

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

Résumé d'orientation

La façon dont les femmes vivent les soins est essentielle pour transformer les soins prénatals et favoriser la prospérité des familles et des communautés



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.

Introduction

La vision de l'Organisation mondiale de la Santé (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 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 efficient, 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 lignes directrices 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 valeurs, 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 lignes directrices (GDG) – 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 lignes directrices de l'OMS ont mis au point 39 recommandations concernant cinq types d'intervention : A. Interventions nutritionnelles, B. Évaluation maternelle et fœtale ; C. Mesures préventives ; D. Interventions face à des symptômes physiologiques courants ; et E. Interventions des systèmes de santé 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 ligne directrice 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 lignes directrices 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 ligne directrice.

Les groupes d'élaboration des lignes directrices ont discuté les considérations relatives à la mise en œuvre des différentes recommandations et de la ligne directrice 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 ligne directrice devront être mises en œuvre en parallèle avec d'autres activités d'amélioration de la qualité. Les produits dérivés de cette ligne directrice 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 lignes directrices et contient 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 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	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. ¹	Recommandée
	A. 1. 2 : Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition incitant à accroître la prise énergétique et protéinique est recommandée pour les femmes enceintes en vue de réduire le risque de petit poids à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte
	A. 1. 3 : Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéinique 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
	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
Suppléments de fer et d'acide folique	A. 2. 1 : Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire ² et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique ³ est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, les petits poids de naissance et les naissances avant terme. ⁴	Recommandée
	A. 2. 2 : Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire ⁵ 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 %. ⁶	Recommandation spécifique au contexte
Suppléments de calcium	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. ⁷	Recommandation spécifique au contexte

¹ 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 céréaliers complets et des fruits.

² 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.

³ 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.

⁴ Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure de l'OMS (1).

⁵ 120 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.

⁶ Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure de l'OMS (2).

⁷ Cette recommandation est compatible avec les recommandations de l'OMS de 2011 sur la prééclampsie et l'éclampsie (3) et se substitue à la recommandation de 2013 de l'OMS sur la supplémentation en calcium (4).

Suppléments de vitamine A	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 sévère, ⁸ dans le but de prévenir la cécité nocturne. ⁹	Recommandation spécifique au contexte
Suppléments de zinc	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)
Suppléments de micronutriments multiples	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
Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)	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
Suppléments de vitamines E et C	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
Suppléments de vitamine D	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. ¹⁰	Non recommandée
Restriction de la prise de caféine	A. 10 : Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), ¹¹ une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque de fausse couche et de petit poids à la naissance de l'enfant.	Recommandation spécifique au contexte
B. Évaluation maternelle et fœtale¹²	Recommandation	Type de recommandation
B.1 : Évaluation maternelle		
Anémie	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

⁸ 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 $< 0,70$ $\mu\text{mol/l}$. 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.

⁹ Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure de l'OMS (5).

¹⁰ Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure de l'OMS (6).

¹¹ Ce chiffre couvre tous les produits, boissons ou aliments contenant de la caféine (c'est-à-dire café ou thé infusé, boissons sucrés de type cola, boissons énergétiques caféinées, chocolat ou comprimés de caféine).

¹² Les preuves concernant les activités de base dans le cadre des soins prénatals telles que la prise de la tension 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 lignes directrices car ces activités sont considérées comme faisant partie des bonnes pratiques.

Bactériurie asymptomatique (BA)	B. 1. 2 : La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique (BA) 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. 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. ^{13, 14}	Recommandation spécifique au contexte
Recommandations intégrées à partir d'autres lignes directrices de l'OMS et intéressant le soin prénatal « Évaluation maternelle »		
Diabète gestationnel (DG)	B. 1. 4 : Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel (DG) ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS. ¹⁵	Recommandée
Tabagisme	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. ¹⁶	Recommandée
Consommation de substances	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. ¹⁷	Recommandée

¹³ 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.

¹⁴ Cette recommandation est compatible avec les lignes directrices cliniques et politiques de l'OMS de 2013 (7).

¹⁵ 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 de 2013 de l'OMS (8), 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.

¹⁶ Intégrée à partir des recommandations de l'OMS de 2013 (9).

¹⁷ Intégrée à partir des lignes directrices de l'OMS de 2014 (10).

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis	B. 1.7 : Dans les contextes de forte prévalence du VIH, ¹⁸ 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. ¹⁹	Recommandée
Tuberculose	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. ²⁰	Recommandation spécifique au contexte
B.2 : Évaluation du fœtus		
Décompte quotidien des mouvements du fœtus	B. 2.1 : Le décompte 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 de l'utérus depuis la symphyse pubienne	B. 2.2 : Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne 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. 2.3 : La cardiotocographie prénatale systématique ²¹ n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Échographie	B. 2.4 : 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. 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. ²²	Non recommandée

¹⁸ Les contextes de forte prévalence sont définis 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 % (11). 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.

¹⁹ Adaptée et intégrée à partir des *Consolidated guidelines on HIV testing services* de l'OMS (11).

²⁰ Adaptée et intégrée à partir des recommandations de 2013 de l'OMS (12).

²¹ 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.

²² 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.

C. Mesures préventives	Recommandation	Type de recommandation
Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique (BA)	C. 1 : Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique (BA) pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un petit poids de naissance.	Recommandée
Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes	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)
Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D	C. 3 : 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	C. 4 : Dans les zones d'endémie, ²³ 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. ²⁴	Recommandation spécifique au contexte
Vaccination par l'anatoxine tétanique	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. ²⁵	Recommandée
Recommandations intégrées à partir d'autres lignes directrices de l'OMS et pertinentes pour les soins prénatals		
Prévention du paludisme : traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPI)	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. ²⁶	Recommandation spécifique au contexte

²³ Zones où le taux de prévalence de l'ensemble des géohelminthiases est supérieur à 20 %.

²⁴ Compatible avec la ligne directrice de 2016 de l'OMS (13).

²⁵ Cette recommandation est compatible avec les lignes directrices de 2006 de l'OMS (14). Le calendrier d'administration dépend de l'exposition antérieure à la vaccination antitétanique.

²⁶ Intégrée à partir des lignes directrices de 2015 de l'OMS, 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 SAN 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 (15). 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.

Prophylaxie préexposition (PrPE) pour la prévention du VIH	C. 7 : Une prophylaxie orale préexposition (PrPE) 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. ²⁷	Recommandation spécifique au contexte
D. Interventions face à des symptômes physiologiques courants	Recommandation	Type de recommandation
Nausées et vomissements	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
Brûlures d'estomac	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
Crampes dans les jambes	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
Douleurs lombaires et pelviennes	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
Constipation	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
Veines variqueuses et œdèmes	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
E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals	Recommandation	Type de recommandation
Notes de consultation détenues par les femmes	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

²⁷ Intégrée à partir des lignes directrices de 2015 de l'OMS (16). On définit un risque substantiel d'infection par le VIH comme la présence d'une incidence des infections à VIH en l'absence de PrPE 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.

Continuité des soins sous la direction de sages-femmes	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 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 maïeutique fonctionnent bien.	Recommandation spécifique au contexte
Soins prénatals de groupe	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)
Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien	E. 4. 1 : La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs (PLA) 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. ²⁸ 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
	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
Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation des tâches ²⁹	E.5.1: La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés ³⁰ 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
	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
Recrutement et rétention du personnel dans les zones rurales et reculées ³¹	E. 6 : 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	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

²⁸ Intégrée à partir des recommandations de 2014 de l'OMS (17).

²⁹ Recommandations adaptées et intégrées à partir de la ligne directrice de 2012 de l'OMS concernant l'optimisation de la SMN (18).

³⁰ Y compris la promotion des éléments suivants : comportements de recours aux soins et utilisation des SAN ; 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.

³¹ Recommandation adaptée et intégrée à partir des Recommandations pour une politique mondiale de l'OMS de 2010 (19).

Références

1. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women (non traduit en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/, consulté le 28 septembre 2016).
2. 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, consulté le 28 septembre 2016).
3. 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/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf, consulté le 29 septembre 2016).
4. 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, consulté le 28 septembre 2016).
5. 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, consulté le 29 septembre 2016).
6. 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, consulté le 4 octobre 2016).
7. 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).
8. 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/, consulté le 29 septembre 2016).
9. 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).
10. 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/, consulté le 29 septembre 2016).
11. 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, consulté le 29 septembre 2016).
12. 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, consulté le 29 septembre 2016).
13. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (sous presse).
14. 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, consulté le 28 septembre 2016).
15. 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, consulté le 28 septembre 2016).
16. 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, consulté le 29 septembre 2016).
17. 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/, consulté le 29 septembre 2016).
18. 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, consulté le 28 septembre 2016).
19. 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).



Organisation
mondiale de la Santé



UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

WHO/RHR/16.12 © Organisation mondiale de la Santé 2016

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le Département Santé reproductive et recherche, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27 (Suisse)

Courriel : reproductivehealth@who.int Site Web : www.who.int/reproductivehealth