles (confiance élevée dans la preuve) et que les services soient assurés d'une manière coordonnée, organisée, avec un soutien administratif approprié (confiance modérée dans la preuve) (45).

### Faisabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que, là où les prestataires de soins de santé sont impliqués en tant qu'animateurs de groupes de femmes, ils peuvent avoir besoin d'une formation supplémentaire et cela peut constituer un obstacle dans des contextes de faibles ressources (confiance élevée dans la preuve). De même,

### **Encadré 3: Recommandations pertinentes reprises des recommandations de l'OMS de 2015 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health à propos des interventions destinées à promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né**

**Recommandation 1:** Les interventions de préparation à l'accouchement et à la prise en charge des complications sont recommandées pour accroître le recours à des soins qualifiés lors de l'accouchement et pour accroître le recours en temps voulu à des soins dans un établissement de santé en cas de complications obstétriques et néonatales (Recommandation forte, faible niveau de preuve.)

**Recommandation 2:** Les interventions destinées à promouvoir l'implication des hommes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont recommandées pour faciliter et encourager une meilleure autonomisation des femmes en matière de soins, de meilleures pratiques de soins à domicile pour les femmes et les nouveau-nés et un recours accru à des soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour les femmes et les nouveau-nés (Recommandation forte, faible niveau de preuve). Ces interventions sont recommandées à condition qu'elles soient mises en œuvre d'une façon qui respecte, promeut et facilite le choix des femmes et leur autonomie dans la prise de décision et encourage les femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés. Dans cette optique, un suivi rigoureux et une évaluation de la mise en œuvre sont recommandés.

**Recommandation 3** relative aux interventions destinées à promouvoir la sensibilisation aux droits humains, aux droits en matière de sexualité et de reproduction et au droit d'accès à des soins qualifiés de qualité : En raison du peu de preuves disponibles, des recherches supplémentaires sont recommandées. Le GDG accorde, par principe, toute leur importance aux programmes de santé de la mère et du nouveau-né destinés à informer les femmes de leurs droits en matière de santé et d'accès à des soins qualifiés de qualité et à poursuivre leur autonomisation pour accéder à de tels soins.

**Recommandation 6** sur le partenariat avec des accoucheuses traditionnelles : Alors que les accoucheuses professionnelles restent les principaux prestataires de soins à l'accouchement, le dialogue avec les accoucheuses traditionnelles, les femmes, les familles, les communautés et les prestataires de services est recommandé afin de définir les autres rôles que peuvent jouer les accoucheuses traditionnelles, en reconnaissant leur importante contribution en matière de santé de la mère et du nouveau-né (Recommandation forte, faible niveau de preuve.)

**Recommandation 7 :** Un dialogue continu est recommandé avec les communautés en tant que composante essentielle dans la définition des caractéristiques de services de soins maternels de qualité, culturellement appropriés, qui répondent aux besoins des femmes et des nouveau-nés et intègrent leurs préférences culturelles. Des mécanismes qui garantissent l'inclusion effective de la parole des femmes dans ces dialogues sont également recommandés. (Recommandation forte, faible niveau de preuve.)

**Recommandation 11:** La participation de la communauté dans les processus d'amélioration de la qualité pour les services de soins maternels est recommandée pour améliorer la qualité des soins, du point de vue des femmes, des communautés et des prestataires de soins de santé. Les communautés devraient être impliquées dans une définition et évaluation commune de la qualité. Des mécanismes qui garantissent l'inclusion effective de la parole des femmes sont également recommandés. (Recommandation forte, faible niveau de preuve.)

**Recommandation 12:** La participation de la communauté à la planification, à la mise en œuvre et au suivi du programme est recommandée pour améliorer le recours à des soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour les femmes et les nouveau-nés, pour accroître le recours en temps voulu à des soins en établissement de santé en cas de complications obstétricales et néonatales et pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Des mécanismes qui garantissent l'inclusion effective de la parole des femmes sont également recommandés. (Recommandation forte, faible niveau de preuve.)

Source: OMS, 2015 (198).

les coûts supplémentaires associés aux visites à domicile en termes de personnel et de ressources supplémentaires peuvent limiter la mise en œuvre dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire (confiance élevée dans la preuve) (45). On a suggéré que les interventions

communautaires introduites par l'intermédiaire d'agents de santé du secteur public et des systèmes de santé locaux étaient plus facilement réalisables et plus susceptibles d'être efficaces que des interventions effectuées dans le cadre de projets (200).

## E.5: Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation de tâches

**RECOMMANDATION E.5.1: La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés<sup>a</sup> à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/ infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée. (Recommandée)**

**RECOMMANDATION E.5.2: La délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels recommandés et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des infirmiers/ infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée. (Recommandée)**

### Remarques

- Les Recommandations E.5.1 et E.5.2 ont été adaptées et incorporées à partir du document OMS de 2013 *Recommendations de l'OMS: optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OptimizeMNH) (201)*.
- Bien que la délégation de tâches ait un rôle important à jouer en permettant une certaine flexibilité dans la délivrance des soins de santé dans des contextes de faibles ressources, le GDG a noté que les décideurs devaient s'efforcer d'assurer des soins prodigués par des sages-femmes à toutes les femmes.
- Des agents de santé non professionnels doivent être identifiés et intégrés dans le système et ne doivent pas travailler seuls, c'est-à-dire que la délégation de tâches doit suivre une démarche de travail en équipe.
- Le mandat de tous les agents de santé impliqués dans les programmes de délégation de tâches doit être clair.
- Dans une directive distincte sur les services de dépistage du VIH (98), l'OMS recommande que des prestataires non professionnels, formés et supervisés, puissent mener seuls, de manière sûre et efficace, un dépistage du VIH au moyen de tests rapides (voir Recommandation B.1.8).
- Le GDG a noté qu'il était possible de déléguer la tâche de réaliser des échographies prénatales à des sages-femmes à condition de garantir qu'une formation appropriée, un personnel suffisant et des systèmes d'orientation vers un centre spécialisé soient en place.
- D'autres recherches sont nécessaires sur les mécanismes de l'effet de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes et pour savoir si la continuité des soins constitue une tâche qui peut être déléguée.
- D'autres informations sur cette recommandation figurent dans la directive OptimizeMNH (201), consultable sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/978924504843/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/)

a Y compris la promotion des éléments suivants : comportements de recherche de soins et de recours aux soins prénatals ; préparation à l'accouchement et aux complications ; sommeil sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; soins qualifiés à l'intention du nouveau-né ; accompagnement du travail et de l'accouchement ; conseils nutritionnels ; suppléments nutritionnels ; autres suppléments et interventions spécifiques au contexte ; dépistage du VIH pendant la grossesse ; allaitement exclusif au sein ; soins postnatals et planification familiale ; vaccination en fonction des directives nationales.

## E.6: Recrutement et fidélisation du personnel dans les zones rurales et reculées

**RECOMMANDATION E.6: Les décideurs devront envisager des interventions éducatives, réglementaires, financières et sous forme de soutien personnel ou professionnel pour recruter et retenir du personnel soignant qualifié dans les zones rurales et reculées.** (*Recommandation spécifique au contexte*)

### Remarques

- La Recommandation E.6 a été adaptée et intégrée pour la directive sur les soins prénatals à partir du document OMS de 2010 *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation: recommandations pour une politique mondiale (202)*.
- Les recommandations fortes (abrégiées) sur le recrutement et la fidélisation du personnel issues de la directive ci-dessus comprennent les points suivants.
  - Appliquer des politiques d'admission ciblées pour recruter des étudiants issus d'un milieu rural dans des programmes d'enseignement de diverses disciplines de santé et/ou créer une école professionnelle de soins de santé en dehors des grandes villes.
  - Revoir les parcours scolaires des premier et deuxième cycles universitaires pour inclure des thématiques de santé propres aux zones rurales et des stages cliniques dans les zones rurales de façon à améliorer les compétences des professionnels de santé travaillant en zones rurales.
  - Améliorer les conditions de vie des agents de santé et de leur famille et investir dans les infrastructures et les services (assainissement, électricité, télécommunications, écoles, etc.).
  - Mettre à disposition un environnement de travail de qualité et sûr, comprenant du matériel et des fournitures appropriés, une supervision formative et un tutorat.
  - Identifier et mettre en œuvre des activités de proximité pour faciliter la coopération entre agents de santé de régions mieux desservies et ceux de régions mal desservies et, si possible, utiliser des services de télésanté pour assurer un soutien supplémentaire.
  - Élaborer et encourager des programmes de progression de carrière et prévoir des postes de haut niveau dans des zones rurales de façon que les agents de santé puissent progresser dans leur carrière en fonction de leur expérience, de leur niveau d'étude et de leur formation, sans nécessairement quitter les zones rurales.
  - Soutenir le développement de réseaux professionnels, d'associations professionnelles de santé en milieu rural, de publications médicales en milieu rural, etc., pour améliorer le moral et le statut des prestataires en milieu rural et atténuer leur sentiment d'isolement professionnel.
  - Adopter des mesures de reconnaissance publique, telles que des journées de santé rurale, des distinctions et titres aux niveaux local, national et international pour rehausser le profil de travail en zones rurales.
- Des recommandations conditionnelles quant à l'éducation, la réglementation et les coûts faisant l'objet de cette directive figurent dans le document sur les recommandations de politique de portée mondiale de l'OMS (202), consultable sur : <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>

## E.7: Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals

**RECOMMANDATION E.7: Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.**

*(Recommandée)*

### Remarques

- Le GDG souligne que le modèle de soins prénatals ciblés qui comprend quatre visites ne permet pas un contact approprié entre les femmes et les prestataires de soins de santé et n'est plus recommandé. Avec le modèle de soins prénatals ciblés qui comprend quatre visites, la première visite a lieu avant 12 semaines de grossesse, la seconde à environ 26 semaines, la troisième à environ 32 semaines et la quatrième entre la 36<sup>e</sup> et la 38<sup>e</sup> semaine. Ensuite, on conseille aux femmes de revenir pour une visite de soins prénatals à la 41<sup>e</sup> semaine de gestation ou plus tôt si elles ressentent des signes de danger. Chaque visite de soins prénatals implique des objectifs spécifiques destinés à améliorer le tri et l'orientation des femmes à haut risque vers un centre spécialisé et comprend des composantes éducatives (12). Cependant, une preuve actualisée montre que le modèle de soins prénatals ciblés, qui a été élaboré dans les années 1990, est probablement associé à une mortalité périnatale plus importante que les modèles qui comprennent au moins huit visites de soins prénatals. En outre, une preuve suggère qu'un plus grand nombre de visites, quel que soit le contexte de ressources, est probablement associé à une plus grande satisfaction maternelle qu'un nombre de visites plus faible.
- Le GDG préfère le terme « contact » au terme « visite », car il implique un lien actif entre une femme enceinte et un prestataire de soins de santé qui n'est pas implicite dans le terme « visite ». En termes de mise en œuvre de cette recommandation, le « contact » peut être adapté aux contextes locaux par des programmes d'action de proximité communautaires et faire intervenir des agents de santé non professionnels.
- La décision concernant le nombre de contacts avec un système de santé a également été influencée par les éléments suivants :
  - preuve étayant l'amélioration de la sécurité pendant la grossesse par une fréquence accrue de l'évaluation maternelle et fœtale pour détecter d'éventuels problèmes ;
  - preuve étayant l'amélioration de la communication des systèmes de santé et le soutien apporté aux femmes et aux familles pendant la période de grossesse ;
  - preuve obtenue à partir d'études menées dans des pays à revenu élevé indiquant qu'il n'y a pas de différence importante dans les issues maternelles et périnatales entre les modèles de soins prénatals incluant au moins huit contacts et les modèles de soins prénatals incluant plus de contacts (11 à 15) (203) ;
  - preuve indiquant qu'un plus grand nombre de contacts entre les femmes enceintes et un personnel de santé compétent, attentif et respectueux est davantage susceptible de faire de la grossesse une expérience positive.
- Les considérations concernant la mise en œuvre, en rapport avec cette recommandation, et la correspondance entre les recommandations de la directive et les contacts de soins prénatals sont présentées au Chapitre 4 : Mise en œuvre de la directive sur les soins prénatals et recommandations.

### Synthèse des preuves et éléments pris en compte

Effets du modèle de soins prénatals ciblés (avec quatre visites) par rapport aux soins prénatals « classiques » (avec au moins huit visites de soins prénatals planifiées) (Tableau EB E.7 consultable en ligne)

Les preuves concernant les effets de soins prénatals ciblés (modèle de soins prénatals avec quatre visites) ont été obtenues à partir d'une revue Cochrane des modèles de soins prénatals « avec un nombre réduit de visites » versus des modèles de soins « classiques » (avec au moins huit visites de soins prénatals planifiées) qui comprenait sept ECR (203). Quatre ECR individuels ont été menés dans des pays à revenu élevé (Royaume-Uni

et États-Unis d'Amérique) et trois ECR en grappe de grande taille ont été menés dans des pays à revenu faible et moyen, notamment un ECR mené en Arabie saoudite, en Argentine, à Cuba et en Thaïlande (204) et deux ECR menés au Zimbabwe. Les essais menés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont évalué le modèle de soins prénatals ciblés par rapport aux modèles de soins prénatals « classiques » dans lesquels au moins huit visites étaient planifiées (12). Les données des trois ECR en grappe impliquant plus de 50 000 femmes ont été utilisées. Le nombre médian de visites réalisées dans le bras visites prénatales ciblées de ces essais était compris entre quatre et cinq visites et le nombre médian de visites réalisées dans les bras soins prénatals classiques était compris entre quatre et huit visites.

## Issues maternelles

Un niveau de preuve élevé montre que les soins prénatals ciblés n'ont pas ou peu d'effet sur les taux de césariennes (un essai, 24 526 femmes ; RR : 1,00, IC 95 % : 0,89-1,11), et un faible niveau de preuve suggère qu'il n'y a pas ou peu de différence en termes de mortalité maternelle (trois essais, 51 504 femme ; RR : 1,13, IC 95 % : 0,5-2,57).

En ce qui concerne la satisfaction maternelle, les issues ont été indiquées de façon descriptive dans l'examen car il y avait peu de données. Dans une enquête menée parmi un sous-ensemble de femmes participant à l'essai de l'OMS, moins de femmes étaient satisfaites de la fréquence des visites dans le modèle de soins prénatals ciblés que dans le modèle classique (77,4 % versus 87,2 %) et les femmes soumises au modèle de soins prénatals ciblés étaient moins susceptibles d'être satisfaites de l'intervalle entre les visites comparativement au modèle classique (72,7 % versus 81 %). Cette preuve n'a pas été formellement classée car les données étaient insuffisantes.

## Issues fœtales et néonatales

Un niveau de preuve moyen indique que les soins prénatals ciblés augmentent probablement la mortalité périnatale par rapport aux soins prénatals « classiques » comportant plus de visites (trois essais ; RR : 1,15, IC 95 % : 1,01-1,32). Sur la base de cet RR, l'impact sur les taux de mortalité périnatale est représenté dans l'Encadré 4.

Un niveau de preuve moyen indique que les soins prénatals ciblés n'ont probablement pas ou peu d'effet sur le nombre de naissances avant terme (trois essais ; RR : 0,99, IC 95 % : 0,91-1,08) et le faible poids à la naissance (trois essais ; RR : 1,04, IC 95 % : 0,97-1,12) comparativement aux soins prénatals « classiques ». En outre, un faible niveau de preuve suggère que, avec les soins prénatals ciblés, il n'y a probablement pas ou peu de différence pour la petite taille

pour l'âge gestationnel (trois essais ; RR : 1,01, IC 95 % : 0,88-1,17).

## Autres éléments pris en compte :

- Le GDG a noté que les auteurs de l'examen ont étudié les raisons de l'effet sur la mortalité périnatale et si l'effet persistait dans diverses analyses exploratoires.
- En 2012, l'OMS a entrepris une analyse secondaire des données de mortalité périnatale de l'essai de l'OMS sur les soins prénatals ciblés (205). Cette analyse secondaire, qui impliquait 18 365 femmes à faible risque et 6160 femmes à haut risque, a montré un accroissement du risque global de mortalité périnatale entre 32 et 36 semaines de gestation avec des soins prénatals ciblés par rapport aux soins prénatals « classiques » à la fois dans la population à faible risque et celle à haut risque.
- On ne sait pas exactement si l'esprit de l'approche de soins prénatals ciblés, en ce qui concerne l'amélioration de la qualité à chaque visite, a été effectivement respecté dans les essais. Cependant, si cet aspect est négligé, un modèle de soins prénatals ciblés mal exécuté peut ensuite signifier simplement un contact réduit avec le prestataire de soins et moins d'opportunité de détecter des facteurs de risque et des complications, et de traiter les préoccupations des femmes.
- Le groupe d'experts du GDG a examiné les observations non publiées d'un audit de deux ans sur la mortalité périnatale de la région de Mpumalanga en Afrique du Sud qui a mis en œuvre un modèle de soins prénatals ciblés (206). L'audit de septembre 2013 à août 2015 comprenait des données sur 149 308 naissances de nouveau-nés pesant plus de 1000 g, dont 3893 décès périnatals (soit un taux de mortalité périnatale de 24,8 pour 1000 naissances). Le risque de mortinaissance a été mis en graphique en fonction de l'âge gestationnel et trois pics de survenue des mortinaissances ont

### Encadré 4. Représentation de l'impact des soins prénatals ciblés sur les taux de mortalité périnatale

taux de mortalité périnatale présumés (Soins prénatals « classiques »)	taux de mortalité périnatale indicatifs <sup>a</sup> (Modèle de soins prénatals ciblés)	Augmentation absolue du nombre de décès périnatals
10 décès pour 1000 naissances	12 décès pour 1000 naissances (10-13 décès)	2 décès pour 1000 naissances (0-3 décès)
25 décès pour 1000 naissances	29 décès pour 1000 naissances (25-33 décès)	4 décès pour 1000 naissances (0-8 décès)
50 décès pour 1000 naissances	58 décès pour 1000 naissances (50-66 décès)	8 décès pour 1000 naissances (0-16 décès)

a Basés sur un RR de 1,15, et un IC 95 % de 1,01-1,32.

été observés, un à environ 31 semaines de gestation, un autre à environ 37 semaines, et le troisième à 40 semaines ou plus. Ces données ont été comparées aux données de mortinaissances d'une autre province d'Afrique du Sud qui applique un modèle de soins prénatals incluant des visites toutes les deux semaines à partir de 28 semaines de gestation ; Dans cette province, on observe une augmentation graduelle du risque global de mortinaissances à partir de 28 semaines avec un pic unique (et plus faible) à 40 semaines ou plus, c'est-à-dire sans pics supplémentaires à 30 et 37 semaines. Ces données sont cohérentes avec celles de l'analyse secondaire de l'essai de l'OMS et suggèrent que des visites supplémentaires durant le troisième trimestre peuvent éviter des mortinaissances.

- Le GDG a également pris en compte les preuves de la revue Cochrane relatives aux modèles de soins prénatals avec un nombre réduit de visites comprenant au moins huit visites versus des modèles de soins prénatals « classiques » comprenant 11 à 15 visites appliqués dans quatre ECR menés dans des pays à revenu élevé (203). Un faible niveau de preuve suggère que le modèle avec un nombre réduit de visites (au moins huit visites) peut être associé à une augmentation du nombre de naissances avant terme (trois essais ; RR : 1,24, 1,01-1,52), mais aucun autre effet important pour la santé n'a été observé. Généralement toutefois, les preuves obtenues à partir de ces études individuelles suggèrent également que les modèles avec un nombre réduit de visites peuvent être associés à une moindre satisfaction des femmes.
- Le GDG a pris en compte les preuves non publiées des études de cas concernant quatre pays (Argentine, Kenya, République unie de Tanzanie et Thaïlande) dans lesquels le modèle de soins prénatals ciblés a été mis en œuvre (207). On a noté que l'observance des prestataires était problématique dans certains contextes de même que le manque de matériel, de fournitures et de personnel. L'intégration des services s'est avérée particulièrement difficile, en particulier dans des contextes de prévalence élevée d'infections endémiques (par exemple, paludisme, tuberculose, infections sexuellement transmissibles, helminthiases). La formulation de recommandations sur la mise en œuvre du modèle de soins prénatals ciblés dans de tels contextes a été estimée inappropriée, de même que le temps imparti dans le modèle à quatre visites a été estimé insuffisant pour assurer des soins intégrés.
- Les observations relatives à l'observance à partir des études de cas sont cohérentes avec les observations publiées en zone rurale au Burkina Faso, en Ouganda et en République unie de Tanzanie (208). Il a été noté

dans cette étude que les prestataires de soins de santé omettaient de manière aléatoire certaines pratiques du modèle de soins prénatals ciblés, notamment la mesure de la tension artérielle et la communication d'informations sur les signes de danger, et qu'ils consacraient moins de 15 minutes par visite de soins prénatals. De tels rapports suggèrent qu'il est difficile d'assurer l'ensemble des composantes du modèle de soins prénatals ciblés en quatre visites dans certains contextes de faibles ressources dans lesquels les services sont déjà saturés. En outre, dans des contextes de faibles ressources, lorsque l'objectif est fixé à quatre visites de soins prénatals, en raison des divers obstacles au recours aux soins prénatals, beaucoup moins de quatre visites peuvent être réellement assurées.

- Une preuve programmatique provenant du Ghana et du Kenya indique des niveaux de satisfaction similaires entre soins prénatals ciblés et soins prénatals classiques, les sources de mécontentement pour les deux modèles étant les longs temps d'attente et les coûts associés aux soins (209, 210).
- Les besoins affectifs et psychologiques sont variables et les besoins des groupes vulnérables (notamment, des adolescentes, des femmes déplacées et affectées par la guerre, des femmes souffrant de handicaps, des femmes ayant des problèmes de santé mentale, des femmes vivant avec le VIH, des professionnelles du sexe, des minorités ethniques et raciales, entre autres) peuvent être plus importants que pour d'autres femmes. Dès lors le nombre et le déroulement des visites devraient être adaptés au contexte local et à chaque femme en particulier.

### Valeurs

Voir « Valeurs : ce qui compte pour les femmes » au début de la section 3.E : Cadre général (p. 92).

### Ressources

Dans deux essais, l'incidence des coûts de deux modèles de soins prénatals avec un nombre réduit de visites, l'un au Royaume-Uni et l'autre dans deux pays à revenu faible ou intermédiaire (Cuba et la Thaïlande), a été évaluée. Les coûts par grossesse, à la fois pour les femmes et pour les prestataires, étaient les plus faibles pour les modèles avec un nombre réduit de visites dans les deux contextes. Le temps passé avant d'accéder aux soins était également plus court pour les modèles avec un nombre réduit de visites. Dans l'essai mené au Royaume-Uni, une augmentation des coûts liés au séjour dans des unités de soins prénatals intensifs a été constatée dans le cas du modèle avec un nombre réduit de visites.

### Équité

La mortalité maternelle et périnatale évitable est plus élevée dans les populations défavorisées qui sont exposées à un risque plus élevé de rencontrer divers problèmes de santé, tels que des carences nutritionnelles et des infections, qui prédisposent les femmes à des issues de grossesse défavorables. Ceci suggère que, dans les pays à revenu faible et moyen, un contact plus fréquent et de meilleure qualité entre femmes enceintes et prestataires de soins de santé contribuerait à traiter le problème des inégalités en matière de santé.

### Acceptabilité

Des preuves provenant de contextes de ressources élevées, moyennes et faibles, suggèrent que les femmes n'aiment pas les calendriers avec un nombre réduit de visites et préféreraient un plus grand nombre de contacts avec les services prénatals (confiance modérée dans la preuve) (22). Les femmes apprécient l'opportunité de construire des relations leur apportant un soutien pendant leur grossesse (confiance élevée dans la preuve) et pour certaines femmes, en particulier dans des contextes de pays à revenu faible et moyen, le calendrier avec un nombre réduit de visites peut limiter leurs capacités à développer ces relations, à la fois avec les professionnels de santé et avec d'autres femmes enceintes (faible confiance dans la preuve). Dans certains contextes de faible revenu dans lesquels les femmes dépendent de leur mari et partenaire pour assurer le soutien financier de leurs visites prénatales, le calendrier comportant un nombre réduit de visites limite leur capacité à se procurer un financement supplémentaire (faible confiance dans la preuve). Cependant, le calendrier comportant un nombre réduit de visites peut être apprécié par certaines femmes dans divers contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire en raison de la possibilité de réduction des dépenses, par exemple la perte de

revenus domestiques pour des visites supplémentaires au dispensaire et/ou des frais de déplacement associés (faible confiance dans la preuve). Une preuve indirecte suggère également que les femmes sont davantage susceptibles d'avoir recours aux services prénatals si les soins sont prodigués par des professionnels de santé compétents et bienveillants qui ont le temps et les ressources pour assurer de véritables soins centrés sur les femmes, quel que soit le nombre de visites (confiance élevée dans la preuve). Les preuves spécifiques obtenues auprès de prestataires en rapport avec des calendriers comportant un nombre réduit de visites ou l'adoption de soins prénatals ciblés sont rares et, dans certains pays à revenu faible et moyen, mettent en lumière les préoccupations concernant la disponibilité du matériel et des ressources, les pénuries de personnel et la formation inappropriée, questions qui sont pertinentes pour tous les modèles de prestation de soins prénatals dans les contextes de faibles ressources.

### Faisabilité

Des preuves qualitatives suggèrent que, dans les pays à revenu faible et moyen, certains prestataires estiment que le calendrier comportant un nombre de visites réduit permet une utilisation plus efficace du temps du personnel et risque moins de réduire les ressources limitées en matériel et en médicaments (confiance modérée dans la preuve) (45). Des rapports de programmes provenant du Ghana et du Kenya soulignent que l'insuffisance de matériel, fournitures, infrastructure et formation peut entraver la mise en œuvre (209, 210). Les prestataires ont également souligné leurs préoccupations à propos de la difficulté d'intégrer toutes les composantes de soins prénatals ciblés dans des rendez-vous de relativement courte durée, en particulier dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Burkina Faso, Ouganda et République unie de Tanzanie) où les services sont déjà saturés (208, 211).

## 4. Mise en œuvre de la directive et des recommandations sur les soins prénatals: introduction du modèle OMS 2016 de soins prénatals

L'objectif ultime de cette directive et de ces recommandations est d'améliorer la qualité des soins prénatals et d'améliorer les issues maternelles, fœtales et néonatales en lien avec les soins prénatals. Ces recommandations sur les soins prénatals doivent pouvoir être applicables dans un modèle approprié de soins qui peut être adapté à différents pays, contextes locaux et à chaque femme en particulier. Avec la participation des membres du Groupe d'élaboration de la directive, l'OMS a examiné les modèles existants de délivrance de soins prénatals au regard des diverses interventions recommandées dans la présente directive (section 3). La Recommandation E.7 stipule que « Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes » ; en prenant cette recommandation comme base, le GDG a examiné comment les prestations de soins prénatals devraient se dérouler à la fois en termes de calendrier et de contenu de chacun des contacts de soins prénatals et en est arrivé à l'élaboration d'un nouveau modèle - le nouveau modèle OMS 2016 de soins prénatals - qui remplace le précédent modèle de soins prénatals ciblés comprenant quatre visites. Pour les besoins de l'élaboration de ce nouveau modèle de soins prénatals, les recommandations de la directive sur les soins prénatals ont été mises en correspondance avec les huit contacts, sur la base des preuves étayant chaque recommandation, et le moment optimal de l'application des interventions recommandées afin d'obtenir un effet maximal.

Le modèle OMS 2016 de soins prénatals recommande un minimum de huit contacts de soins prénatals : un premier contact intervenant durant le premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de gestation), deux contacts programmés durant le deuxième trimestre (à 20 et 26 semaines de gestation) et cinq contacts programmés durant le troisième trimestre (à 30, 34, 36, 38 et 40 semaines). Dans ce modèle, le terme « contact » a été utilisé au lieu de « visite » car il implique un lien actif entre une femme enceinte et un prestataire de soins de santé qui n'est pas implicite dans le

terme « visite ». Il faut noter que la liste des interventions qui doivent être réalisées lors de chaque contact et les détails relatifs à l'endroit où elles doivent être réalisées et par qui (voir Tableau 2) ne sont pas censés être prescriptifs mais plutôt être adaptés à chaque femme et au contexte local pour permettre une certaine flexibilité dans le déroulement des interventions recommandées. Contrairement au modèle de soins prénatals ciblés, un contact supplémentaire est à présent recommandé à 20 semaines de gestation et trois contacts supplémentaires sont recommandés durant le troisième trimestre (défini comme étant la période allant de 28 semaines de gestation à l'accouchement) car c'est la période pendant laquelle le risque prénatal est le plus élevé pour la mère et pour l'enfant (voir Encadré 5). Lors de ces contacts du troisième trimestre, les prestataires de soins prénatals devraient s'efforcer de réduire la morbidité et la mortalité évitables par un suivi systématique du bien-être maternel et fœtal, en particulier en relation avec les troubles de l'hypertension et autres complications qui peuvent être asymptomatiques mais détectables pendant cette période critique.

Si la qualité des soins prénatals est mauvaise et si les femmes en retirent une expérience négative, les preuves montrent que les femmes n'auront pas recours aux soins prénatals quel que soit le nombre de contacts recommandés dans le modèle de soins prénatals. Dès lors, le principal objectif du modèle OMS 2016 de soins prénatals est d'assurer aux femmes enceintes des soins respectueux, individualisés, centrés sur la personne à chaque contact, en mettant en œuvre des pratiques cliniques efficaces (interventions et tests), avec des praticiens possédant de bonnes compétences cliniques et relationnelles pour leur fournir des informations pertinentes et en temps utile ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, dans un système de santé qui fonctionne bien. Une mise en œuvre efficace des soins prénatals nécessite une approche et un renforcement des systèmes de santé centrés sur la continuité des soins, une prestation de services intégrés, des fournitures et produits disponibles et des prestataires de soins de santé habilités.

### Encadré 5. Comparaison des calendriers de soins prénatals

Modèle OMS de soins prénatals ciblés	Modèle OMS 2016 de soins prénatals
<i>Premier trimestre</i>	
Visite 1: 8-12 semaines	Contact 1: jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
Visite 2: 24-26 semaines	Contact 2: 20 semaines Contact 3: 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
Visite 3: 32 semaines	Contact 4: 30 semaines
Visite 4: 36-38 semaines	Contact 5: 34 semaines Contact 6: 36 semaines Contact 7: 38 semaines Contact 8: 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.	

Les responsables de la planification des systèmes de santé peuvent procéder de nombreuses manières différentes pour optimiser la délivrance de soins prénatals en utilisant diverses stratégies qui peuvent améliorer le recours aux soins prénatals et leur qualité. Dans la présente directive, les recommandations en matière de système de santé ont été axées sur les stratégies qui visent la continuité des soins, améliorent la communication avec les femmes et leur apportent un soutien (Recommandations E.1-E.4). Les recommandations sur la délégation de tâches et le recrutement du personnel (Recommandations E.5.1, E.5.2 et E.6) sont également importantes car l'expérience et les attitudes du prestataire ont un impact sur la capacité des systèmes de santé à assurer des soins prénatals de qualité; les obstacles au recrutement de prestataires et à la satisfaction au travail doivent être traités pour permettre une mise en œuvre efficace de la présente directive. On a montré que de tels obstacles étaient importants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et qu'ils pouvaient empêcher la délivrance de soins de qualité par les sages-femmes (212). Outre l'amélioration de la qualité des soins, ces recommandations relatives aux systèmes de santé ont pour but d'encourager les responsables de la planification des systèmes de santé à mettre en œuvre les huit contacts de soins prénatals recommandés de manière réaliste dans le contexte local.

Le Tableau 2 présente les recommandations correspondant aux huit contacts recommandés, fournissant un cadre résumé du modèle OMS 2016 de soins prénatals en faveur d'une expérience positive de la grossesse. Ce tableau

n'inclut pas les bonnes pratiques cliniques, telles que la mesure de la tension artérielle, de la protéinurie, du poids et le contrôle des bruits du cœur du fœtus, qui devraient être inclus dans un manuel de mise en œuvre destiné aux praticiens. Les pratiques qui ne sont pas recommandées ont été reprises dans le tableau à titre indicatif et sont mises en évidence sur fond grisé. Les recommandations spécifiques au contexte, pour lesquelles une recherche rigoureuse est nécessaire avant d'envisager leur mise en œuvre, n'ont pas été intégrées dans le calendrier de contacts.

Toute intervention manquée lors d'un contact, quelle qu'en soit la raison, devrait en principe être pratiquée lors du contact suivant. Une communication efficace devrait être facilitée à chaque contact de soins prénatals pour couvrir : la détection de tout symptôme; la promotion de la santé de la mère et du nouveau-né via les choix liés au mode de vie; des conseils et un soutien individualisés; des informations en temps voulu sur les tests, les suppléments nutritionnels et les traitements; la préparation à la naissance et la planification de la réaction en cas de complications; les options de planning familial postnatal; et le calendrier et l'objet des contacts de soins prénatals. Les thèmes faisant l'objet des conseils et du soutien individualisés sont notamment une alimentation saine, l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme, la consommation de substances, l'ingestion de caféine, les signes cliniques, la prévention du paludisme et du VIH, et les résultats de tests sanguins et de leur répétition. La communication devrait se faire de manière respectueuse, individualisée et centrée sur la personne. Des systèmes efficaces d'orientation vers un centre spécialisé et de transport d'urgence sont également des composantes essentielles de ce modèle de soins prénatals.

Dans le modèle OMS 2016 de soins prénatals, il existe deux opportunités d'effectuer une échographie unique précoce (c'est-à-dire avant la 24<sup>e</sup> semaine de gestation) : soit lors du premier contact (jusqu'à 12 semaines de gestation), soit lors du deuxième contact (20 semaines). Le GDG suggère cette approche pragmatique afin d'augmenter la proportion de grossesses bénéficiant des estimations précises de l'âge gestationnel, en particulier dans des structures dans lesquelles le recours aux soins prénatals est historiquement faible; le manque d'évaluations précises de l'âge gestationnel peut compromettre le diagnostic et/ou la prise en charge des complications (par exemple, la naissance avant terme et la prééclampsie). Il est important de souligner que la fréquence et le moment précis où ces pratiques et interventions de soins prénatals sont mises en œuvre - en particulier dans le cas du paludisme, de la tuberculose et du VIH - peuvent nécessiter des adaptations en fonction du contexte local, de la population et du

système de santé. Veuillez vous reporter à l'Encadré 6, à la fin de ce chapitre, pour les éléments à prendre en compte lors de l'adoption, du passage à plus grande échelle et de l'application du modèle OMS 2016 de soins prénatals.

Le GDG a convenu que la mise en œuvre du modèle OMS 2016 ne devrait pas attendre qu'un essai multicentré de grande taille soit mené pour déterminer le nombre optimal de contacts ou l'impact des interventions supplémentaires recommandées, telles que l'échographie, sur les issues de la grossesse, les ressources, l'équité et d'autres domaines ; en revanche, la mise en œuvre devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation continus. Il faut se rappeler que le modèle à quatre visites a considérablement accru le risque de mortinaissances par rapport aux modèles classiques comportant huit contacts ou plus. Il est compréhensible que les décideurs et les prestataires de soins de santé puissent estimer qu'un nombre accru de contacts de soins prénatals orientés vers l'amélioration de la qualité augmentera la charge imposée à des systèmes de santé déjà surchargés. Cependant, le GDG a estimé que, sans

investissements importants en matière de qualité des services de prestation de soins prénatals dans les pays à revenu faible et moyen, il y aurait vraisemblablement peu d'impact sur les vies sauvées ou améliorées. Le droit international des droits de l'homme impose aux États d'utiliser « le maximum de ressources disponibles » pour appliquer les droits économiques, sociaux et culturels, incluant les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive (1). Afin que les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive soient effectifs, il faut respecter les normes en matière de disponibilité, accessibilité et qualité des établissements de santé, fournitures et services (1). Plus spécifiquement, en plus d'autres initiatives destinées à renforcer le système de santé, un investissement urgent est nécessaire pour résoudre les problèmes de pénurie et de formation de sages-femmes et autres prestataires de soins de santé capables d'assurer des soins prénatals. Un tel investissement devrait être considéré comme une priorité car la qualité des soins liés à la grossesse et à l'accouchement présente des avantages à long terme pour les personnes, familles, communautés et pays.

**Tableau 2 : Modèle OMS 2016 de soins prénatals en faveur d'une expérience positive de la grossesse : recommandations correspondant aux huit contacts de soins prénatals planifiés**

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (26 semaines)	4 (30 semaines)	5 (34 semaines)	6 (36 semaines)	7 (38 semaines)	8 (40 semaines)	
			X	X	X	X	X	X	X	X

**Notes :**

- Ces recommandations s'adressent aux femmes et adolescentes enceintes dans le contexte des soins prénatals systématiques.
- Ce tableau n'inclut pas les bonnes pratiques cliniques, telles que la mesure de la tension artérielle, de la protéinurie et du poids et le contrôle des bruits du cœur du fœtus, qui devraient être inclus dans un manuel de mise en œuvre destiné aux praticiens.
- Les remarques détaillées figurant dans l'encadré grisé pour chaque recommandation devraient être prises en compte lors de la planification de la mise en œuvre de ces recommandations.

**A. Interventions nutritionnelles**

<b>Interventions diététiques</b>	<b>A.1.1:</b> Des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse sont recommandés pour les femmes enceintes afin qu'elles restent en bonne santé et n'enregistrent pas un gain de poids excessif. <sup>a</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.2:</b> Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition incitant à augmenter l'apport énergétique et protéique est recommandée pour les femmes enceintes en vue de réduire le risque de faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.3:</b> Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéique équilibrée est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de mortinaissance et de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.4:</b> Dans les populations sous-alimentées, une forte supplémentation en protéines n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée								
<b>Suppléments de fer et d'acide folique</b>	<b>A.2.1:</b> Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire <sup>b</sup> et 400 µg (0.4 mg) d'acide folique <sup>c</sup> est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme. <sup>d</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

a Un régime alimentaire sain pendant la grossesse comprend des apports suffisants en énergie, protéines, vitamines et minéraux, fournis par la consommation d'une grande variété d'aliments, dont des légumes verts et orangés, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des produits céréaliers complets et des fruits.

b 60 mg de fer élémentaire sont équivalents à 300 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 180 mg de fumarate ferreux ou à 500 mg de gluconate ferreux.

c Il convient de débiter la prise d'acide folique aussi tôt que possible (dans l'idéal, avant la conception) pour prévenir les anomalies du tube neural.

d Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women* (36).

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Suppléments de fer et d'acide folique</b>	<b>A.2.2:</b> Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire <sup>e</sup> et 2800 µg (2,8 mg) d'acide folique une fois par semaine, est recommandée pour les femmes enceintes en vue d'améliorer les issues maternelles et néonatales de la grossesse si la prise quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison. <sup>f</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de calcium</b>	<b>A.3:</b> Dans les populations où la prise alimentaire de calcium est faible, une supplémentation quotidienne (1,5-2,0 g de calcium élémentaire par voie orale) est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire les risques de prééclampsie. <sup>g</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de vitamine A</b>	<b>A.4:</b> Une supplémentation en vitamine A n'est recommandée pour les femmes enceintes que dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère, <sup>h</sup> dans le but de prévenir la cécité nocturne. <sup>i</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de zinc</b>	<b>A.5:</b> La supplémentation en zinc chez les femmes enceintes n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée avec rigueur.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Suppléments de micronutriments multiples</b>	<b>A.6:</b> La supplémentation en micronutriments multiples n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée								
<b>Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)</b>	<b>A.7:</b> La supplémentation en vitamine B6 (pyridoxine) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée								

e 120 mg de fer élémentaire sont équivalents à 600 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 360 mg de fumarate ferreux ou à 1000 mg de gluconate ferreux.

f Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women* (55).

g Cette recommandation est compatible avec les recommandations OMS de 2014 *Recommendations of WHO for the prevention and the treatment of the pre-eclampsia and of the eclampsia* (57) et se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2013 *Guideline: calcium supplementation in pregnant women* (38).

h Les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère si ≥5 % des femmes dans une population ont subi des épisodes de cécité nocturne lors de leur grossesse la plus récente au cours des 3-5 dernières années, ayant débouché sur une naissance vivante, ou si ≥20 % des femmes enceintes présentent un taux de rétinol sérique <0,70 µmol/l. Déterminer si les carences en vitamine A représentent un problème de santé publique suppose d'estimer la prévalence de ce type de carence dans une population en utilisant des indicateurs biochimiques et cliniques spécifiques du statut pour la vitamine A.

i Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2011 *Directive: Supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte* (60). *Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women* (60).

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)									
			2	3	4	5	6	7	8			
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)		
<b>Suppléments de vitamines E et C</b>	<b>A.8:</b> La supplémentation en vitamines E et C n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée										
<b>Suppléments de vitamine D</b>	<b>A.9:</b> La supplémentation en vitamine D n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>l</sup>	Non recommandée										
<b>Restriction de la prise de caféine</b>	<b>A.10.1:</b> Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), <sup>k</sup> une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque d'arrêt de la grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

  

B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus <sup>l</sup>												
<b>Anémie</b>	<b>B.1.1:</b> La numération formule sanguine complète est la méthode recommandée pour le diagnostic de l'anémie pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, un dosage sur place de l'hémoglobine avec un hémoglobinomètre est préconisé, de préférence à l'utilisation de échelle de couleurs de l'hémoglobine, comme moyen de diagnostic de l'anémie chez la femme enceinte.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Bactériurie asymptomatique</b>	<b>B.1.2:</b> La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de Gram sur place de l'urine du milieu du jet est recommandée de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

j Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women* (75).

k Ce chiffre couvre tous les produits, boissons ou aliments contenant de la caféine (c'est-à-dire café ou thé infusé, boissons sucrées de type cola, boissons énergétiques catéinées, chocolat ou comprimés de caféine).

l Les preuves concernant les activités de base dans le cadre des soins prénatals telles que la prise de la tension artérielle et la détermination de la protéinurie et du poids chez la mère et le contrôle des bruits du cœur du fœtus n'ont pas été évaluées par le groupe d'élaboration des directives car ces activités sont considérées comme faisant partie des bonnes pratiques.

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (26 semaines)	4 (30 semaines)	5 (34 semaines)	6 (36 semaines)	7 (38 semaines)	8 (40 semaines)	
<b>Violence du partenaire sexuel (VPS)</b>	<b>B:1.3:</b> Il faut sérieusement envisager une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel (VPS) lors des visites prénatales lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par de telles violences en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, lorsque les capacités pour apporter une réponse sous forme de soutien (y compris l'orientation vers un centre spécialisé, si nécessaire) sont disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées. <sup>m,n</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Diabète gestationnel</b>	<b>B:1.4:</b> Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS. <sup>o</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Tabagisme</b>	<b>B:1.5:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>p</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Consommation de substances psychoactives</b>	<b>B:1.6:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>q</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

m Ces exigences minimales sont : un protocole/une procédure opératoire standard ; une formation sur la façon d'interroger les femmes à propos des VPS et de fournir une réponse minimale, voire plus ; des conditions d'intimité pour cet interrogatoire ; la garantie de la confidentialité ; un système d'orientation en place et un temps suffisant pour permettre à la femme de révéler ses problèmes dans de bonnes conditions.

n Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2013 *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* (86).

o Ceci n'est pas une recommandation sur le dépistage systématique de l'hyperglycémie au cours de la grossesse. Cette recommandation a été adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2013 *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy* (94), qui spécifie qu'un diabète gestationnel doit être diagnostiqué à tout moment pendant la grossesse si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 125$  mg/dl) ;
  - glycémie plasmatique à 1 heure  $\geq 180$  mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
  - glycémie plasmatique à 2 heures  $\geq 153$  mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g.
- Un diabète pendant la grossesse devra être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :
- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 126$  mg/dl) ;
  - glycémie plasmatique à 2 heures  $\geq 111$  mmol/l (200 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
  - glycémie plasmatique aléatoire  $\geq 111$  mmol/l (200 mg/dl) en présence de symptômes du diabète.

p Intégrée à partir du document OMS de 2013 *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy* (96).

q Intégrée à partir du document OMS de 2014 *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (97).

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (20 semaines)	4 (26 semaines)	5 (30 semaines)	6 (34 semaines)	7 (38 semaines)	8 (40 semaines)	
<b>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis</b>	<b>B.1.7:</b> Dans les contextes de forte prévalence du VIH <sup>r</sup> , on considérera le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataire de soins (PITC) comme une composante systématique du paquet de soins administré aux femmes enceintes dans toutes les visites prénatales. Dans les contextes de faible prévalence, ces prestations peuvent être envisagées pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals comme une composante clé des efforts pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et pour intégrer le dépistage de ce virus à celui de la syphilis, de maladies virales ou d'autres affections importantes, en fonction du contexte, et également pour renforcer les systèmes de santé sous-jacents de la mère et de l'enfant. <sup>s</sup>	Recommandée	X							
<b>Tuberculose</b>	<b>B.1.8:</b> Dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100 000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals. <sup>t</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X							
<b>Comptage quotidien des mouvements du fœtus</b>	<b>B.2.1:</b> Le comptage quotidien des mouvements fœtaux, par exemple en relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied, n'est recommandé que dans le contexte de recherches menées de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Mesure de la hauteur utérine (HU)</b>	<b>B.2.2:</b> Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur utérine pour l'évaluation de la croissance fœtale n'est pas recommandé pour améliorer les issues périnatales de la grossesse. Il n'est pas recommandé de modifier la pratique habituelle (palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine) dans un contexte particulier.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Cardiologie prénatale</b>	<b>B.2.3:</b> La cardiologie prénatale systématique n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>u</sup>	Non recommandée								

<sup>r</sup> Les contextes de forte prévalence sont définis dans le document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* comme des contextes où la prévalence du VIH dans la population dépistée est supérieure à 5 % (98). Les contextes sont dits de faible prévalence lorsque la prévalence parmi la population dépistée est inférieure à 5 %. Dans les contextes où sévit une épidémie de VIH généralisée ou concentrée, les femmes négatives pour le VIH devront subir à nouveau un dépistage au troisième trimestre de grossesse en raison du risque important de contracter une infection à VIH pendant la grossesse; veuillez vous référer à la Recommandation B.1.7 pour plus de détails.

<sup>s</sup> Adaptée et intégrée à partir document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* (98).

<sup>t</sup> Adaptée et intégrée à partir document OMS de 2013 *Systematic screening for active tuberculosis; principles and recommendations* (105).

<sup>u</sup> La cardiologie prénatale est un enregistrement en continu de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions utérines obtenu par un transducteur à ultrasons placé sur l'abdomen de la mère.

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (20 semaines)	4 (26 semaines)	5 (30 semaines)	6 (34 semaines)	7 (36 semaines)	8 (40 semaines)	
<b>Échographie</b>	<b>B.2.4:</b> Une échographie avant 24 semaines de grossesse (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse par les femmes.	Recommandée	X	X						
<b>Échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux</b>	<b>B.2.5:</b> L'examen par échographie Doppler systématique n'est pas recommandé chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>y</sup>	Non recommandée								
<b>C. Mesures préventives</b>										
<b>Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique</b>	<b>C.1:</b> Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un petit poids de naissance.	Recommandée	X	X		X				
<b>Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes</b>	<b>C.2:</b> Une prophylaxie antibiotique n'est recommandée pour prévenir les infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes enceintes que dans un contexte de recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D</b>	<b>C.3:</b> Une prophylaxie prénatale avec de l'immunoglobuline anti-D à 28 et 34 semaines de grossesse chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées, dans le but de prévenir une allo-immunisation RhD, n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Traitement antihelminthique préventif</b>	<b>C.4:</b> Dans les zones d'endémie <sup>w</sup> , un traitement antihelminthique préventif est recommandé chez les femmes enceintes après le premier trimestre de grossesse dans le cadre des programmes de lutte contre les vers. <sup>x</sup>	Recommandation spécifique au contexte		X						
<b>Vaccination par l'anatoxine tétanique</b>	<b>C.5:</b> La vaccination par l'anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos. <sup>y</sup>	Recommandée	X							

<sup>v</sup> L'échographie Doppler évalue les formes de l'onde de pouls au niveau de l'artère ombilicale (et d'autres artères fœtales) pour évaluer le bien-être du fœtus au cours du troisième trimestre de grossesse.

<sup>w</sup> Zones où le taux de prévalence de l'ensemble des géohelminthiases est supérieur à 20 %.

<sup>x</sup> Compatible avec le document OMS de 2016 *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups* (140).

<sup>y</sup> Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2006 *Maternal immunization against tetanus* (134). Le calendrier d'administration dépend de l'exposition antérieure à la vaccination antitétanique; veuillez vous référer à la Recommandation C.5 pour plus de détails.

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Prévention du paludisme: traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg)</b>	<b>C.6:</b> Dans les zones d'endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L'administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses. <sup>z</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Prophylaxie préexposition pour la prévention du VIH</b>	<b>C.7:</b> Une prophylaxie orale (préexposition) incluant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) devra être proposée en tant qu'option préventive supplémentaire aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection à VIH dans le cadre des approches préventives combinées. <sup>aa</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X							
<b>D. Interventions face à des signes cliniques courants</b>										
<b>Nausées et vomissements</b>	<b>D.1:</b> Gingembre, camomille, vitamine B6 et/ou acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X						
<b>Brûlures d'estomac</b>	<b>D.2:</b> Des conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie sont recommandés pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations antiacides peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Crampes dans les jambes</b>	<b>D.3:</b> Il est possible d'utiliser du magnésium, du calcium ou des options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

<sup>z</sup> Intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guidelines for the treatment of malaria*, qui indique aussi que « l'OMS préconise, dans les zones de transmission modérée à forte du paludisme d'Afrique, d'administrer le TPI-SP à toutes les femmes enceintes lors de chaque visite de délivrance des soins prénatals programmée, en débutant le plus tôt possible au cours du deuxième trimestre, sous réserve que les doses de SP soient données à au moins un mois d'intervalle. L'OMS recommande un module d'interventions pour prévenir le paludisme pendant la grossesse, comprenant la promotion et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que le TPI-SP » (153). Pour garantir que les femmes enceintes vivant dans les zones d'endémie débutent le TPI-SP aussitôt que possible au cours du deuxième trimestre, les décideurs devront s'assurer que le système de santé prend contact avec elles à 13 semaines de grossesse.

<sup>aa</sup> Intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV (99)*. On définit un risque substantiel d'infection par le VIH comme la présence d'une incidence des infections à VIH en l'absence de prophylaxie préexposition suffisamment élevée (> 3 %) pour rendre l'offre de la prophylaxie préexposition potentiellement économique (ou d'un bon rapport coût/efficacité). Proposer la prophylaxie préexposition à des personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH maximise les bénéfices par rapport aux risques et aux coûts.



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (20 semaines)	4 (26 semaines)	5 (30 semaines)	6 (34 semaines)	7 (36 semaines)	8 (38 semaines)	8 (40 semaines)
<b>Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien</b>	<b>E.4.1:</b> La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité. <sup>ab</sup> Les groupes de femmes participatifs représentent une opportunité pour les femmes de discuter de leurs besoins pendant la grossesse, et notamment des obstacles pour parvenir jusqu'aux soins, et également d'améliorer le soutien apporté aux femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>E.4.2:</b> Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatals à domicile sont recommandés pour améliorer l'utilisation des soins prénatals et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation de tâches<sup>ac</sup></b>	<b>E.5.1:</b> La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés <sup>ad</sup> à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/ infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommended	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>E.5.2:</b> La délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels recommandés et du traitement préventif intermettent pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des infirmiers/ infirmières auxiliaires, des infirmiers/ infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommended	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Recrutement et fidélisation du personnel dans les zones rurales et reculées<sup>ae</sup></b>	<b>E.6:</b> Policy-makers should consider educational, regulatory, financial, and personal and professional support interventions to recruit and retain qualified health workers in rural and remote areas.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals</b>	<b>E.7:</b> Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

ab Intégrée à partir du document OMS de 2014 WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health (183).

ac Recommandations adaptées et intégrées à partir du document OMS de 2013 Recommendations of IOMs: optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OptimizeMNH) (201). ad Y compris la promotion des éléments suivants : comportements de recours aux soins et utilisation des soins prénatals ; préparation à l'accouchement et aux complications ; sommel sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; soins qualifiés à l'intention du nouveau-né ; accompagnement du travail et de l'accouchement ; conseils nutritionnels ; suppléments nutritionnels ; autres suppléments et interventions spécifiques au contexte ; dépistage du VIH pendant la grossesse ; allaitement exclusif au sein ; soins postnatals et planification familiale ; vaccination en fonction des directives nationales.

ae Adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2010 Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale (202).

## **Encadré 6 : Éléments à prendre en compte pour l'adoption, le passage à plus grande échelle et la mise en œuvre du modèle OMS 2016 de soins prénatals**

### **Considérations de politique de santé pour l'adoption et le passage du modèle à plus grande échelle :**

- Une volonté politique est nécessaire pour le passage à plus grande échelle de la mise en œuvre des services de soins prénatals afin d'atteindre une couverture nationale des soins de santé ; un soutien national doit être assuré pour l'ensemble des services plutôt que pour des composants spécifiques, afin d'éviter la fragmentation des services.
- Dans les pays à faible revenu, les donateurs peuvent jouer un rôle significatif dans la mise en œuvre du modèle à plus grande échelle. Des mécanismes de parrainage soutenant les actions conduites localement pour la mise en œuvre du modèle à plus grande échelle ont plus de chances d'être utiles que des mécanismes soutenant uniquement une partie de l'ensemble.
- Afin d'établir le programme d'action, de garantir un large ancrage et de faire progresser la formulation des politiques et la prise de décision, les acteurs concernés devraient être ciblés à la fois parmi des dirigeants élus et des fonctionnaires. En outre, des représentants d'établissements de formation et des représentants des spécialités médicales concernées devraient participer aux processus, à toutes les étapes, notamment avant une prise de décision réelle sur les politiques afin d'assurer un large soutien pour le passage à plus grande échelle.
- Pour faciliter les négociations et la planification, les informations relatives à l'impact attendu du modèle sur les utilisateurs, les prestataires (par exemple, la charge de travail, les besoins en matière de formation) et les coûts devraient être évaluées et diffusées.
- Le modèle doit être adapté aux contextes locaux et aux structures de prestation de services.

### **Considérations relatives au système de santé ou au niveau organisationnel pour la mise en œuvre du modèle :**

- L'introduction du modèle devrait faire intervenir des institutions de formation avant l'entrée en service et des organismes professionnels de façon que les cursus de formation pour les soins prénatals puissent être actualisés aussi rapidement et harmonieusement que possible.
- Une planification à long terme est nécessaire pour générer des ressources et allouer les budgets afin de renforcer et maintenir des services de soins prénatals de qualité.
- Une formation en cours d'emploi et des modèles de supervision doivent être élaborés selon les spécifications professionnelles des prestataires de soins, en tenant compte du contenu, de la durée et des procédures pour la sélection des prestataires en vue de leur formation. Ces modèles peuvent également être explicitement conçus pour traiter le problème de la rotation des effectifs, notamment dans des contextes de faibles ressources.
- Des outils normalisés devront être élaborés pour la supervision, en veillant à ce que les superviseurs puissent soutenir les prestataires de soins et leur permettre de fournir des services de soins prénatals intégrés complets.
- Il peut être nécessaire d'élaborer une stratégie de délégation de tâches pour optimiser l'utilisation des ressources humaines.
- Des outils ou des « documents de travail » (par exemple des fiches de soins prénatals) pour la mise en œuvre des soins prénatals doivent être simplifiés et actualisés avec toutes les informations clés en conformité avec le modèle.
- Des stratégies devront être élaborées pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement selon les exigences locales, par exemple, l'élaboration de protocoles pour les procédures d'obtention et de maintien des stocks de fournitures, l'encouragement des fournisseurs à collecter et à suivre les données sur les niveaux des stocks et le renforcement de la coordination au niveau des prestataires et du suivi des médicaments et des fournitures médicales nécessaires à la mise en œuvre du modèle de soins prénatals.

### **Considérations au niveau de l'utilisateur pour la mise en œuvre du modèle :**

- Des activités de sensibilisation dans les communautés devraient être entreprises pour diffuser des informations sur l'importance de chaque composante des soins prénatals et sur les droits des femmes enceintes d'accéder aux soins prénatals pour la santé de la mère et de l'enfant. Ces informations devraient fournir des précisions sur le calendrier et le contenu des contacts recommandés pour les soins prénatals, et sur les coûts attendus à la charge de l'utilisateur.
- Il est possible de réduire les temps d'attente en réorganisant les services de soins prénatals et/ou le flux de patientes.

Des considérations spécifiques sur la mise en œuvre concernant chaque recommandation figurent dans l'Annexe 4.

## 5. Conséquences pour la recherche

Pendant le processus d'élaboration de la directive, le Groupe d'élaboration de la directive a identifié d'importantes lacunes dans les connaissances qui doivent être comblées par des recherches prioritaires. Le niveau de preuve a été classé « faible » ou « très faible » pour un certain nombre d'interventions évaluées. Selon la méthodologie GRADE (15), il en résulte que de futures recherches sur les interventions dont le niveau de certitude est « faible » ou « très faible » pour des issues importantes sont susceptibles d'avoir un impact à l'avenir sur les niveaux de certitude et les recommandations en lien avec ces interventions. En se fondant sur ce modèle,

le GDG a identifié des lacunes dans les connaissances et a fixé des questions prioritaires en termes de recherche selon que les futures recherches sont susceptibles de promouvoir l'équité, que leur mise en œuvre est faisable et qu'elles contribuent à l'amélioration de l'expérience des femmes vis-à-vis de leur grossesse. Dans l'encadré 7, les questions de recherche prioritaires sont groupées selon le regroupement des recommandations de la présente directive sur les soins prénatals (c'est-à-dire par type d'intervention) et la liste est établie dans un ordre similaire à celui des recommandations.

### Encadré 7: Questions de recherche prioritaires, par type d'intervention

#### A. Interventions nutritionnelles

- Quels sont les effets, la faisabilité, l'acceptabilité et les incidences en termes d'équité d'une alimentation saine et d'exercices physiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ?
- Est-il possible d'élaborer un ensemble d'interventions, avec des recommandations normalisées sur l'alimentation, qui soit fondé sur des preuves, soutenable, reproductible, accessible et adaptable à différents contextes culturels ?
- Une recherche est nécessaire au niveau du pays pour mieux comprendre l'étiologie, spécifique au contexte, de la sous-alimentation. Les alternatives aux suppléments énergétiques et protéiques, telles que des distributions d'argent ou de bons d'achat aux femmes enceintes ou l'amélioration de la production alimentaire locale et nationale, conduisent-elles à une amélioration des issues maternelles et périnatales ?
- Quel est le schéma d'administration le plus efficace, acceptable et applicable pour les suppléments recommandés (fer, calcium et acide folique) ? Les micronutriments peuvent-ils être associés en une formulation unique ou à libération contrôlée ? Dans quelle mesure des suppléments de fer et de calcium (ou de zinc) entrent-ils en compétition pour l'absorption ?
- Quelle est la composition-formulation (avec ou sans enrobage) de fer la plus économiquement efficace en termes de bénéfices et d'effets secondaires ?
- Un test rapide, sous forme de dispositif portable, moins invasif et utilisable sur place peut-il être élaboré pour l'anémie liée à une carence en fer ?
- Y-a-t-il des risques d'hémoconcentration associés à une concentration d'hémoglobine de plus de 130 g/l pendant la grossesse ?
- Quels sont les mécanismes biologiques intervenant dans les relations entre suppléments de calcium, prééclampsie, syndrome HELLP (hémolyse, taux élevé d'enzymes hépatiques, faible numération plaquettaire) et la naissance avant terme ?
- Quels sont la dose minimale et le moment optimal du début du schéma d'administration de suppléments de calcium pour obtenir un effet positif sur la prééclampsie et la naissance avant terme ?
- Quel est l'effet de la supplémentation en zinc sur les issues maternelles (par exemple, les infections) et les issues périnatales (par exemple, naissance avant terme, petite taille pour l'âge gestationnel, infections néonatales, morbidité périnatale) ? Quelle est la dose optimale de suppléments de zinc pendant la grossesse, en particulier dans les populations souffrant de carence en zinc sans stratégie mise en place pour l'enrichissement des aliments ?
- La vitamine C réduit-elle la rupture prématurée des membranes (RPM) et améliore-t-elle les issues maternelles et périnatales ?
- La vitamine D augmente-t-elle le risque de naissance avant terme quand elle est associée au calcium ?

## B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus

- Est-il possible de développer des tests meilleurs et économiquement plus efficaces utilisables sur place pour le diagnostic de l'anémie ?
- Quels sont les effets de tests urinaires pratiqués sur place (bandelettes réactives ou coloration de Gram) avec traitement antibiotique pour la bactériurie asymptomatique par rapport à des tests urinaires confirmés par culture, suivis d'un traitement de la bactériurie asymptomatique le cas échéant, sur la grossesse et d'autres résultats pertinents, notamment l'équité, l'acceptabilité, la faisabilité et la résistance antimicrobienne ?
- De meilleurs tests utilisables sur place pour le diagnostic de la bactériurie asymptomatique peuvent-ils être développés pour améliorer l'exactitude et la faisabilité du dépistage de la bactériurie asymptomatique et réduire le surtraitement de la bactériurie asymptomatique ? Quel est le seuil de prévalence de la bactériurie asymptomatique auquel un test ciblé et un traitement pourrait être une stratégie plus efficace qu'un dépistage universel et un traitement ?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour détecter et prendre en charge la violence du partenaire sexuel (VPS) ? Les interventions destinées à détecter la VPS ont-elles une incidence sur la fréquentation des services de soins prénatals ? Les interventions centrées sur les partenaires permettent-elles de prévenir la VPS ? La détection de la VPS (avec orientation vers un centre spécialisé approprié) a-t-elle un impact sur les issues maternelles et périnatales ?
- Quelle est la prévalence du diabète et du diabète gestationnel pendant la grossesse, selon les nouveaux critères, dans diverses populations et groupes ethniques ? Quelles sont les meilleures stratégies de dépistage du DG et quels sont les seuils de prévalence auxquels elles sont économiquement efficaces ?
- Quel est l'effet sur les issues périnatales du comptage quotidien des mouvements fœtaux, tel que la méthode « count-to-ten » (comptage de dix mouvements pendant une durée déterminée) utilisant un diagramme pour relever le nombre de coups de pied, durant le troisième trimestre de la grossesse dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ?
- Quels sont les effets et l'exactitude de la mesure de la hauteur utérine (HU) pour détecter une croissance fœtale anormale et d'autres facteurs de risque sur la morbidité périnatale (par exemple, grossesse multiple, hydramnios) dans des contextes où il n'y a pas d'échographie systématique ?
- Un seul examen systématique par échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux pour toutes les femmes enceintes durant le troisième trimestre permet-il de détecter avec exactitude ou de prédire des complications de la grossesse, en particulier un retard de croissance intra-utérine (RCIU) et une prééclampsie, et d'entraîner une amélioration des issues de la grossesse ?

## C. Mesures préventives

- Quels sont les effets de l'antibioprophylaxie pour la prévention des infections du tractus urinaire récurrentes pendant la grossesse, par rapport à un suivi utilisant les antibiotiques uniquement en cas d'indication, sur les infections maternelles, la morbidité périnatale et la résistance aux agents antimicrobiens ?
- Quelle est la prévalence de l'allo-immunisation Rhésus, et des issues défavorables associées, chez les femmes enceintes dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire ou intermédiaire ? Des stratégies économiquement efficaces peuvent-elles être élaborées pour la prise en charge de ces affections dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et pour l'amélioration de l'équité ?

## D. Interventions face à des signes cliniques courants

- Quelle est la prévalence des signes cliniques courants chez les femmes enceintes dans des contextes de faibles ressources et l'offre de traitements de ces symptômes peut-elle réduire les inégalités en matière de santé, améliorer la couverture de soins prénatals et améliorer leur expérience de la grossesse ?
- Quelle est l'étiologie des crampes dans les jambes pendant la grossesse et le traitement avec du magnésium et/ou du calcium permet-il de soulager ces symptômes ?

## E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals

- Que devraient contenir les notes de consultation détenues par les femmes et comment les divergences entre différents dossiers peuvent-elles être réduites pour améliorer la qualité des soins ?
- De quelle manière la continuité des soins sous la direction de sages-femmes exerce-t-elle une influence ? Est-ce spécifiquement la continuité, la relation prestataire-patiente ou l'esprit dans lequel la sage-femme entretient une relation avec les femmes qui entraîne de meilleures issues sanitaires et une meilleure satisfaction maternelle ? Cet effet peut-il être reproduit dans d'autres cadres de soins de santé, par exemple avec des infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des médecins de famille, etc. ? Comment les soins prénatals peuvent-ils être structurés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour intégrer les composantes actives de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes, en particulier dans des contextes dans lesquels le nombre de sages-femmes est très limité ?
- Que devraient contenir les notes de consultation détenues par les femmes et comment les divergences entre différents dossiers peuvent-elles être réduites pour améliorer la qualité des soins ?
- De quelle manière la continuité des soins sous la direction de sages-femmes exerce-t-elle une influence ? Est-ce spécifiquement la continuité, la relation prestataire-patiente ou l'esprit dans lequel la sage-femme entretient une relation avec les femmes qui entraîne de meilleures issues sanitaires et une meilleure satisfaction maternelle ? Cet effet peut-il être reproduit dans d'autres cadres de soins de santé, par exemple avec des infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des médecins de famille, etc. ? Comment les soins prénatals peuvent-ils être structurés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour intégrer les composantes actives de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes, en particulier dans des contextes dans lesquels le nombre de sages-femmes est très limité ?
- Quels sont les effets, la faisabilité et l'incidence sur les ressources de la continuité des soins sous la direction de sages-femmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ? Quels sont les modèles les plus réalisables (modèles de travail individuel ou en équipe) ? Un modèle de continuité pour les soins prénatals de groupe peut-il être élaboré dans les contextes dans lesquels d'autres modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes ne sont pas applicables ?
- Un modèle de soins prénatals de groupe peut-il être élaboré pour les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de formuler des recommandations sur la taille optimale du groupe, la fréquence et le contenu des contacts de soins prénatals de groupe ?
- Des soins prénatals de groupe sont-ils acceptables (les données devraient inclure les points de vue des femmes qui refusent d'y participer), réalisables et économiquement efficaces dans des contextes de pays à revenu faible ou intermédiaire ?
- Des modèles mixtes (soins prénatals de groupe et individuels) sont-ils applicables et acceptables et les modèles mixtes présentent-ils des avantages ?
- Quels sont les effets de soins prénatals de groupe sur les issues sanitaires maternelles et périnatales, sur la couverture (contacts de soins prénatals et naissances dans des établissements de soins), et sur les expériences des femmes et des prestataires ?
- Faut-il également proposer des soins prénatals de groupe aux femmes présentant des complications durant leur grossesse, pour traiter des aspects communication et soutien social, en plus des soins prodigués par un spécialiste ?
- Dans quelle mesure des groupes de mobilisation communautaire des deux sexes sont-ils acceptables et réalisables ? Quelles sont les méthodes optimales dans le cadre d'interventions communautaires afin d'améliorer la communication et d'apporter un soutien aux femmes et aux adolescentes enceintes ; afin d'améliorer l'intégration des efforts de mobilisation communautaire avec les systèmes de santé ; et afin d'assurer la continuité des soins par des visites à domicile ? Quels sont les mécanismes de l'effet de ces interventions ?
- Le modèle OMS 2016 de soins prénatals comprenant un minimum de huit contacts a-t-il un impact sur la qualité des soins prénatals dans les pays à revenu faible et moyen, et quel est son effet sur les paramètres santé, valeurs, acceptabilité, ressources, faisabilité et équité ?

VPS : violence du partenaire sexuel ;  
pays à revenu faible ou intermédiaire  
RPM : rupture prématurée des membranes ;  
HU : hauteur utérine

# 6. Diffusion, applicabilité et actualisation de la directive et des recommandations

## 6.1 Diffusion

La présente directive sera téléchargeable en ligne et sous forme de publication imprimée. Les versions en ligne seront disponibles via les sites Web des Départements OMS de Santé et recherche génésique (RHR), Nutrition pour la santé et le développement (NHD) et Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) et via la bibliothèque de santé génésique (RHL) de l'OMS.<sup>7</sup> Des versions imprimées seront distribuées aux bureaux régionaux et nationaux de l'OMS, aux ministères de la santé, aux centres collaborateurs de l'OMS, aux partenaires des ONG et aux associations professionnelles, en utilisant la même liste de distribution que celle élaborée pour la mise en œuvre des soins prénatals ciblés. La directive sera accompagnée d'une évaluation critique indépendante basée sur l'outil AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (213). Des réunions techniques se tiendront dans les Départements RHR, NHD et MCA pour échanger sur les recommandations et les produits dérivés, notamment un manuel pratique pour la mise en œuvre du nouveau modèle OMS 2016 de soins prénatals, avec les équipes responsables de la politique et de la mise en œuvre du programme.

Deux ensembles de synthèses de preuves seront élaborés : un ensemble pour les décideurs et les administrateurs de programme et l'autre ensemble pour les professionnels de santé. Ces synthèses de preuves, qui mettront en lumière les recommandations et résultats contextuels liés à la mise en œuvre, seront élaborées et distribuées en collaboration avec l'USAID, la FIGO et l'ICM. Les synthèses seront organisées selon le plan des différentes sections de la présente directive, par exemple en les axant sur l'alimentation, l'évaluation maternelle et fœtale ou les mesures préventives pour permettre une adaptation spécifique des produits dérivés et leur distribution aux partenaires concernés.

Le résumé d'orientation et les recommandations issus de cette publication seront traduits dans les six langues de l'ONU pour leur diffusion via les bureaux régionaux de l'OMS et à l'occasion des réunions organisées par le

personnel des départements RHR, MCA et NHD de l'OMS ou des réunions auxquelles il participe.

Outre les versions en ligne et imprimées de la présente directive, une version interactive accessible en ligne est prévue et elle sera élaborée par un groupe infographique professionnel. Cette version interactive facilitera la diffusion et l'adoption des recommandations de la directive en les mettant à disposition en ligne sous une forme conviviale et permettra la mise en place d'une plateforme pour l'actualisation régulière des recommandations répertoriées. En outre, cela permettra d'organiser les produits selon les différents sujets (par exemple, alimentation) et d'axer les activités et produits à développer. Des versions consultables en ligne en anglais, français, portugais et espagnol (celle-ci en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé [PAHO]) sont prévues et un budget a été alloué à cet effet.

La directive sera également présentée sur le site Web officiel du Département RHR de l'OMS dans le « HRP News » mensuel. Actuellement, ce site compte plus de 3000 abonnés, notamment des cliniciens, des administrateurs de programmes, des décideurs et autres utilisateurs des services de santé dans le monde entier. En outre, un certain nombre d'articles présentant des recommandations et des réflexions essentielles sur la mise en œuvre seront publiés conformément aux politiques de libre accès et de droits d'auteur de l'OMS. Les groupes, départements et partenariats concernés de l'OMS, tels que VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme, l'Initiative pour la recherche sur les vaccins (IVR) et le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH) participeront également au processus de diffusion.

Dans un effort destiné à accroître la diffusion des directives de l'OMS sur la santé sexuelle et reproductive et les droits s'y rapportant, une fonction recherche permettant d'effectuer une recherche dans la base de données des directives et recommandations de l'OMS a été créée et récemment présentée par le Département RHR.<sup>8</sup> Les recommandations de la directive sur les soins prénatals seront accessibles via cette nouvelle fonction recherche.

7 La RHL est accessible sur le site : <http://apps.who.int/rhl/en/>

8 Consultable sur : [search.optimizemnh.org](http://search.optimizemnh.org)

L'équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque du Département RHR en collaboration avec les Départements NHD et MCA et d'autres partenaires, soutiendra les groupes de travail nationaux et infranationaux pour adapter et mettre en œuvre la directive. Ce processus inclura l'élaboration ou la mise en conformité avec la directive de l'OMS des directives ou protocoles nationaux. Le réseau GREAT (Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge) sera utilisé pour réunir les acteurs concernés afin d'identifier et d'évaluer les priorités, les obstacles et les éléments facilitant l'application de la directive et pour soutenir les efforts des acteurs concernés afin de développer des adaptations et des stratégies de mise en œuvre de la directive spécifiquement adaptées au contexte local (214). Ceci inclut un support technique pour ceux qui mettent en œuvre la directive au plan local par l'élaboration de manuels de formation, d'organigrammes et d'indicateurs de qualité ainsi que la participation aux réunions des acteurs concernés.

## 6.2 Questions relatives à l'applicabilité

### Impact anticipé de la directive sur l'organisation des soins prénatals

La mise en œuvre efficace des recommandations de cette directive nécessitera une réorganisation des soins et la redistribution des ressources de soins de santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les obstacles potentiels à la mise en œuvre sont notamment :

- manque de ressources humaines ayant l'expertise et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre, superviser et soutenir les pratiques recommandées, notamment les conseils prodigués aux patientes ;
- manque d'infrastructure pour soutenir les interventions, par exemple absence d'alimentation électrique pour faire fonctionner le matériel d'échographie ;
- manque d'espace physique pour organiser des séances de conseil individuelles ou en groupe ;
- manque de compréhension du nouveau modèle de soins au sein de la communauté, en particulier en ce qui concerne le calendrier des contacts et les temps d'attente qui peuvent être longs ;
- manque de ressources physiques, par exemple matériel, trousse de test, fournitures, médicaments et suppléments nutritionnels ;
- manque de mécanismes efficaces d'orientation vers des centres spécialisés et de parcours de soins pour les femmes identifiées comme nécessitant des soins supplémentaires ;

- manque de compréhension de la valeur des interventions nouvellement recommandées parmi les prestataires de soins et les gestionnaires de systèmes ;
- manque de systèmes de gestion de l'information pour la gestion sanitaire (SIGS) conçus pour documenter les pratiques recommandées et en assurer le suivi (par exemple, fiches de patientes, dossiers, etc.).

Étant donné les obstacles potentiels notés ci-dessus, une approche par phases pour l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre des recommandations de la directive devrait être prudente. Diverses stratégies destinées à traiter les problèmes liés à ces obstacles et à faciliter la mise en œuvre ont été suggérées dans la liste des considérations figurant à la fin du chapitre 4.

## Suivi et évaluation de l'impact de la directive

La mise en œuvre et l'impact de ces recommandations seront suivis aux niveaux des systèmes de santé régionaux et nationaux, en se basant sur des critères et des indicateurs clairement définis, associés à des cibles convenues localement. En collaboration avec les équipes de suivi et d'évaluation des Départements RHR et MCA de l'OMS, les données sur la mise en œuvre des recommandations, aux niveaux national et régional, seront collectées et évaluées sur le court et le moyen terme pour évaluer leur impact sur les politiques nationales des différents États membres de l'OMS. Des séries temporelles interrompues, des audits cliniques ou des audits basés sur des critères peuvent être utilisés pour obtenir les données pertinentes sur les interventions figurant dans la présente directive.

## 6.3 Actualisation de la directive

Conformément au concept du réseau GREAT de l'OMS, qui utilise un processus systématique et continu d'identification et de comblement des lacunes existant dans les preuves après la mise en œuvre de directives (214), la directive proposée sera actualisée cinq ans après sa publication sauf si de nouvelles preuves importantes apparaissent et nécessitent une révision. Le Groupe d'orientation de l'OMS continuera à suivre les développements de la recherche dans le domaine des soins prénatals, en particulier sur les sujets pour lesquels aucune preuve n'a été identifiée et pour lesquels les preuves sont de faible qualité, justifiant l'élaboration de nouvelles recommandations ou un changement dans la recommandation publiée. Toute préoccupation concernant la validité d'une recommandation, quelle qu'elle soit, sera promptement communiquée via le site Web interactif de

la directive,<sup>9</sup> et des plans seront établis pour actualiser la recommandation, le cas échéant.

Deux ans après la publication et la diffusion de la directive, une enquête en ligne sera menée par les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS et par des répondants choisis parmi d'autres groupes d'utilisateurs (par exemple, des associations professionnelles, des ONG) pour évaluer l'état et le degré d'utilisation et d'adaptation dans le pays et savoir si des recommandations figurant dans la directive ont été mises en œuvre ou ont influencé les prises de décision politiques. Cette enquête permettra également de collecter des rétro-informations pertinentes en vue de futures modifications. Des demandes de recommandations supplémentaires peuvent également être communiquées par des États membres de l'OMS. Les acteurs concernés peuvent remettre des suggestions en vue de l'inclusion d'autres questions dans la version actualisée de la directive au département RHR de l'OMS par courrier électronique (reproductivehealth@who.int).

Lorsque la directive approchera de la fin de la période de validité proposée de cinq ans, le responsable technique (ou un autre membre du personnel de l'OMS désigné) évaluera, conjointement au Groupe d'orientation de l'OMS, la pertinence des recommandations et la nécessité de nouvelles recommandations sur le sujet. Pour cela, un exercice de cadrage sera réalisé avec les experts techniques, les professionnels de santé, les chercheurs et les utilisateurs de services afin d'identifier les domaines controversés ou prioritaires dans lesquels d'autres recommandations fondées sur des preuves peuvent s'avérer nécessaires.

Tous les produits techniques développés durant le processus d'élaboration de la présente directive – y compris les rapports complets des examens systématiques, les stratégies de recherche correspondantes et les dates des recherches, le logiciel de gestion d'examen Cochrane RevMan<sup>10</sup> adapté spécifiquement aux résultats prioritaires et la base d'évaluation de la qualité des résultats dans le processus GRADE – seront archivés dans le dossier partagé du département pour les futures consultations et utilisations. Si une nouvelle preuve remet en question la validité d'une recommandation particulière, l'examen systématique traitant la question principale sera actualisé. Pour actualiser l'examen, la stratégie de recherche initialement utilisée sera appliquée avec la même équipe chargée des examens systématiques ou une autre équipe si l'équipe initiale n'est plus disponible.

Toute nouvelle question identifiée après l'exercice de cadrage à la fin des cinq ans fera l'objet d'un processus de recherche de preuves, synthèse et évaluation similaire, selon les normes de l'OMS pour l'élaboration de directives.

Le processus d'élaboration de la directive a fait apparaître plusieurs lacunes dans les connaissances en rapport avec le dépistage prénatal du diabète gestationnel, de la syphilis et des hémoglobinopathies. L'OMS a l'intention d'élaborer d'autres recommandations concernant ces sujets de façon que les recommandations appropriées puissent être intégrées lors de l'actualisation de la directive sur les soins prénatals. En outre, d'autres actualisations auront pour objectif d'intégrer plus de recommandations sur la façon d'améliorer le recours aux soins prénatals, la qualité et la délivrance des soins, qui seront documentées dans une nouvelle directive de l'OMS sur l'amélioration des soins dans l'ensemble du continuum couvrant les périodes prénatale, intrapartum et postnatale.

9 Consultable sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en)

10 Pour plus d'informations, voir : <http://www.cochrane.org/revman>

# Références

1. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Human Rights Council, twentieth session. New York (NY): United Nations General Assembly; 2012 (A/HRC/21/22; [http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
2. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A et al.; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
4. Maternal mortality. Fact sheet No. 348; Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>, consulté le 22 juin 2014).
5. Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, Chou D, Mathers C et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2016;4(2):e98–108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.
6. Campbell OMR, Graham WJ; The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368:1284–99.
7. Fisk, NM, McKee M, Atun, R. Relative and absolute addressability of global disease burden in maternal and perinatal health by investment in R&D. *Trop Med Int Health*. 2011;16(6):662–8.
8. Carroli, G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(Suppl 1):1–42.
9. Souza, JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multi-country Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;381(9879):1747–55. doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8.
10. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). In: Maternal, newborn, child and adolescent health [WHO web page]. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impac/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/en/), consulté le 17 octobre 2016).
11. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh, Gomez P, Munjanja S. Chapter 2: Antenatal care. In: Lawn J, Kerber K, editors. Opportunities for Africa's Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Geneva: World Health Organization; 2006: 51–62 ([http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII\\_2.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf), consulté le 6 octobre 2016).
12. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/RHR\\_01\\_30/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/en/), consulté le 6 octobre 2016).
13. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. What matters to women: a scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529–39. doi:10.1111/1471-0528.13819.
14. WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/kms/handbook\\_2nd\\_ed.pdf](http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf), consulté le 6 octobre 2016).
15. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, consulté le 27 octobre 2016).
16. GRADE-CERQual [website]. The GRADE-CERQual Project Group; 2016 (<https://cerqual.org/>, consulté le 27 octobre 2016).

17. DECIDE [website]. The DECIDE Project; 2016 (<http://www.decide-collaboration.eu/>, consulté le 27 octobre 2016).
18. Abalos A, Chamillard M, Diaz V, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. *BJOG*. 2016;123(4):519-28. doi:10.1111/1471-0528.13820.
19. WHO, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd edition. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/), consulté le 26 septembre 2016).
20. Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care? (supplement). Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/74660/E87997.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf), consulté le 26 septembre 2016).
21. Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: a global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH); 2011 ([http://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/essential\\_interventions\\_18\\_01\\_2012.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
22. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Factors that influence the use of routine antenatal services by pregnant women: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane EPOC* (sous presse).
23. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration; 2011 (<http://handbook.cochrane.org/>, consulté le 29 septembre 2016).
24. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register [website]. The Cochrane Collaboration; 2016 (<http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>, consulté le 27 octobre 2016).
25. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108-19.
26. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu AM et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895. doi:10.1371/journal.pmed.1001895.
27. OneHealth Model: intervention treatment assumptions (draft 28 September). Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>, consulté le 4 octobre 2016).
28. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings, 2011-2014: assistive devices, eHealth solutions, medical devices, other technologies, technologies for outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/medical\\_devices/innovation/compendium/en/](http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/), consulté le 26 septembre 2016).
29. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/health\\_equity/report\\_2015/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/), consulté le 29 septembre 2016).
30. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2015 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, consulté le 28 septembre 2016).
31. Tang AM, Chung M, Dong K, Terrin N, Edmonds A, Assefa N et al. Determining a global mid-upper arm circumference cutoff to assess malnutrition in pregnant women. Washington (DC): FHI 360/Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA); 2016 (<http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-MUAC-cutoffs-pregnant-women-June2016.pdf>, consulté le 26 septembre 2016).
32. Popkin S, Slining MM. New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries. *Obesity Reviews*. 2013;14(2):11-20. doi:10.1111/obr.12102.

33. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
34. WHO; de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization (WHO); 2008. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf), consulté le 26 septembre 2016).
35. United Nations Children's Fund, United Nations University, WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001 (WHO/NHD/01.3; [http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida\\_assessment\\_prevention\\_control.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
36. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily\\_ifa\\_supp\\_pregnant\\_women/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/), consulté le 28 septembre 2016).
37. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005. WHO Global Database on vitamin A deficiency. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/vitamin\\_a\\_deficiency/9789241598019/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/vitamin_a_deficiency/9789241598019/en/), consulté le 29 septembre 2016).
38. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
39. Roohani N, Hurrell R, Kelishadi R, Schulin R. Zinc and its importance for human health: an integrative review. *J Res Med Sci.* 2013;18(2):144-57.
40. Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD006965.
41. Healthy eating during pregnancy and breastfeeding: booklet for mothers. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2001 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/120296/E73182.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/120296/E73182.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
42. Exercise in pregnancy. RCOG Statement No. 4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2006:1-7 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/exercise-in-pregnancy-statement-no.4/>, consulté le 24 octobre 2016).
43. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors; Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. Washington (DC): The National Academies Press; 2009 (<http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx>, consulté le 29 septembre 2016).
44. Muktabant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive gestational weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD007145.
45. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Factors that influence the provision of good quality routine antenatal care services by health staff: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane EPOC.* 2016 (in press).
46. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: World Health Organization; 1995 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
47. Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD000032.
48. Food Security Portal [website]. Washington (DC): IFPRI; 2012 (<http://www.foodsecurityportal.org/>, consulté le 28 septembre 2016).
49. Shaheen R, Streatfield PK, Naved RT, Lindholm L, Persson LÅ. Equity in adherence to and effect of prenatal food and micronutrient supplementation on child mortality: results from the MINIMat randomized trial, Bangladesh. *BMC Public Health.* 2014;14:5. doi:10.1186/1471-2458-14-5.
50. The clinical use of blood in general medicine, obstetrics, paediatrics, surgery & anaesthesia, trauma & burns. Geneva: World Health Organization; 1998 ([http://www.who.int/bloodsafety/clinical\\_use/en/Manual\\_EN.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_EN.pdf), consulté le 29 septembre 2016).

51. Iron and folate supplementation: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.8. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/iron\\_folate\\_supplementation.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/iron_folate_supplementation.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
52. The international pharmacopoeia, 5th edition, volumes 1 and 2. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/phint/en/p/about>, consulté le 4 octobre 2016).
53. The WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Quality assurance of pharmaceuticals: meeting a major public health challenge. Geneva: World Health Organization; 2007 (WHO/PSM/QSM/2007.5; [http://www.who.int/medicines/publications/brochure\\_pharma.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/brochure_pharma.pdf), consulté le 4 octobre 2016).
54. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD004736.
55. Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
56. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(19):CD009997.
57. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334_fre.pdf), consulté le 19 septembre 2017).
58. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M, Medley N. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD007079. doi:10.1002/14651858.CD007079.pub3.
59. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(6):CD001059.
60. Directive : Supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44727/1/9789242501780\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44727/1/9789242501780_fre.pdf), consulté le 19 septembre 2017).
61. Sommer A, Davidson FR. Assessment and control of vitamin A deficiency: the Annecy Accords. *J Nutr.* 2002;132:2845S-50S.
62. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Recommendations and report of a consultation. Micronutrient series. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/NUT/98.4; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63838/1/WHO\\_NUT\\_98.4\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63838/1/WHO_NUT_98.4_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
63. McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD008666.
64. Ota E, Mori R, Middleton P, Tobe-Gai R, Mahomed K, Miyazaki C et al. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD000230.
65. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD004905.
66. UNICEF, WHO, United Nations University. Composition of a multi-micronutrient supplement to be used in pilot programmes among pregnancy women in developing countries: report of a United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO) and United Nations University workshop. New York (NY): UNICEF; 1999 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/75358>, consulté le 18 décembre 2015).
67. Devakumar D, Fall CHD, Sachdev HS, Margetts BM, Osmond C, Wells JCK et al. Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2016;14(1):90. doi:10.1186/s12916-016-0633-3.

68. Technical consultation: multiple micronutrient supplements in pregnancy: implementation considerations for successful integration into existing programmes. Meeting held in collaboration with United Nations Children's Fund (UNICEF) and the Micronutrient Initiative (MI). Geneva: World Health Organization; 18-20 August 2015 ([http://www.who.int/nutrition/events/2015\\_meeting\\_microsupp\\_pregnancy\\_18to20aug/en/](http://www.who.int/nutrition/events/2015_meeting_microsupp_pregnancy_18to20aug/en/), consulté le 27 octobre 2016).
69. Salam RA, Zuberi NF, Bhutta ZA. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD000179.
70. Allen L, de Benoist B, Dary O, Hurrell R, editors. Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2006 ([http://www.who.int/nutrition/publications/guide\\_food\\_fortification\\_micronutrients.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/guide_food_fortification_micronutrients.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
71. Joint Formulary Committee. Vitamin deficiency. Chapter 9: Blood and Nutrition. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
72. Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004069.
73. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004072.
74. Joint Formulary Committee. Vitamin deficiency. Chapter 9: Blood and Nutrition. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
75. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf), consulté le 4 octobre 2016).
76. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1):CD008873.
77. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med.* 2014;12:174. doi:10.1186/s12916-014-0174-6.
78. Rhee J, Kim R, Kim Y, Tam M, Lai Y, Keum N, Oldenburg CE. Maternal caffeine consumption during pregnancy and risk of low birth weight: a dose-response meta-analysis of observational studies. *PLoS One.* 2015;10(7):e0132334. doi:10.1371/journal.pone.0132334.
79. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016;19(7):1233-44. doi:10.1017/S1368980015002463.
80. Li J, Zhao H, Song JM, Zhang J, Tang YL, Xin CM. A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;130(2):116-22. doi:10.1016/j.ijgo.2015.03.033.
81. Sobhy S, Rogozinska E, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect anaemia in antenatal care: a systematic review. *BJOG.* 2016 (sous presse).
82. Medina Lara A, Mundy C, Kandulu J, Chisuwo L, Bates I. Evaluation and costs of different haemoglobin methods for use in district hospitals in Malawi. *J Clin Pathol.* 2005;58(1):56-60.
83. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(8):CD000490.
84. Schmiemann G, Kniehl E, Gebhardt K, Matejczyk MM, Hummers-Pradier E. The diagnosis of urinary tract infection: a systematic review. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2010;107(21):361-7. doi:10.3238/arztebl.2010.0361.
85. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, consulté le 29 septembre 2016).

86. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, consulté le 29 septembre 2016).
87. van den Broek NR, Ntonya C, Mhango E, White SA. Diagnosing anaemia in pregnancy in rural clinics: assessing the potential of the Haemoglobin Colour Scale. *Bull World Health Organ.* 1999;77(1):15-21.
88. Rogozinska E, Formina S, Zamora J, Mignini L, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2016;128(3):495-503. doi:10.1097/AOG.0000000000001597.
89. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007007.
90. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD009414.
91. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/RHR/14.26; <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>, consulté le 26 octobre 2016).
92. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Francisco L, Nakuti J, Musuya T et al. A community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV/AIDS risk in Kampala, Uganda (the SASA! Study): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials.* 2012;13:96. doi:10.1186/1745-6215-13-96.
93. Krishnan S, Subbiah K, Chandra P, Srinivasan K. Minimizing risks and monitoring safety of an antenatal care intervention to mitigate domestic violence among young Indian women: The Dil Mil trial. *BMC Public Health.* 2012;12:943. doi:10.1186/1471-2458-12-943.
94. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; [http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia\\_In\\_Pregnancy/en/](http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/), consulté le 29 septembre 2016).
95. Antenatal care for uncomplicated pregnancies: clinical guideline [CG62]. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 (updated 2016) (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>, consulté le 30 septembre 2016).
96. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>, consulté le 29 septembre 2016).
97. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/), consulté le 29 septembre 2016).
98. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
99. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf), consulté le 4 octobre 2016).
100. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.3. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/prevention\\_mtct\\_syphilis.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf), consulté le 14 septembre 2016).
101. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>, consulté le 27 octobre 2016).
102. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>, consulté le 27 octobre 2016).

103. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>, consulté le 27 octobre 2016).
104. Prevention of sexual transmission of Zika virus: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>, consulté le 27 octobre 2016).
105. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/tb/publications/Final\\_TB\\_Screening\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf), consulté le 29 septembre 2016).
106. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation. *Br Med J*. 1976;1(6021):1305-7.
107. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD004909.
108. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2000.
109. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD008136.
110. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD007058.
111. Maulik D, Mundy D, Heitmann E, Maulik D. Evidence-based approach to umbilical artery Doppler fetal surveillance in high-risk pregnancies: an update. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53(4):869-78. doi:10.1097/GRF.0b013e3181fbb5f5.
112. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GML. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD007529.
113. Soothill PW, Ajayi RA, Campbell S, Nicolaidis KH. Prediction of morbidity in small and normally grown fetuses by fetal heart rate variability, biophysical profile score and umbilical artery Doppler studies. *Brit J Obstet Gynaecol*. 1993;100:742-5.
114. Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD001450.
115. Delaram M, Shams S. The effect of foetal movement counting on maternal anxiety: a randomised, controlled trial. *J Obstet Gynaecol*. 2015;39-43. doi:10.3109/01443615.2015.1025726.
116. Pay ASD, Wiik J, Backe B, Jacobsson B, Strandell A, Klovning A. Symphysis-fundus height measurement to predict small-for-gestational-age status at birth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:22. doi:10.1186/s12884-015-0461-z.
117. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD007863.
118. McClure EM, Nathan RO, Saleem S, Esamai F, Garces A, Chomba E et al. First look: a cluster-randomized trial of ultrasound to improve pregnancy outcomes in low income country settings. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:73. doi:10.1186/1471-2393-14-73.
119. Manual of diagnostic ultrasound, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/medical\\_devices/publications/manual\\_ultrasound\\_pack1-2/en/](http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/), consulté le 26 octobre 2016).
120. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD007058.
121. Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD001451.
122. Harris RD, Marks WM. Compact ultrasound for improving maternal and perinatal care in low-resource settings. *J Ultrasound Med*. 2009. 28(8):1067-76.
123. Oluoch DA, Mwangome N, Kemp B, Seale AC, Koech AC, Papagrotghiou AT et al. "You cannot know if it's a baby or not a baby": uptake, provision and perceptions of antenatal care and routine ultrasound scanning in rural Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:127. doi:10.1186/s12884-015-0565-5.
124. Heyman B, Hundt G, Sandall J, Spencer K, Williams C, Grellier R, Pitson L. On being at higher risk: a qualitative study of prenatal screening for chromosomal anomalies. *Soc Sci Med*. 2006(62);2360-72. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.018.

125. Rizvi M, Khan F, Shukla I, Malik A, Shaheen. Rising prevalence of antimicrobial resistance in urinary tract infections during pregnancy: necessity for exploring newer treatment options. *J Lab Physicians*. 2011;3(2):98-103. doi:10.4103/0974-2727.86842.
126. Wang E, Smail F. Infection in pregnancy. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC, editors. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1989:534-7.
127. Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD009279.
128. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Whalley PJ. Acute pyelonephritis in pregnancy: an anterospective study. *Obstet Gynecol*. 1981;57(4):409-13.
129. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration after childbirth for preventing rhesus alloimmunization. *Cochrane Database Syst Rev*. 1997;(2):CD000021.
130. Salam RA, Haider BA, Humayun Q, Bhutta ZA. Effect of administration of antihelminthics for soil-transmitted helminths during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD005547.
131. Controlling disease due to helminth infections. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42707/1/9241562390.pdf>, consulté le 29 septembre 2016).
132. Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol*. 2010;39 (Suppl 1):i102-i109.
133. Lui L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*. 2012;379:2151-61.
134. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
135. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
136. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11):CD000491.
137. Joint Formulary Committee. Urinary tract infections. Chapter 5: Infection. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
138. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD000020.
139. Joint Formulary Committee. Immunoglobulin therapy. Chapter 14: Vaccines. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
140. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Geneva: World Health Organization; 2016 (in press).
141. Preventative chemotherapy in human helminthiasis: coordinated use of antihelminthic drugs in control interventions: a manual for health professionals and programme managers. Geneva: World Health Organization; 2006. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43545/1/9241547103\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43545/1/9241547103_eng.pdf), consulté le 26 septembre 2016).
142. Salam RA, Haider BA, Humayun Q, Bhutta ZA. Effect of administration of antihelminthics for soil-transmitted helminths during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD005547.
143. Christian P, Khatry SK, West KP, Jr. Antenatal anthelmintic treatment, birth weight, and infant survival in rural Nepal. *Lancet*. 2004;364(9438):981-3.
144. Passerini L, Casey GJ, Biggs BA, Cong DT, Phu LB, Phuc TQ et al. Increased birth weight associated with regular pre-pregnancy deworming and weekly iron-folic acid supplementation for Vietnamese women. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012;6(4):e1608. doi:10.1371/journal.pntd.0001608.

145. de Silva N R, Sirisena JL, Gunasekera DP, Ismail MM, de Silva HJ. Effect of mebendazole therapy during pregnancy on birth outcome. *Lancet*. 1999;353(9159):1145-9.
146. Mondadori E, Ehrhardt A, Le Anh T, Tran Cong D, Sepe G, Van Huyen N et al. Appreciation of school deworming program by parents in Ha Giang Province (Vietnam). *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2006;37:1095-8.
147. Thwaites CL, Loan HT. Eradication of tetanus. *Br Med Bull*. 2015;116(1):69-77. doi:10.1093/bmb/ldv044.
148. Demicheli V, Barale A, Rivetti A. Vaccines for women for preventing neonatal tetanus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD002959.
149. Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol*. 2010;39(Suppl 1):i102-i109.
150. Statement on tetanus toxoid vaccine. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/immunization/statement\\_on\\_tetanus\\_toxoid\\_vaccine.pdf](http://www.who.int/immunization/statement_on_tetanus_toxoid_vaccine.pdf), consulté le 25 juin 2016).
151. Wolfson LJ, Gasse F, Lee-Martin S-P, Lydon P, Magan A, Tibouti A et al. Estimating the costs of achieving the WHO-UNICEF Global Immunization Vision and Strategy, 2006-2015. *Bull World Health Organ*. 2008;86(1):27-39.
152. Mvundura M, Kien VD, Nga NT, Robertson J, Cuong NV, Tung HT et al. How much does it cost to get a dose of vaccine to the service delivery location? Empirical evidence from Vietnam's Expanded Program on Immunization. *Vaccine*. 2014;32:834-8.
153. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
154. Kayentao K, Garner P, van Eijk AM, Naidoo I, Roper C, Mulokozi A et al. Intermittent preventive therapy for malaria during pregnancy using 2 vs 3 or more doses of sulfadoxine-pyrimethamine and risk of low birth weight in Africa: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013;309:594-604.
155. Roll Back Malaria Partnership Malaria in Pregnancy Working Group. Consensus statement on folic acid supplementation during pregnancy. Geneva; 2015 (<https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/tools-curricula/consensus-statement-folic-acid-supplementation-during-pregnancy.pdf>, consulté le 26 septembre 2016).
156. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e171-83.
157. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD007575.
158. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:505-10.
159. Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011379.
160. Smyth RMD, Aflaifel N, Bamigboye AA. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD001066.
161. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011448.
162. Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8):CD010655.
163. Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Levy A. The safety of metoclopramide use in first trimester of pregnancy. *N Engl J Med*. 2009;360:2528-35.
164. Joint Formulary Committee. Disorders of gastric acid and ulceration. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
165. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD001139.

166. Joint Formulary Committee. Constipation and bowel cleansing. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
167. Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD00881.
168. Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD002856.
169. Mori R, Yonemoto N, Noma H, Ochirbat T, Barber E, Soyolgerel G et al. The maternal and child health (MCH) handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial. *PLoS One* 2015;10(4):e0119772.
170. Hofmeyr GJ, Pattinson RC, Nikodem VC, Gülmezoglu AM. Charting fetal growth. *J Comprehensive Health.* 1994;5:62-7.
171. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet Special Issue.* 2014;384(9949):1226-35. doi:10.1016/S0140-6736(14)60930-2.
172. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004667.
173. Sandall J. The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. London: The Royal College of Midwives; 2014 (<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20Care%20A5%20Web.pdf>, consulté le 26 septembre 2016).
174. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CSE. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD007622.
175. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD010994.
176. Shah PM, Selwyn BJ, Shah K, Kumar V and collaborators. Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ.* 1993;71(5):535-48.
177. Hawley G, Janamian T, Jackson C, Wilkinson SA. In a maternity shared-care environment, what do we know about the paper hand-held and electronic health record: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:52. doi:10.1186/1471-2393-14-52.
178. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9906):1723-32. doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3.
179. Lori JR, Munro ML, Chuey MR. Use of a facilitated discussion model for antenatal care to improve communication. *Internat J Nurs Stud.* 2016;54:84-94. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.018.
180. Ruiz-Merazo E, Lopez-Yarto M, McDonald SD. Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(3):223-9.
181. Patil CL, Abrams ET, Klima C, Kaponda CP, Leshabari SC, Vonderheid SC et al. CenteringPregnancy-Africa: a pilot of group antenatal care to address Millennium Development Goals. *Midwifery.* 2013;29(10):1190-8. doi:10.1016/j.midw.2013.05.008.
182. Jafari F, Eftekhari H, Fotouhi A, Mohammad K, Hantoushzadeh S. Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran. *Health Care for Women Int.* 2010;31(7):571-84.
183. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/), consulté le 29 septembre 2016).
184. Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rego AR et al. Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9721):1193-202. doi:10.1016/S0140-6736(10)60142-0.

185. Colbourn T, Nambiar B, Bondo A, Makwenda C, Tsetekani E, Makonda-Ridley A et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women's groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomized controlled effectiveness trial. *Int Health*. 2013;5(3):180–95. doi:10.1093/inthealth/ih011.
186. Fottrell E, Azad K, Kuddus A, Younes L, Shaha S, Nahar T et al. The effect of increased coverage of participatory women's groups on neonatal mortality in Bangladesh: a cluster randomized trial. *JAMA Pediatr*. 2013;167(9):816–25. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2534.
187. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9879):1721–35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61959-X.
188. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;364:970–9.
189. More NS, Bapat U, Das S, Alcock G, Patil S, Porel M et al. Community mobilization in Mumbai slums to improve perinatal care and outcomes: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2012;9(7):e1001257. doi:10.1371/journal.pmed.1001257.
190. Tripathy P, Nair N, Barnett S, Mahapatra R, Borghi J, Rath S et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375(9721):1182–92. doi:10.1016/S0140-6736(09)62042-0.
191. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736–46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6. [Erratum in: *Lancet*. 2014;383(9931):1806.]
192. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR et al.; Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9628):1936–44. doi:10.1016/S0140-6736(08)60835-1.
193. Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*. 2011;377(9763):403–12. doi:10.1016/S0140-6736(10)62274-X.
194. Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S et al.; Saksham Study Group. Effect of community-based behavior change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;372(9644):1151–62. doi:10.1016/S0140-6736(08)61483-X.
195. Midhet F, Becker S. Impact of community-based intervention on maternal and neonatal health indicators: results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reprod Health*. 2010;7:30. doi:10.1186/1742-4755-7-30.
196. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
197. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44691/1/9789241502214\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44691/1/9789241502214_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).
198. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742\\_report\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).

199. Mangham-Jefferies L, Pitt C, Cousens S, Mills A, Schellenberg J. Cost-effectiveness of strategies to improve the utilization and provision of maternal and newborn health care in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:243. doi:10.1186/1471-2393-14-243.
200. Memon ZA, Khan GN, Soofi SB, Baig IY, Bhutta ZA. Impact of a community-based perinatal and newborn preventive care package on perinatal and neonatal mortality in a remote mountainous district in Northern Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:106. doi:10.1186/s12884-015-0538-8.
201. Recommendations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/978924504843/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/fr/), consulté le 19 septembre 2017).
202. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale. Genève Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>, consulté le 19 septembre 2017).
203. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD000934.
204. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357(9268):1551-64.
205. Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gulmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health*. 2013;10:19. doi:10.1186/1742-4755-10-19.
206. Pattinson R. 2016. Audit of Mpumalanga stillbirths. Presentation at ANC guideline development group meeting (21-23 March). Geneva: World Health Organization; 2016.
207. Gurol I, Scheel I. Adoption and implementation of ANC guidelines at large scale. Presentation at ANC guideline development group meeting (21-23 March). Geneva: World Health Organization; 2016.
208. Conrad P, Schmid G, Tientrebeogo J, Moses A, Kirenga S, Neuhann F et al. Compliance with focused antenatal care services: do health workers in rural Burkina Faso, Uganda and Tanzania perform all ANC procedures? *Trop Med Int Health*. 2012;17:300-7. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02923.x.
209. Nyarko P, Birungi H, Armar-Klamesu M, Arhinful D, Degarnus S, Odoi-Agyarko H, Brew G. Acceptability and feasibility of introducing the WHO focused antenatal care package in Ghana. FRONTIERS final report. Washington (DC): Population Council; 2006 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.175.8828>, consulté le 28 septembre 2016).
210. Birungi H, Onyango-Ouma W. Acceptability and sustainability of the WHO focused antenatal care package in Kenya. *Frontiers in Reproductive Health Program*, Population Council; 2006 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.8488&rep=rep1&type=pdf>, consulté le 28 septembre 2016).
211. Von Both C, Fleša S, Makuwani A, Mpembeni R, Albrecht J. How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006;6:22.
212. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11(5):e153391. doi:10.1371/journal.pone.0153391.
213. AGREE II-Global Rating Scale (GRS) Instrument. AGREE Enterprise; 2016 (<http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-grs-instrument/>, consulté le 28 octobre 2016).
214. The GREAT Network [website]. 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, consulté le 27 octobre 2016).

# Annexe 1: Experts externes et membres de l'OMS ayant participé à la préparation de la présente directive

## Groupe d'orientation de l'OMS (Genève, Suisse)

### A. Metin Gülmezoglu

Coordonnateur  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

### Matthews Mathai

Coordonnateur  
Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent  
Équipe Épidémiologie, suivi et évaluation

### Olufemi T. Oladapo

Médecin-chef  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

### Juan Pablo Peña-Rosas

Coordonnateur  
Département Nutrition pour la santé et le développement  
Équipe Bases factuelles et orientations programmatiques

### Özge Tunçalp

Scientifique  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

## Groupe d'élaboration de la directive

### PRÉSIDENT: Jim Neilson

Dundee, Royaume-Uni

### Mohammed Ariful Alam

Coordonnateur de programme  
BRAC Health Nutrition & Population Program  
BRAC Center  
Dhaka, Bangladesh

### Françoise Cluzeau

Directrice adjointe  
NICE International  
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)  
Londres, Royaume-Uni

### Luz Maria De-Regil

Directrice, Recherche et évaluation & Conseillère technique principale  
Initiative pour les micronutriments  
Ottawa, Canada

### Atf Ghérissi

Professeur adjoint  
École Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis (ESSTST)  
El Manar, Tunisie

### Gill Gyte

Représentante des patientes  
Groupe Cochrane Grossesse et accouchement  
Liverpool Women's NHS Foundation Trust  
Liverpool, Royaume-Uni

### Rintaro Mori

Directeur  
Department of Health Policy  
National Research Institute for Child Health and Development  
Tokyo, Japon

### Lynnette Neufeld

Directrice  
Suivi, apprentissage et recherche  
Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN)  
Genève, Suisse

### Lisa M. Noguchi

Conseillère principale en santé maternelle  
Maternal and Child Survival Program  
Washington, DC, États-Unis d'Amérique

### Nafissa Osman

Directrice  
Academic Department of Obstetrics and Gynaecology  
Faculty of Medicine  
Eduardo Mondlane University  
Maputo, Mozambique

### Erika Ota

Chercheur  
National Center for Child Health and Development  
Tokyo, Japon

**Tomas Pantoja**

Médecin généraliste  
Département de médecine générale  
Faculté de médecine  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Santiago, Chili

**Robert Pattinson**

Professeur  
University of Pretoria  
Medical Research Council  
Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies  
Arcadia, Afrique du Sud

**Kathleen Rasmussen**

Professeur  
Division of Nutritional Sciences  
Cornell University  
Ithaca, New York, États-Unis d'Amérique

**Niveen Abu Rmeileh**

Directeur  
Institute of Community and Public Health  
Birzeit University  
Cis-Jordanie et Bande de Gaza

**Harshpal Singh Sachdev**

Professeur  
Sitaram Bhartia Institute of Science and Research  
New Delhi, Inde

**Rusidah Selamat**

Directeur adjoint (Opérations)  
Département Nutrition  
Ministère de la Santé de Malaisie  
Putrajaya, Malaisie

**Charlotte Warren**

Attaché principal  
Population Council  
Washington, DC, États-Unis d'Amérique

**Charles Wisonge**

Professeur d'épidémiologie clinique & Directeur adjoint  
Centre for Evidence-based Health Care  
Faculty of Medicine and Health Sciences  
Stellenbosch University  
Cape Town, Afrique du Sud

**Observateurs****Debbie Armbruster**

Conseillère principale en Santé maternelle  
Département Santé de la mère et de l'enfant  
Bureau de la Santé mondiale  
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)  
Washington, DC, États-Unis d'Amérique

**Diogo Ayres-De-Campos**

Professeur associé  
Département d'obstétrique et de gynécologie  
Faculté de médecine  
Université de Porto  
Porto, Portugal

**Rita Borg-Xuereb**

Confédération internationale des sages-femmes  
Chef du Département Soins obstétricaux  
Faculty of Health Sciences  
University of Malta  
Msida, Malte

**Luc de Bernis**

Conseiller principal Santé maternelle  
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)  
Genève, Suisse

**France Donnay**

Administratrice principale de programme  
Fondation Bill & Melinda Gates  
Seattle, Washington, États-Unis d'Amérique

**Karen Fogg**

Département Santé de la mère et de l'enfant  
Bureau de la Santé mondiale  
USAID  
Washington, DC, États-Unis d'Amérique

**Roland Kupka**

Conseiller principal, Micronutriments  
Section Nutrition  
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)  
New York, New York, États-Unis d'Amérique

**Chittaranjan Narahari Purandare**

Président  
Fédération internationale de gynécologie - obstétrique (FIGO)  
Mumbai, Inde

## Groupe de travail technique

### **Edgardo Abalos**

Vice-directeur  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)  
Rosario, Argentine

### **Monica Chamillard**

Obstétricienne et gynécologue  
CREP  
Rosario, Argentine

### **Virginia Diaz**

Obstétricienne et gynécologue  
CREP  
Rosario, Argentine

### **Soo Downe**

Professeur d'obstétrique  
University of Central Lancashire  
Preston, Lancashire, Royaume-Uni

### **Kenneth Finlayson**

Assistant de recherche principal  
Études d'obstétrique  
University of Central Lancashire  
Preston, Lancashire, Royaume-Uni

### **Claire Glenton**

Chercheur principal  
Unité de Santé mondiale  
Institut norvégien de Santé publique  
Oslo, Norvège

### **Ipek Gurol-Urganci**

Chargé de cours, Recherche sur les services de santé  
London School of Hygiene & Tropical Medicine  
London, Royaume-Uni

### **Khalid S. Khan**

Professeur, Santé des femmes et épidémiologie  
The Blizard Institute  
London, Royaume-Uni

### **Theresa Lawrie**

Consultante  
Evidence-based Medicine Consultancy  
Bath, Royaume-Uni

### **Simon Lewin**

Chercheur principal  
Unité de Santé mondiale  
Institut norvégien de Santé publique  
Oslo, Norvège

### **Ewelina Rogozinska**

Coordonnatrice de projet  
Unité de recherche sur la santé des femmes  
Queen Mary University of London  
Barts and The London School of Medicine and Dentistry  
Londres, Royaume-Uni

### **Inger Scheel**

Chercheur principal  
Unité de Santé mondiale  
Institut norvégien de Santé publique  
Oslo, Norvège

## Bureaux régionaux de l'OMS

### Bureau régional de l'Afrique

#### **Leopold Ouedraogo**

Conseiller régional  
Recherche et développement du programme en santé  
reproductive  
Groupe Promotion de la santé

### Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la santé (OPS)

#### **Susan Serruya**

Directeur  
Latin American Center for Perinatology, Women and  
Reproductive Health (CLAP/WR)

### Bureau régional de l'Europe

#### **Gunta Lazdane**

Administrateur de programme  
Département Santé sexuelle et reproductive  
Maladies non transmissibles et promotion de la santé  
durant la vie entière

### Bureau régional du Pacifique occidental

#### **Mari Nagai**

Conseiller technique  
Santé reproductive et maternelle  
Unité Santé reproductive de la mère, du nouveau-né, de  
l'enfant et de l'adolescent

### Bureau régional de la Méditerranée orientale

#### **Karima Gholbzouri**

Médecin-chef  
Santé reproductive des femmes

### Bureau régional de l'Asie du sud-est

#### **Neena Raina**

Coordonnateur  
Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

## Siège de l'OMS (Genève, Suisse)

### Emma Allanson

Consultant  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

### Maurice Bucagu

Médecin-chef, Services de Santé maternelle  
Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent  
Unité Politique, planification et programme

### Sarah de Masi

Conseiller technique  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

### Pura Rayco-Solon

Épidémiologiste  
Département Nutrition pour la santé et le développement  
Équipe Bases factuelles et orientations programmatiques

### Lisa Rogers

Conseiller technique  
Département Nutrition pour la santé et le développement  
Équipe Bases factuelles et orientations programmatiques

### Joshua Vogel

Conseiller technique  
Département Santé et recherche génésique  
Équipe Santé maternelle et périnatale et prévention des avortements à risque

### Zita Weise

Conseiller technique  
Département Nutrition pour la santé et le développement  
Équipe Bases factuelles et orientations programmatiques

## Examineurs externes

### Yacouba Yaro

Directeur général  
Centre d'étude, de recherche et de formation pour le développement économique et social (CERFODES)  
Ouagadougou, Burkina Faso

### Tamar Kabakian

Professeur associé  
Health Promotion and Community Health Department  
Faculty of Health Sciences  
American University of Beirut  
Beyrouth, Liban

### Petr Velebil

Obstétricien  
Centre périnatal de l'Institut des soins de la mère et de l'enfant  
Prague, République tchèque

### Rodolfo Gomez

Conseiller en santé reproductive  
Latin American Center for Perinatology, Women and Reproductive Health (CLAP/WR)  
Montevideo, Uruguay

## Annexe 2: Autres directives de l'OMS comportant des recommandations pertinentes pour les soins prénatals systématiques

Titre de la directive de l'OMS	Année de publication	Département de l'OMS responsable	Approche
1. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale	2010	Divers départements de l'OMS et représentants régionaux	La recommandation relative aux soins prénatals a été adaptée pour la directive sur les soins prénatals et intégrée dans celle-ci.
2. Directive : Supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte	2011	Département Nutrition pour la santé et le développement (NHD) Département Santé et recherche génésique (RHR) Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA)	La nouvelle recommandation dans la directive sur les soins prénatals remplace la recommandation de cette directive de 2011.
3. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie	2014	RHR, MCA	Vérification croisée de la cohérence
4. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes	2011	MCA, RHR, Département Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH), Pour une grossesse à moindre risque	Référencée
5. Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OptimizeMINH)	2013	RHR	La recommandation relative aux soins prénatals a été adaptée pour la directive sur les soins prénatals et intégrée dans celle-ci.
6. Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women	2012	NHD, RHR, MCA	La nouvelle recommandation dans la directive sur les soins prénatals remplace la recommandation de cette directive de 2012.
7. Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women	2012	NHD, RHR, MCA	La nouvelle recommandation dans la directive sur les soins prénatals remplace la recommandation de cette directive de 2012.
8. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women	2012	NHD, RHR, MCA	La nouvelle recommandation dans la directive sur les soins prénatals remplace la recommandation de cette directive de 2012.
9. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy	2013	Prévention et prise en charge des maladies chroniques, RHR	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.

Titre de la directive de l'OMS	Année de publication	Département de l'OMS responsable	Approche
10. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women	2013	RHR	Vérification croisée de la cohérence
11. Guideline: calcium supplementation in pregnant women	2013	NHD	La nouvelle recommandation dans la directive sur les soins prénatals remplace la recommandation de cette directive de 2013.
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations	2013	Groupe stratégique consultatif d'experts pour la tuberculose	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.
13. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy	2013	Département Prévention des maladies non transmissibles	Les recommandations en rapport avec les soins prénatals ont été intégrées dans la directive sur les soins prénatals.
14. Guidelines for the identification of substance use and substance use disorders in pregnancy	2014	Département Santé mentale et abus de substances psychoactives	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.
15. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health	2014	MCA	Référéncée
16. Guidelines for the treatment of malaria	2015	Programme mondial de lutte antipaludique	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.
17. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV	2015	Département VIH	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.
18. Consolidated guidelines on HIV testing services	2015	Département VIH	La recommandation en rapport avec les soins prénatals a été intégrée dans la directive sur les soins prénatals.
19. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections	2015	RHR	Référéncée
20. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health	2015	MCA	Référéncée et vérification croisée de la cohérence
21. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups	2016	OMS, Unité Bases factuelles et orientations programmatiques, NHD, Chimiothérapie préventive et lutte contre la transmission, Département Lutte contre les maladies tropicales négligées	Référéncée et vérification croisée de la cohérence

## Annexe 3: Résumé des déclarations d'intérêt des membres du Groupe d'élaboration de la directive et solutions apportées

Nom	Expertise	Déclaration d'intérêt	Conflit d'intérêt et sa gestion
<b>Dr Ariful Alam</b>	Nutrition, systèmes de santé	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Françoise Cluzeau</b>	Synthèse des preuves et élaboration de la directive en utilisant l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Luz Maria De-Regil</b>	Nutrition, épidémiologie, examens systématiques, mise en œuvre de programmes	Employée à temps plein de l'Initiative pour les micronutriments et membre du groupe de travail qui a conseillé la recommandation sur la nutrition du FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).	Le conflit n'a pas été considéré comme suffisamment important pour avoir une incidence sur l'appartenance au groupe d'élaboration de la directive ou la participation aux consultations techniques.
<b>Dr Atf Ghérissi</b>	Examens systématiques, preuves qualitatives, santé maternelle et périnatale, santé communautaire	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Mrs Gill Gyte</b>	Représentante des patientes, grossesse et accouchement	Travail volontaire pour le groupe Cochrane Grossesse et accouchement, qui est financé par le ministère de la Santé du Royaume-Uni.	Le conflit n'a pas été considéré comme suffisamment important pour avoir une incidence sur l'appartenance au GDG ou la participation aux consultations techniques.
<b>Dr Rintaro Mori</b>	Périnatalogie, néonatalogie, examens systématiques, synthèse des preuves et élaboration de la directive en utilisant la méthode GRADE	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Prof. Jim Neilson</b>	Obstétrique générale, périnatalogie, gynécologie, examens systématiques, synthèse des preuves et élaboration de la directive en utilisant la méthode GRADE	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Lynnette Neufeld</b>	Micronutriments, programmes, épidémiologie	L'employeur précédent a reçu un financement du Gouvernement canadien pour concevoir et mettre en œuvre des programmes fer/acide folique et d'autres programmes en lien avec l'alimentation pendant la grossesse ; a conçu des projets de démonstration avec des partenaires locaux et des institutions universitaires pour intégrer des interventions nutritionnelles dans les soins prénatals.	Le conflit n'a pas été considéré comme suffisamment important pour avoir une incidence sur l'appartenance au groupe d'élaboration de la directive ou la participation aux consultations techniques.
<b>Prof. Nafissa Osman</b>	Obstétrique et gynécologie, recherche sur la mise en œuvre	Aucune déclaration	Sans objet

Nom	Expertise	Déclaration d'intérêt	Conflit d'intérêt et sa gestion
<b>Prof. Bob Pattinson</b>	Obstétrique et gynécologie, prestations de soins, synthèse des preuves	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Erika Ota</b>	Nutrition, synthèse des preuves, élaboration de la directive	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Kathleen Rasmussen</b>	Alimentation de la mère et de l'enfant	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Niveen Abu Rmeileh</b>	Santé communautaire et publique, épidémiologie statistique	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Prof. H.P.S. Sachdev</b>	Pédiatrie, nutrition, synthèse des preuves	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Ms Rusidah Selamat</b>	Alimentation de la mère et du nourrisson, programmes communautaires, recherche sur la mise en œuvre	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Lisa Noguchi</b>	Soins obstétricaux, prestations de soins, mise en œuvre de programmes scientifiques	Conseillère technique de l'étude sur les soins prénatals de groupe financée par la Fondation Bill & Melinda Gates afin de promouvoir l'accouchement dans des établissements de santé ; frais de voyage réglés par le Programme concernant la survie de la mère et de l'enfant.	Le conflit n'a pas été considéré comme suffisamment important pour avoir une incidence sur l'appartenance au groupe d'élaboration de la directive ou la participation aux consultations techniques.
<b>Dr Tomas Pantoja</b>	Obstétrique et gynécologie, systèmes de santé	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Dr Charlotte Warren</b>	Santé maternelle et périnatale, examens systématiques, recherche sur la mise en œuvre	Aucune déclaration	Sans objet
<b>Prof. Charles Wisonge</b>	Systèmes de santé, examens systématiques, prestations de soins	Aucune déclaration	Sans objet

# Annexe 4: Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals

Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals				
	À connaître	À faire	À avoir	À prendre en compte
<b>A. Interventions nutritionnelles</b>				
<b>A.1.1.</b> Conseils en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentation saine et activité physique dans le contexte local</li> <li>Prévalence du surpoids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Temps et espace pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questions liées au sexe et attentes culturelles des femmes</li> <li>Sécurité alimentaire locale</li> </ul>
<b>A.1.2.</b> Éducation nutritionnelle sur l'augmentation de l'apport énergétique et protéique quotidien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le contexte concerné comprend une population sous-alimentée</li> <li>Comment conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités pour les prestataires de soins prénatals sur les conseils nutritionnels</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>
<b>A.1.3.</b> Supplémentation nutritionnelle énergétique et protéique dans les populations sous-alimentées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce que signifie supplémentation énergétique et protéique équilibrée</li> <li>Ce qui est disponible localement pour y parvenir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités pour les prestataires de soins prénatals sur les conseils en alimentation</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>
<b>A.1.4.</b> Forte supplémentation en protéines dans les populations sous-alimentées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle est utilisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle est utilisée, déconseiller une forte supplémentation en protéines pendant la grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>
<b>A.2.</b> Suppléments de fer et d'acide folique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que le fer et l'acide folique sont toujours recommandés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> <li>Distribution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moment d'administration de la dose de fer vs la dose de calcium</li> <li>Distribution communautaire</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>
<b>A.3.</b> Suppléments de calcium	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si l'apport alimentaire en calcium est faible dans la population locale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> <li>Distribution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moment d'administration de la dose de fer vs la dose de calcium</li> <li>Distribution communautaire</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>
<b>A.4.</b> Suppléments de vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la cécité nocturne est endémique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> <li>Distribution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directive de référence existante</li> <li>Distribution communautaire</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>

<b>Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals</b>				
	<b>À connaître</b>	<b>À faire</b>	<b>À avoir</b>	<b>À prendre en compte</b>
<b>A.10.</b> Restriction de la prise de caféine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la consommation de caféine entre généralement dans les habitudes alimentaires locales des femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Temps et espace pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questions liées au sexe et attentes culturelles des femmes</li> <li>Délégation de tâches</li> </ul>
<b>B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus</b>				
<b>B.1. Évaluation de l'état de la mère</b>				
<b>B.1.1.</b> Diagnostic de l'anémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle méthode est en place pour le diagnostic de l'anémie</li> <li>Quelle méthode est applicable pour commencer</li> <li>Comment interpréter et prendre en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecter des échantillons</li> <li>Suivre les instructions du kit</li> <li>Respecter les normes de lutte contre l'infection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité à effectuer les tâches</li> <li>Kits</li> <li>Assurance de la qualité/contrôle de la qualité (AQC) pour tous les tests de laboratoire</li> <li>Produits pour le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passer à la numération formule sanguine complète ou à la méthode avec hémoglobinomètre, si c'est faisable</li> </ul>
<b>B.1.2.</b> Diagnostic de la bactériurie asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle méthode est en place pour le diagnostic de la bactériurie asymptomatique</li> <li>Quelle méthode est applicable pour commencer</li> <li>Comment interpréter et prendre en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecter des échantillons</li> <li>Suivre les instructions du kit</li> <li>Respecter les normes de lutte contre l'infection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité à effectuer les tâches</li> <li>Kits</li> <li>AQC pour tous les tests de laboratoire</li> <li>Produits pour le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels niveaux de soins sont applicables pour chaque type de test, la référence en termes de sensibilité étant la culture d'urine, mais les bandelettes réactives étant suffisantes dans les établissements ne disposant pas des capacités</li> </ul>
<b>B.1.3.</b> Dépistage de la violence du partenaire sexuel (VPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources locales disponibles pour faire face à la VPS si elle est identifiée pendant les soins prénatals</li> <li>Comment se renseigner pour savoir si les exigences minimales de l'OMS sont satisfaites<sup>b</sup></li> <li>Directives et politiques au niveau du pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interroger à propos de la VPS</li> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestateurs bien formés pour la réponse de première intention</li> <li>Ressources et mécanismes d'orientation vers un centre spécialisé en place</li> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Espace suffisant pour conseiller en toute confidentialité</li> <li>Compétences pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir des liens avec des services de soutien et des services sociaux s'ils ne sont pas déjà en place</li> </ul>
<b>B.1.4.</b> Diagnostic du diabète gestationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directives/hormes nationales de soins</li> <li>Directive pour la prise en charge en cas de résultats anormaux</li> <li>Informations sur le contexte local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils et tests</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanismes et systèmes pour effectuer des tests et recevoir les résultats</li> <li>Temps et espace pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Gestion des produits pour la solution de glucose orale et des fournitures pour les tests</li> <li>AQC</li> <li>Algorithme clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directive de référence existante</li> <li>Faisabilité et acceptabilité des stratégies de dépistage</li> </ul>

a Les recommandations A.5-A.9 ne sont pas incluses car les interventions qui ne sont pas recommandées sont exclues du tableau des considérations pour la mise en œuvre.

b Les exigences minimales sont : un protocole/une procédure opératoire normalisée ; une formation sur la façon d'interroger à propos de la VPS et de fournir une réponse minimale ou plus ; des conditions d'intimité ; la garantie de la confidentialité ; un système d'orientation vers un centre spécialisé en place ; et du temps pour permettre la révélation des faits de manière appropriée.

## Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals

	À connaître	À faire	À avoir	À prendre en compte
<b>B.1.5.</b> Dépistage du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment dépister/interroger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Temps pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questions liées au sexe et aux normes culturelles pour les attentes des femmes</li> <li>Délégation de tâches</li> </ul>
<b>B.1.6.</b> Dépistage de la consommation d'alcool et de substances psychoactives	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informations sur le contexte local</li> <li>Normes locales et attitudes liées à ces risques</li> <li>Se reporter à la directive OMS spécifique<sup>c</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils et tests</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps et espace pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directive de référence existante</li> <li>Contexte culturel et normes locales, impact du sexe</li> <li>Impact du questionnement systématique dans des contextes spécifiques</li> <li>Délégation de tâches</li> <li>Conseils en groupe</li> </ul>
<b>B.1.7.</b> Dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tester à nouveau les femmes dans les contextes de prévalence élevée ou dans les groupes à haut risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils et tests</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produits de test</li> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Lien vers le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Délégation de tâches</li> </ul>
<b>B.1.8.</b> Dépistage de la tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévalence de la tuberculose dans la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reporter à la directive OMS spécifique<sup>d</sup></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager d'avoir une colonne dans le dossier pour le dépistage de la tuberculose pendant la grossesse afin de permettre une meilleure estimation de la charge locale de la tuberculose pendant la grossesse</li> </ul>
<b>B.2. Évaluation du fœtus</b>				
<b>B.2.1.</b> Comptage quotidien et systématique des mouvements du fœtus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le comptage quotidien et systématique des mouvements du fœtus est conseillé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si les prestataires de soins prénatals conseillent systématiquement un dénombrement quotidien des mouvements du fœtus, leur dire d'y renoncer en raison du manque de preuves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>
<b>B.2.2.</b> Mesure de la hauteur utérine (HU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles méthodes sont utilisées pour l'évaluation de la croissance fœtale et de l'âge gestationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuer à inclure l'évaluation de l'âge gestationnel et de la croissance (par mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne ou par palpation clinique) lors des contacts de soins prénatals et dans la documentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'avantages prouvés du passage à la mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne dans les contextes où elle n'est pas pratiquée actuellement</li> </ul>

c WHO guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).

d Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf), consulté le 28 septembre 2016).

<b>Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals</b>				
	<b>À connaître</b>	<b>À faire</b>	<b>À avoir</b>	<b>À prendre en compte</b>
<b>B.2.3.</b> Cardiotocographie prénatale systématique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la cardiotocographie prénatale systématique est pratiquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle est pratiquée, indiquer aux prestataires d'y renoncer dans leur pratique en raison du manque de preuves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>
<b>B.2.4.</b> Échographie systématique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau du système de santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre des prestataires d'échographie et leur capacité à agir en tant que prestataires et formateurs/tuteurs</li> <li>Nombre d'appareils fonctionnels disponibles et répartition géographique</li> <li>Réglementation concernant l'utilisation de l'échographie</li> <li>Cadres - qui peut l'effectuer ?</li> <li>Formation préalable et autre certification disponibles</li> </ul> </li> <li>Niveau des prestataires               <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation pour effectuer une échographie ou orienter vers un centre spécialisé</li> <li>Comment interpréter les résultats et conseiller</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau du système de santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer les contextes et le calendrier appropriés pour l'introduction de l'échographie</li> <li>Se procurer les appareils</li> <li>Plan de renforcement des capacités</li> </ul> </li> <li>Niveau des prestataires               <ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer ou orienter vers un centre spécialisé</li> <li>Documenter les résultats</li> <li>Fournir des recommandations sur la façon d'estimer l'âge gestationnel et la date de l'accouchement, selon la certitude au sujet des dernières règles et l'âge gestationnel estimé au moment de l'échographie, par exemple Manuel de diagnostic de l'OMS pour l'échographie<sup>e</sup> et les directives de l'American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM)<sup>f</sup></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau du système de santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>Transport pour les femmes si les services ne sont pas suffisamment décentralisés</li> <li>Cadres possédant les compétences pour fournir des services de qualité</li> </ul> </li> <li>Niveau de l'établissement               <ul style="list-style-type: none"> <li>Appareils</li> <li>Mécanisme pour examiner les résultats et obtenir les rapports</li> <li>Contrats de maintenance pour les appareils</li> <li>Protection contre les surtensions</li> <li>Alimentation électrique</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Sécurité et protection environnementale pour les appareils coûteux</li> <li>Place pour l'appareil</li> <li>Fourniture de gel pour échographie</li> <li>Personnel et fournitures pour maintenir le matériel propre</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> <li>Coût - achat, maintenance, formation, impact du transfert de ressources allouées à des postes de dépenses clés au profit de l'échographie</li> <li>Disponibilité/faisabilité locale de contrats de maintenance des appareils, en particulier dans les zones qui n'étaient pas jugées prioritaires précédemment pour le développement du marché de l'échographie</li> <li>Alimentation électrique - disponibilité et stabilité</li> <li>Protection contre les surtensions qui peuvent endommager durablement les appareils</li> <li>Fragilité extrême des sondes échographiques (une chute sur un sol en béton peut nécessiter l'achat d'une nouvelle sonde qui coûte des milliers de dollars)</li> <li>Bénéfices relatifs comparés à d'autres interventions</li> <li>Charge pour la mère</li> <li>Charge pour les prestataires et l'établissement</li> <li>Élaboration d'autres solutions permettant de fournir des services qui n'entraînent pas de déplacements ni de dépenses afférentes pour les femmes</li> <li>Études de faisabilité dans des contextes où l'échographie n'est pas largement disponible</li> <li>Études sur la qualité des échographies</li> </ul>
<b>B.2.5.</b> Échographie Doppler systématique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si l'échographie Doppler systématique est pratiquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle est pratiquée, indiquer aux prestataires d'y renoncer ou de l'envisager dans un contexte de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte de recherche</li> </ul>

e Manual of diagnostic ultrasound, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/medical\\_devices/publications/manual\\_ultrasound\\_pack1-2/en/](http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/), accessed 21 October 2016).

f AIUM practice parameter for the performance of obstetric ultrasound examinations. Laurel (MD): American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM); 2013 (<http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>, accessed 21 October 2016).

## Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals

	À connaître	À faire	À avoir	À prendre en compte
<b>C. Mesures préventives</b>				
<b>C.1.</b> Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>En quoi consiste la bactériurie asymptomatique et comment la diagnostiquer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription</li> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des produits</li> <li>Compétences pour conseiller</li> <li>Temps et espace pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités pour les prestataires dans des contextes dans lesquels ce concept et cette pratique ne sont pas familiers – avantages du traitement, risques de l'absence de traitement, utilisation responsable des antibiotiques/éviter la résistance</li> </ul>
<b>C.2.</b> Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle est actuellement pratiquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indiquer d'y renoncer, si nécessaire</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte de recherche</li> </ul>
<b>C.3.</b> Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui est pratiqué dans le contexte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spécifique au contexte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité du typage sanguin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte de recherche</li> <li>Cette pratique est systématique dans de nombreux contextes de ressources élevées ; cependant d'autres preuves sont nécessaires</li> </ul>
<b>C.4.</b> Traitement anthelminthique préventif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endémicité locale des helminthiases</li> <li>Statut local des programmes de réduction de l'infestation par des vers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer ou non selon le contexte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Task shifting</li> <li>Community-based distribution</li> </ul>
<b>C.5.</b> Vaccination par l'anatoxine tétanique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que cette pratique est toujours recommandée</li> <li>Prévalence locale du tétanos néonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir des vaccins selon les recommandations établies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager des interventions d'amélioration de la qualité en cas de lacunes dans la couverture</li> <li>NOTE : se reporter au calendrier d'administration de doses de la directive OMS 2006 sur la vaccination maternelle contre le tétanos<sup>g</sup></li> </ul>
<b>C.6.</b> Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voir les recommandations détaillées pour la mise en œuvre dans la directive spécifique de l'OMS sur le paludisme<sup>h</sup></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Nouvelle preuve concernant la délégation de tâches à la distribution communautaire</li> <li>Façons de garantir que les femmes reçoivent la première dose à 13 semaines de gestation</li> </ul>

<sup>g</sup> Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 11. Genève: Department of Making Pregnancy Safer, Organisation mondiale de la Santé; 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf), consulté le 28 septembre 2016).

<sup>h</sup> Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>, consulté le 10 octobre 2016).

### Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals

	À connaître	À faire	À avoir	À prendre en compte
<b>C.7.</b> Prophylaxie orale préexposition pour la prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau du système de santé : statut des directives nationales de la prophylaxie préexposition et si elles incluent les femmes enceintes, qui est à considérer comme présentant un risque important d'infection par le VIH, les obstacles socioculturels à l'utilisation des antirétroviraux (ARV) par les femmes enceintes non infectées par le VIH, la disponibilité des prestataires pour conseiller et assurer des formations, la disponibilité des ARV, le coût pour les patientes, la capacité des laboratoires à réaliser les tests de base recommandés et les tests de suivi de la fonction rénale</li> <li>Niveau des prestataires : comment initier et assurer le suivi, comment reconnaître la toxicité rénale, quand interrompre la prophylaxie préexposition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau du système de santé : plan de renforcement des capacités</li> <li>Niveau des prestataires : prescrire et/ou distribuer ; conseils sur les risques, bénéfices et autres solutions pour poursuivre la prophylaxie préexposition pendant la grossesse et l'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des produits</li> <li>Temps et espace pour conseiller, distribuer de manière confidentielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleurs mécanismes pour le contexte (soins prénatals vs autre intervention)</li> <li>Stigmatisation liée à l'utilisation des ARV</li> <li>Effets sociaux négatifs potentiels pour les femmes enceintes, notamment VPS</li> <li>Preuves attendues de l'étude du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) sur la sécurité et la faisabilité d'une prophylaxie préexposition pendant la grossesse</li> <li>Recherches supplémentaires recommandées par l'OMS et d'autres organisations</li> <li>Coûts et fréquence des ruptures de stock - distribution de médicaments pour le traitement vs la prophylaxie préexposition</li> </ul>
<b>D. Interventions face à des signes cliniques courants</b>				
<b>D.1-6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes culturelles liées au traitement, pratiques nuisibles vs non nuisibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps pour conseiller</li> <li>Compétences pour conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités des prestataires de soins prénatals pour conseiller et écouter, soins centrés sur la femme, etc.</li> </ul>
<b>E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité es soins prénatals</b>				
<b>E.1.</b> Notes de consultation détenues par les femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui est actuellement utilisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que les notes de consultation soient disponibles dans un langage approprié et adapté au niveau d'instruction correspondant au contexte</li> <li>Adapter les notes de consultation au contexte</li> <li>Veiller à la durabilité des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des produits</li> <li>Ressources pour la production</li> <li>Méthode pour conserver des copies dans l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le format approprié</li> <li>S'il est nécessaire d'exclure certaines informations personnelles pour éviter une stigmatisation</li> </ul>

## Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals

	<b>À connaître</b>	<b>À faire</b>	<b>À avoir</b>	<b>À prendre en compte</b>
<b>E.2.</b> Continuité des soins sous la direction de sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel modèle de soins est actuellement utilisé</li> <li>S'il y a un nombre suffisant de sages-femmes formées</li> <li>Si des ressources sont disponibles ou peuvent être réattribuées pour faciliter ce modèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulter tous les acteurs concernés pertinents, y compris les départements de ressources humaines et les organismes professionnels</li> <li>Évaluer les besoins de formation supplémentaire du modèle de continuité des soins sous la direction de sages-femmes</li> <li>Veiller à ce qu'un système d'orientation vers des centres spécialisés soit en place</li> <li>Contrôler la charge de travail et le surmenage des sages-femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un programme de prestation de soins obstétricaux performant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies pour élever la qualité et le nombre de sages-femmes en activité</li> <li>Façons d'assurer une continuité des soins par l'intermédiaire d'autres prestataires de soins, par exemple des agents de santé non professionnels</li> <li>Si un modèle de continuité de soins individuels prodigués par une sage femme ou un modèle de continuité de soins prodigués par des sages-femmes travaillant en équipe est plus approprié</li> </ul>
<b>E.3.</b> Soins prénatals de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes culturelles et préférences des femmes concernant les soins prénatals de groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager une évaluation dans un contexte de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établissements appropriés pour organiser des séances de groupe, notamment l'accès à des pièces spacieuses, bien ventilées ou des espaces abrités avec des sièges appropriés et une zone privée pour les examens individuels</li> <li>Prestataires formés à l'animation de groupe et à la communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte de recherche</li> </ul>
<b>E.4.</b> Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caractéristiques démographiques et normes culturelles de la communauté</li> <li>Qui sont les acteurs clés dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former des animateurs compétents pour des séances de groupe, l'organisation de réunions publiques et en techniques de communication</li> <li>Veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'animateurs et de ressources pour les soutenir</li> <li>Former des volontaires communautaires/agents de santé non professionnels pour identifier les femmes enceintes dans la communauté et encourager leur participation</li> <li>Veiller à ce que les préférences individuelles des femmes soient respectées, par exemple en ce qui concerne l'implication de leur partenaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espaces pour que le groupe puisse se réunir</li> <li>Matériel éducatif approprié sur le plan culturel et éducatif, par exemple, vidéos, tableau à feuilles mobiles, brochures et/ou fiches illustrées</li> <li>Supervision et suivi continus des animateurs</li> <li>Ressources, par exemple personnel supplémentaire, transport et budget pour le matériel, pour les initiatives de mobilisation communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appropriate format and language of Forme et langage appropriés de communication</li> <li>Si les hommes et les femmes doivent se réunir ensemble ou séparément</li> <li>Offrir aux femmes un ensemble d'opportunités pour la communication et le soutien de façon à tenir compte de leurs préférences et situations individuelles</li> <li>Mettre en œuvre des interventions de renforcement du système de santé, telles que la formation du personnel et l'amélioration du matériel, des transports, fournitures, etc.</li> </ul>

Considérations liées à la mise en œuvre des recommandations de la directive sur les soins prénatals				
	À connaître	À faire	À avoir	À prendre en compte
<b>E.5.</b> Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation de tâches	<ul style="list-style-type: none"> <li>La délégation de tâches permet une flexibilité dans certains contextes, mais les décideurs doivent s'efforcer d'assurer la continuité des soins sous la direction de sages-femmes pour toutes les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner un mandat clair aux professionnels de santé impliqués dans la délégation de tâches</li> <li>Veiller à ce que les agents de santé non professionnels soient intégrés dans le système de santé et bénéficient d'une supervision appropriée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision et suivi continus</li> <li>Gestion des produits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reporter à la directive spécifique de l'OMS sur la délégation de tâches<sup>i</sup></li> </ul>
<b>E.6.</b> Recrutement et fidélisation du personnel dans les zones rurales et reculées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reporter à la directive spécifique de l'OMS sur le recrutement et la fidélisation<sup>i</sup></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>De nombreuses femmes enceintes préfèrent être soignées par des femmes professionnelles de santé</li> <li>La sécurité personnelle peut influencer sur la décision d'une femme professionnelle de santé de postuler des postes en zone rurale et d'y rester</li> <li>Rotation des agents de santé de zones urbaines vers les zones rurales et vice versa</li> <li>S'accorder à l'avance sur les termes et la période de l'affectation en zone rurale</li> </ul>
<b>E.7.</b> Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calendrier et contenu des contacts de soins prénatals</li> <li>Comment s'adapter aux contextes locaux, par exemple, quelles sont les recommandations spécifiques au contexte ? quelles sont les tâches qui peuvent être déléguées ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer un soutien national pour un nombre accru de contacts de soins prénatals</li> <li>Mener des activités de sensibilisation communautaire</li> <li>Impliquer les institutions de formation initiale et les organismes professionnels</li> <li>Évaluer les implications spécifiques au contexte en termes de ressources (personnel, infrastructures, matériel, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification à long terme et création de ressources</li> <li>Formation et supervision des prestataires pour les interventions nouvellement introduites</li> <li>Documents de travail actualisés (par exemple, notes de consultation) qui intègrent les changements</li> <li>Cursus de formation aux soins prénatals et manuels cliniques actualisés</li> <li>Supervision et suivi continus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réorganisation des services pour réduire les temps d'attente</li> <li>D'autres éléments à prendre en compte figurent dans le chapitre 4 de la directive sur les soins prénatals (Mise en œuvre de la directive et des recommandations sur les soins prénatals)</li> </ul>

i WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 ([www.optimizemnh.org](http://www.optimizemnh.org), consulté le 10 octobre 2016).

j Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale de la Santé ; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>, consulté le 10 octobre 2016).



Pour plus d'informations, contacter :

**Département Santé et Recherche génésiques**

Organisation Mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27  
Suisse  
Fax : +41 22 791 4171  
Courriel : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)  
Site Internet : [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

**Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent**

Organisation Mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27  
Suisse  
Tél : +41 22 791 3281  
Fax : +41 22 791 4853  
Courriel : [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int)  
Site Internet : [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

**Département de Nutrition pour la santé et le développement**

Organisation Mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27  
Suisse  
Fax : +41 22 791 4156  
Courriel : [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)



**Organisation  
mondiale de la Santé**

ISBN 978 92 4 254991 1

