

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

## Grandes lignes et messages clés des Recommandations 2016 de l'Organisation mondiale de la Santé pour les soins prénatals systématiques

Janvier 2018

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

### Messages clés

- Les Recommandations mondiales 2016 de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive donnent la priorité aux **soins de santé centrés sur la personne**, au **bien-être des femmes** et de leur famille, et aux issues maternelles et périnatales positives.
- Elles décrivent les principaux éléments de l'**ensemble de soins prénatals essentiels systématiques** que toutes les femmes et adolescentes enceintes devraient recevoir au cours de la grossesse.
- Ces recommandations sont **intégrées** et incluent des interventions nutritionnelles et cliniques de promotion de la santé prénatale ainsi que de prévention et de détection précoce des complications liées à la grossesse et des maladies concomitantes telles que le paludisme, le VIH et la tuberculose.
- Elles incluent également des **interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals** et visant à faire de la grossesse une expérience positive pour les femmes et les adolescentes, et notamment une recommandation en faveur d'au moins huit contacts prénatals pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.
- Les recommandations sont conçues pour offrir **adaptabilité et flexibilité** et permettre à des pays ayant des milieux, charges de morbidité, situations socio-économiques et structures sanitaires différents de les adopter et de les mettre en œuvre en tenant compte de leur contexte national et des besoins spécifiques de leur population.

### Contexte

Près de 303 000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.<sup>1</sup> Environ 2,6 millions d'enfants sont mort-nés la même année. La quasi-totalité des décès maternels (99 %) et infantiles (98 %) sont survenus dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes enceintes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité.<sup>2</sup> 60 % des mortinaissances (1,46 millions) sont survenues pendant la période prénatale et étaient principalement dues à une infection ou une hypertension maternelles non traitées et à un retard de croissance intra-utérin.<sup>3</sup>

Des données factuelles récentes suggèrent 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 entre la femme ou l'adolescente enceinte et le prestataire de soins.<sup>4</sup> Une analyse secondaire de l'essai de l'Organisation mondiale de la Santé sur les soins prénatals suggère que l'augmentation du taux de mortalité périnatale est probablement due à une augmentation des mortinaissances.<sup>5</sup>



<sup>1</sup> Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. 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):462–474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

<sup>2</sup> Mortalité maternelle : Principaux repères. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, consulté en anglais le 10 janvier 2018)

<sup>3</sup> Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, 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.

<sup>4</sup> Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu 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. *Reproductive Health*. 2013;10(1):19. doi:10.1186/1742-4755-10-19.

<sup>5</sup> Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Library*. 2015. doi:10.1002/14651858.CD000934.pub3.

Ces résultats, associés à d'autres éléments factuels, ont éclairé l'élaboration des Recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals.

Ce document d'orientation politique met en lumière les recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals et présente aux pays **des considérations politiques et programmatiques** pour leur adoption et leur mise en œuvre. Les recommandations incluent des interventions universelles et spécifiques au contexte. Les interventions recommandées concernent cinq catégories : la **nutrition** prénatale systématique, **l'évaluation de l'état de la mère et du fœtus**, les **mesures préventives**, les interventions face à des **signes cliniques** courants au cours de la grossesse, et les **interventions au niveau du système de santé** pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals.

Les recommandations 2016 de l'OMS pour **les soins prénatals systématiques** visent à compléter les directives de l'OMS existantes relatives à la prise en charge des **complications liées à la grossesse**. L'OMS considère que les bonnes pratiques cliniques, telles que le dépistage systématique des troubles de l'hypertension au cours de la grossesse grâce à la mesure régulière de la tension artérielle, le contrôle des bruits du cœur du fœtus, et les conseils de préparation à l'accouchement et de planification familiale après l'accouchement, sont établies. Dans le cadre de l'élaboration des recommandations 2016 concernant les soins prénatals, l'OMS n'a pas évalué les données factuelles concernant ces bonnes pratiques déjà en place. Les lecteurs peuvent se référer à la version complète des recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals afin de mieux comprendre les méthodes, la base factuelle et les considérations relatives à la mise en œuvre (disponible à l'adresse suivante :

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;jsessionid=8AAA4E4A1DFE0D6AE255E251D90CE91E?sequence=1>).

## Modèle OMS 2016 de soins prénatals

L'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 intégrées 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. Au vu des données montrant une augmentation de la mortalité périnatale lorsque la femme ne bénéficie que de quatre visites prénatals et qu'une augmentation du nombre de contacts prénatals, indépendamment du pays, est associée à une amélioration de la satisfaction maternelle, l'OMS **recommande un minimum de huit contacts** : cinq au troisième trimestre, un au premier trimestre et deux au deuxième trimestre (voir Tableau 1). L'OMS part du principe que chaque pays adaptera le nouveau modèle à son contexte en fonction de l'ensemble de services de soins prénatals essentiels défini et en s'appuyant sur un consensus sur les questions suivantes : *quels* sont les soins devant être fournis à chaque contact ? *Qui* dispense les soins prénatals (quelle catégorie de personnel) ? *Où* ces soins seront-ils fournis (à quel niveau du système de santé) ?, et *Comment* ces soins seront-ils fournis (plateformes) et *coordonnés* au cours des huit contacts prénatals ?

Tableau 1. Modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016	
Premier trimestre	
Contact 1 : jusqu'à 12 semaines	
Deuxième trimestre	
Contact 2 : 20 semaines	
Contact 3 : 26 semaines	
Troisième trimestre	
Contact 4 : 30 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. <i>Remarque</i> : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 semaines.	

## Interventions des systèmes de santé pour rendre l'expérience de la grossesse positive pour les femmes et les adolescentes et améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals

Les **interventions des systèmes de santé** recommandées visent à aider les pays à mettre en place les huit contacts prénatals, à assurer la continuité des soins et à tenir compte des contraintes liées au personnel de santé, et à améliorer la communication avec les femmes et le soutien qui leur est apporté. Le Tableau 2 récapitule les interventions des systèmes de santé recommandées dans tous les contextes et dans des contextes spécifiques, respectivement, ainsi que les considérations principales et la justification de chaque recommandation. **Les notes de consultation détenues par les femmes** pendant la grossesse sont recommandées universellement pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de leur grossesse. La **délégation des tâches** des activités de soins prénatals à une grande variété de catégories de prestataires, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée pour la promotion des comportements favorables à la santé, la distribution des

suppléments nutritionnels recommandés et du traitement intermittent préventif pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme. Les décideurs devront envisager des interventions sous forme de soutien professionnel pour **recruter et retenir du personnel soignant qualifié** dans les zones rurales et reculées. Des modèles de **continuité des soins sous la direction de sages-femmes** sont recommandés dans les situations où des programmes de maïeutique fonctionnant bien sont en place. Parmi les recommandations spécifiques au contexte, citons notamment : la **mobilisation communautaire** par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs et des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatales à domicile, en particulier pour les femmes vivant en milieu rural. Dans le contexte d'une recherche, les **soins prénatals de groupe** dispensés par des professionnels de santé qualifiés peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels.

**Tableau 2. Les interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals**

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<b>Recommandées quel que soit le contexte</b>	
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes 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.</li> </ul>
<b>E.5.1</b> : La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés à une grande variété de catégories de prestataires, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La délégation de tâches permet une certaine flexibilité dans la délivrance des soins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour de plus amples informations, se reporter aux recommandations intitulées <i>Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale</i> : <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/fr/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/fr/</a></li> </ul>
<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 de prestataires, y compris des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le mandat général des programmes de délégation de tâches doit être clairement défini et soutenu par les principales parties intéressées.</li> <li>Des agents de santé non professionnels doivent être identifiés et intégrés dans le système et ne doivent pas travailler seuls.</li> </ul>
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données factuelles montrent 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.</li> <li>Les recommandations 2016 ajoutent trois visites supplémentaires au cours du troisième trimestre, amenant à un total de cinq contacts, contre deux visites dans le modèle de soins prénatals ciblés. Lors des 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.</li> </ul>
<b>Recommandées dans des contextes spécifiques</b>	
<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 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 des programmes de maïeutique fonctionnant bien sont en place.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le modèle dirigé par des sages-femmes consiste à prendre en charge des femmes en bonne santé ayant une grossesse sans complication et met fortement l'accent sur les soins centrés sur la femme.</li> <li>Le déploiement et la formation des sages-femmes, un soutien continu à ces dernières, ainsi que la surveillance du nombre adéquat de sages-femmes nécessaires pour offrir des soins de qualité sont essentiels pour garantir que la philosophie du modèle soit mise en œuvre et que son application perdure.</li> </ul>

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<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. 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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, faisant partie de la solution, peuvent également jouer un rôle.</li> <li>Un faible niveau de preuve suggère que les groupes participatifs de femmes dans la prestation des services de soins prénataux peuvent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.</li> </ul>
<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 prénataux et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ces visites ne remplacent pas les soins prénataux mais elles peuvent être utiles pour assurer une continuité des soins et pour promouvoir un comportement sain.</li> <li>Des interventions renforçant le système de santé devraient être mises en œuvre parallèlement à ces interventions communautaires.</li> </ul>
<b>E.6</b> : 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette recommandation est une mise à jour de la recommandation figurant dans le document OMS de 2010 : <i>Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale</i> (<a href="http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/">http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/</a>).</li> </ul>
<b>Recommandées seulement dans le cadre d'une recherche</b>	
<b>E.3</b> : Des soins prénataux de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénataux individuels aux femmes enceintes, en fonction des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénataux de groupe soient disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements de santé doivent accueillir un nombre suffisant de femmes enceintes pour mettre en œuvre des soins prénataux de groupe car la répartition en différents groupes se fait idéalement en fonction de l'âge gestationnel.</li> <li>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.</li> </ul>

## Interventions nutritionnelles, évaluation de l'état de la mère et du fœtus, mesures préventives, et interventions face à des signes cliniques courants

Outre les recommandations des systèmes de santé pour améliorer la qualité et l'utilisation des soins prénataux, les recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénataux traitent d'interventions dans quatre autres catégories : nutrition, évaluation de l'état de la mère et du fœtus, mesures préventives et prise en charge des signes cliniques courants pendant la grossesse. Comme indiqué dans les interventions des systèmes de santé, l'OMS classe les recommandations par contexte de mise en œuvre et fournit également les considérations principales et justifications pour chaque intervention (voir Tableaux 3 à 6).

**Tableau 3. Interventions nutritionnelles couvertes par les recommandations 2016 de l'OMS**

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<b>Recommandées quel que soit le contexte</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 pendant leur grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans les pays à faibles ressources d'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. Cependant, l'obésité et le surpoids sont également associés à des issues de la grossesse défavorables.</li> <li>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.</li> <li>Le gain de poids gestationnel normal se produit après 20 semaines de grossesse. La définition du gain poids 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, les femmes en insuffisance pondérale au début</li> </ul>

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
	<p>de la grossesse (c'est-à-dire IMC &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>) devraient viser un gain de poids de 12,5 à 18 kg. Pour de plus amples informations, se reporter aux nouvelles recommandations relatives au gain de poids total et au pourcentage de gain de poids pendant la grossesse, en fonction du poids avant grossesse, disponibles en anglais : <i>New recommendations for total and rate of weight gain during pregnancy, by prepregnancy</i>: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly</a>.</p>
<p><b>A.2.1</b> : Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les causes fréquentes d'anémie incluent la carence en fer, les infections (paludisme, ankylostomiase, par exemple) et les maladies chroniques (VIH, par exemple).</li> <li>• Dans les contextes dans lesquels la prévalence de l'anémie pendant la grossesse est élevée (c'est-à-dire lorsqu'au moins 40 % des femmes enceintes ont des taux d'hémoglobine (Hb) sanguine &lt; 10 g/l), une dose quotidienne de 60 mg de fer élémentaire est préférée à une dose plus faible.</li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> <li>• Des stratégies de communication efficaces sont vitales pour l'amélioration de l'acceptabilité et de l'observance des régimes de supplémentation (prise en charge des effets indésirables).</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Recommandées dans des contextes spécifiques</b>	
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sous-alimentation est généralement définie par un faible indice de masse corporelle, inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup> (c'est-à-dire une insuffisance pondérale). Réévaluer régulièrement la prévalence de la sous-alimentation.</li> <li>• 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.</li> <li>• Envisager le recours à d'autres plateformes pour prodiguer des conseils (conseils par des pairs) et des délégations de tâches pour assurer l'éducation et les conseils nutritionnels soutenu par un ensemble solide de formation incluant des recommandations normalisées sur l'alimentation.</li> </ul>
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Envisager une production locale des suppléments pour limiter les incidences en termes de coût et de logistique et garantir un approvisionnement adéquat. Élaborer un processus d'assurance de la qualité est important pour garantir que les suppléments alimentaires sont fabriqués, conditionnés et conservés dans un environnement contrôlé et non contaminé.</li> </ul>
<p><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 indésirables, et dans les populations où la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est inférieure à 20 %.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 (voir <i>Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women</i>).</li> <li>• Elle doit être prise en compte avec la Recommandation A.2.2 sur la supplémentation intermittente en fer.</li> </ul>

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<b>A.3 :</b> Dans les populations où l'apport 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conseils nutritionnels prodigués aux femmes enceintes devraient encourager un apport approprié de calcium par la consommation d'aliments locaux riches en calcium.</li> <li>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.</li> <li>Afin d'atteindre les populations les plus vulnérables, envisager des délégations de tâches pour assurer la supplémentation en calcium dans des contextes de communautés ayant difficilement accès à des professionnels de santé.</li> </ul>
<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 grave, dans le but de prévenir la cécité nocturne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La vitamine A n'est pas recommandée pour améliorer les issues maternelles et périnatales.</li> <li>Lorsqu'une supplémentation est indiquée, dans les régions où la carence en vitamine A est considérée comme un problème de santé publique grave, donner une supplémentation quotidienne ou hebdomadaire en vitamine A (jusqu'à 10 000 UI par jour, ou une dose hebdomadaire allant jusqu'à 25 000 UI) pour prévenir la cécité nocturne.</li> </ul>
<b>A.10 :</b> Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Les femmes enceintes devraient être informées du fait qu'une dose journalière de caféine supérieure à 300 mg est probablement associée à un risque plus élevé d'arrêt de la grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance.</li> </ul>
<b>Recommandée seulement dans le cadre d'une recherche</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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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, en particulier en ce qui concerne les stratégies de renforcement nutritionnel.</li> </ul>

**Tableau 4. Évaluation maternelle et fœtale**

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<b>Recommandées quel que soit le contexte</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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actuellement, l'OMS ne propose pas de recommandation sur l'opportunité ni la façon de dépister le diabète gestationnel chez toutes les femmes enceintes ; la fenêtre habituelle pour le diagnostic du diabète gestationnel se situe entre 24 et 28 semaines de grossesse.</li> <li>Il existe de nombreuses incertitudes relatives au rapport coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage, à la prévalence du diabète gestationnel et du diabète dans diverses populations et à l'impact d'un diagnostic précoce sur les issues de la grossesse.</li> <li>Les 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, et/ou la dystocie des épaules. Le traitement du diabète gestationnel peut réduire le risque de ces issues défavorables.</li> </ul>
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestataires de soins devraient systématiquement prodiguer des conseils et proposer des interventions psychologiques pour arrêter de fumer ou pour réduire l'exposition au tabagisme passif, ou les deux.</li> <li>Pour plus de précisions, se reporter aux <i>Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse</i>, consultables en version abrégée en français à l'adresse suivante : <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201662/WHO_NMH_PND_14.3_fre.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201662/WHO_NMH_PND_14.3_fre.pdf?sequence=1</a> et en version intégrale en anglais à partir du lien suivant : <a href="http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en">http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en</a></li> </ul>
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Les prestataires de soins devraient être préparés à intervenir si une addiction à l'alcool ou à une autre substance est identifiée.</li> <li>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 le document intitulé <i>Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy</i>, consultable en anglais à l'adresse suivante : <a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/">http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/</a>.</li> </ul>

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<p><b>B.1.7 :</b> Dans les contextes de forte prévalence du VIH, mettre en œuvre le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataire de soins dans le cadre de tous les soins 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilité du dépistage se traduit souvent par un niveau élevé de connaissance de leur statut VIH chez les femmes et permet d'étendre les bénéfices du traitement antirétroviral.</li> <li>• D'autres recommandations sur le dépistage du VIH figurent dans les directives intitulées <i>Consolidated guidelines on HIV testing services</i>, disponibles en anglais à l'adresse suivante : <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/</a>.</li> <li>• Voir également les directives relatives au moment opportun pour démarrer le traitement antirétroviral et la prophylaxie pré-exposition au VIH intitulées <i>Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV</i>, consultables en anglais à l'adresse suivante : <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>.</li> </ul>
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une échographie après 24 semaines de grossesse n'est pas recommandée chez les femmes enceintes qui ont bénéficié d'une 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.</li> <li>• Une échographie précoce pratiquée correctement offre une précision accrue de l'âge gestationnel contribuant à une prise en charge appropriée des menaces d'accouchement prématuré et des grossesses après terme.</li> <li>• Il est essentiel de disposer du soutien du système de santé pour assurer des services d'échographie de qualité minimum, une orientation appropriée ainsi que la prise en charge des complications identifiées à l'échographie. Voir le document d'orientation politique de l'OMS sur l'échographie dans le cadre des soins prénatals (<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf</a>).</li> </ul>
<b>Recommandées dans des contextes spécifiques</b>	
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dosage avec un hémoglobinomètre offre une sensibilité et une spécificité supérieures à celles de la méthode de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine dans la détection de l'anémie modérée à sévère.</li> <li>• D'autres méthodes utilisables sur place et à bas coût pour le dépistage de l'anémie doivent être élaborées et/ou recherchées.</li> </ul>
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation devrait être envisagée avec la Recommandation C.1 sur le traitement de la bactériurie asymptomatique (voir Tableau 5).</li> <li>• La bactériurie asymptomatique est un thème de recherche prioritaire.</li> </ul>
<p><b>B.1.3 :</b> Une enquête clinique sur d'éventuelles violences de la part du partenaire sexuel (VPS) devrait être sérieusement envisagée 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le « <i>dépistage universel</i> » ou « <i>l'enquête systématique</i> » (c'est-à-dire interroger toutes les femmes à toutes les visites de soins de santé) concernant la VPS n'est pas recommandé.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestataires doivent être formés pour pouvoir poser correctement des questions et apporter une réponse appropriée aux femmes qui révèlent des faits de violence.</li> <li>Afin de déterminer si les exigences minimales de l'OMS sont respectées, les prestataires de soins devraient se référer au document intitulé <i>Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques</i>, dont le résumé d'orientation est consultable en français à l'adresse suivante : <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1</a>, et la version complète intitulée <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women</i>, est consultable en anglais à l'adresse suivante : <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/</a>.</li> </ul>
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La tuberculose augmente le risque de naissance avant terme, de mortalité périnatale et d'autres complications de la grossesse.</li> <li>Un traitement de la tuberculose commencé tôt est associé à de meilleures issues pour la mère et pour le nourrisson qu'un traitement tardif.</li> <li>Pour mieux connaître la charge locale de la tuberculose pendant la grossesse, les systèmes de santé devraient prévoir l'enregistrement du statut de la grossesse dans des registres de dépistage et de traitement de la tuberculose.</li> <li>Pour de plus amples informations, se reporter aux principes et recommandations relatifs au dépistage systématique de la tuberculose active, intitulés <i>Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations</i>, consultables en anglais à la page suivante : <a href="http://www.who.int/tb/tbscreening/en/">http://www.who.int/tb/tbscreening/en/</a>.</li> </ul>
<b>B.2.2</b> : Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur utérine (HU) 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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, l'OMS ne recommande pas de changement de pratique.</li> <li>Il existe 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 intermédiaire.</li> </ul>
<b>Recommandées seulement dans le cadre d'une recherche</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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bien que le comptage quotidien <i>systématique</i> des mouvements fœtaux ne soit pas recommandé, les femmes enceintes en bonne santé devraient être averties de l'importance des mouvements fœtaux durant le troisième trimestre et de l'importance de signaler une réduction de ces mouvements à leur prestataire de soins.</li> <li>Interroger la femme enceinte sur sa perception des mouvements fœtaux fait partie des bonnes pratiques cliniques devant être appliquées par les prestataires de soins lors des contacts prénatals.</li> <li>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 d'examen complémentaires, le cas échéant.</li> </ul>

**Tableau 5. Mesures préventives**

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<b>Recommandées quel que soit le contexte</b>	
<b>C.1</b> : Un traitement antibiotique de sept jours est recommandé chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un faible poids de naissance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La bactériurie asymptomatique est un thème de recherche prioritaire étant donné son association avec la naissance avant terme.</li> <li>Les acteurs concernés pourraient envisager un dépistage de la bactériurie asymptomatique spécifique au contexte et un traitement basé sur la prévalence des naissances avant terme.</li> <li>Le niveau de certitude des preuves concernant la naissance avant terme est faible et des essais multicentriques de grande taille sont nécessaires pour confirmer que le dépistage et le traitement par antibiotiques réduisent le nombre de naissances avant terme et la mortalité périnatale dans les pays à revenu faible et intermédiaire.</li> <li>Un suivi d'indicateurs de naissance avant terme devrait être assuré dans cette intervention, de même qu'un suivi des changements de résistance antimicrobienne.</li> </ul>



Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<p><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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recommandation est compatible avec les recommandations du document OMS intitulé <i>Maternal immunization against tetanus</i> (<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf</a>) : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– 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.</li> <li>– 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.</li> </ul> </li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> <li>• Ces contacts offrent également l'opportunité d'expliquer l'importance de la vaccination des nourrissons/enfants aux femmes enceintes.</li> </ul>
<b>Recommandées dans des contextes spécifiques</b>	
<p><b>C.4 :</b> Dans les zones d'endémie, 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des zones d'endémie sont des zones dans lesquelles la prévalence de l'ankylostomiase et/ou de la trichocéphalose est de 20 % ou plus et la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est de 40 % ou plus.</li> <li>• La sécurité de ces médicaments n'a pas été établie de manière univoque ; cependant les bénéfices sont considérés comme supérieurs aux risques.</li> </ul>
<p><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.<sup>6</sup> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La recommandation 2016 relative au TPI dans le cadre des soins prénatals s'appuie sur les Directives pour le traitement du paludisme, troisième édition, en anglais (<i>Guidelines for the treatment of malaria, third edition</i> : <a href="http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/">www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/</a>). Elle prévoit notamment les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Contracté pendant la grossesse, le paludisme est un problème de santé publique majeur présentant des risques importants pour la mère, son fœtus et le nouveau-né.</li> <li>– 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 <i>Plasmodium falciparum</i>, l'administration d'un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP).</li> <li>– 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.</li> <li>– 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 grossesse.</li> <li>– La sulfadoxine-pyriméthamine (SP) agit en interférant avec la synthèse de l'acide folique dans le parasite vecteur du paludisme. 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 la SP pendant la grossesse. 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).</li> </ul> </li> </ul>

<sup>6</sup> Il convient de suivre cette recommandation pour le traitement de toutes les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de cotrimoxazole.

Recommandation 2016 de l'OMS	Considérations principales et justification
<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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 données 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.</li> <li>Pour de plus amples informations, se reporter aux recommandations relatives au moment opportun pour démarrer le traitement antirétroviral et la prophylaxie pré-exposition au VIH intitulées <i>Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV</i> (<a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>).</li> </ul>
<b>Recommandées seulement dans le cadre d'une recherche</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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>C.3</b> : Une prophylaxie prénatale avec des immunoglobulines 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette recommandation dans le cadre d'une recherche 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. Il faut continuer à administrer des immunoglobulines anti-D après la naissance, quand cette intervention est indiquée.</li> </ul>

**Tableau 6. Interventions recommandées face à des signes cliniques courants**

Symptôme	Interventions
	<i>À adapter et mettre en œuvre en fonction des options disponibles et des préférences de la femme.</i>
<b>Recommandées quel que soit le contexte</b>	
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.
Brûlures d'estomac	<b>D.2</b> : Conseils relatifs au mode de vie pour prévenir et soulager les symptômes de brûlures d'estomac pendant la grossesse, préparations antiacides pour les femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie.
Crampes dans les jambes	<b>D.3</b> : Magnésium, calcium ou options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse
Douleurs lombaires et pelviennes	<b>D.4</b> : Exercice régulier pendant la totalité de la grossesse pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes ; différentes solutions thérapeutiques applicables telles que la kinésithérapie, les ceintures de maintien et l'acupuncture
Constipation	<b>D.5</b> : Suppléments à base de fibres pour soulager la constipation pendant la grossesse si celle-ci ne répond pas aux modifications du régime alimentaire
Varices et œdèmes	<b>D.6</b> : Options non pharmacologiques, telles que bas et chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau, pour prendre en charge les veines variqueuses et les œdèmes pendant la grossesse

## Considérations politiques et programmatiques

L'objectif des recommandations OMS 2016 concernant les soins prénatals est d'améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals systématiques en donnant la priorité à la santé et au bien-être centrés sur la personne dans le cadre d'une démarche plus large respectueuse des droits de l'homme. La mise en œuvre réussie de ces recommandations nécessite la **prestation intégrée d'interventions maternelles, nutritionnelles, vaccinales, antipaludiques, de lutte contre la tuberculose et le VIH utilisant les soins prénatals comme plateforme commune**. Les soins prénatals étant largement sous-utilisés pour la santé maternelle et périnatale, les interventions de soins prénatals fournies par le biais d'une plateforme de prestation intégrée des services peuvent contribuer aux efforts visant à renforcer les systèmes de santé.<sup>7</sup> Les interventions de soins prénatals appliquées,

<sup>7</sup> Tunçalp O, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(6):860–862. doi:10.1111/1471-0528.14599.

devant être adoptées ou dont la qualité doit être améliorée varieront selon les pays. Ces derniers sont encouragés à diffuser ces recommandations auprès des acteurs clés et à mettre en place un **processus multipartite** chargé d'élaborer une **feuille de route opérationnelle et chiffrée des soins prénatals** pour l'adoption et la mise en œuvre des recommandations - soit dans le cadre d'une stratégie nationale de santé maternelle, néonatale et infantile, soit sous la forme d'une stratégie spécifique aux soins prénatals. Il convient d'envisager d'inclure parmi les acteurs clés des représentants des groupes suivants : départements de nutrition, de santé maternelle, néonatale et infantile, de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme du ministère de la Santé ; partenaires de mise en œuvre du ministère de la Santé ; ministère de l'Éducation, ministère des Finances ; établissements de formation ; associations professionnelles ; secteur privé ; leaders communautaires ; groupes de femmes et groupes de consommateurs. Plusieurs considérations politiques et programmatiques sont présentées ci-dessous.

## Considérations politiques nationales

- Analyser le contexte épidémiologique du pays afin de déterminer quelles recommandations universelles et spécifiques au contexte adopter.
- Étudier les plateformes de prestation de services prénatals en place et les moyens du système de santé national afin de définir les interventions du système de santé et les politiques associées à adopter (par exemple, élaborer une politique de délégation des tâches de soins prénatals).
- Passer en revue et mettre à jour les protocoles, normes et standards cliniques en matière de soins prénatals au regard des recommandations adoptées.
- Analyser les coûts projetés pour mettre en œuvre la feuille de route des soins prénatals au sein du pays et associer la feuille de route à un plan de financement.

## Considérations relatives à la mise en œuvre programmatique

### *Gouvernance et mobilisation des principaux acteurs des différents niveaux du système*

- La mise en œuvre efficace des recommandations 2016 concernant les soins prénatals nécessitera un leadership et la mobilisation des principaux acteurs au sein du système de santé.
- Dans de nombreux milieux, ces acteurs clés incluront les décideurs nationaux, les directeurs de région/district au sein du ministère de la Santé, les gestionnaires d'établissements de santé, les agents de santé au sein des établissements, les leaders et agents de santé communautaires, et les femmes et leurs familles.
- Dans l'idéal, une feuille de route nationale des soins prénatals inclura un plan spécifique visant à mobiliser les agents de santé du secteur privé.
- Des représentants de la communauté et des femmes peuvent défendre l'inclusion des besoins et des préférences des femmes et de leurs familles dans la conception et la mise en œuvre du modèle actualisé de soins prénatals d'un pays.

### *Systèmes d'information*

- Examiner et mettre à jour les indicateurs de soins prénatals à intégrer dans le système d'information pour la gestion sanitaire national, pour qu'ils puissent être utilisés par les principaux acteurs et les parties intéressées.
- Analyser et mettre à jour les registres normalisés de soins prénatals, les notes de consultation détenues par les femmes et les autres outils de données (ou en mettre en place) afin de suivre les données prioritaires relatives aux soins prénatals (à tous les niveaux du système et sur tous les sites de contact prénatal).

### *Produits de base et soutien logistique*

- Planifier l'approvisionnement, la distribution et le financement des nouveaux produits de base des soins prénatals.
- Renforcer les systèmes logistiques pour les produits de base essentiels des soins prénatals.
- Garantir la disponibilité de dossiers et de registres prénatals (dans tous les sites de contact prénatal).

### *Appui aux ressources humaines*

- Analyser et mettre à jour le champ d'activités de chaque catégorie de prestataires de soins prénatals, notamment les mécanismes de réglementation, d'autorisation d'exercer et de formation professionnelle continue (personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, agents de santé communautaires, médecins, par exemple).
- Renforcer le déploiement, la formation, la supervision formative et le soutien professionnel continu des sages-femmes.
- Définir un plan de délégation des tâches de soins prénatals incluant le recours aux assistants sanitaires, aux agents de santé communautaires et aux infirmiers/infirmières auxiliaires afin d'encourager les comportements favorables à la santé et la distribution des produits de base essentiels (TPI, suppléments nutritionnels recommandés, par exemple).
- En collaboration avec les établissements de formation et le gouvernement, élaborer un programme de formation basé sur les compétences qui aide les étudiants à acquérir des compétences de soins prénatals centrés sur la personne afin de mettre en œuvre les nouvelles recommandations concernant les soins prénatals.
- Revoir et mettre à jour la formation initiale et continue aux soins prénatals, les stratégies de formation et de supervision des soins prénatals et les supports/aide-mémoires spécifiques à ces soins.
- Étudier des approches innovantes de développement des capacités en appui de la prestation de services de soins prénatals de haute qualité conformes aux recommandations de l'OMS.
- Élaborer/mettre à jour des supports de communication et de conseil aux patientes visant à promouvoir des comportements sains.

### *Modèle de soins prénatals : organisation et déroulement des contacts prénatals*

- Élaborer un modèle durable de prestation des services de soins prénatals pour le contexte du pays, définissant les modalités d'organisation des services en vue de fournir un ensemble essentiel de soins prénatals, et notamment quelles seront les interventions fournies à chaque contact prénatal, par qui (catégorie), où (niveau du système) et comment (plateforme).
- Définir des mécanismes assurant une coordination des soins entre les différents points de contact prénatal, notamment des dispositifs de liaison entre la communauté et les établissements de soins et une supervision de soutien des services, activités et des agents de santé auxiliaires au sein de la communauté.
- Appuyer la réorganisation des services de soins prénatals et/ou du flux de patientes, le cas échéant, afin de réduire les temps d'attente, d'améliorer l'efficacité de la prestation des services et la satisfaction des patientes et des prestataires.
- Soutenir des activités visant à améliorer la qualité des services de soins prénatals, en aidant notamment les équipes et les agents de santé à identifier et à surmonter les principaux obstacles à la prestation des services au niveau local et du système de santé en vue d'offrir des services de soins prénatals respectueux et fondés sur des données factuelles, et de suivre un nombre minimum de processus de qualité des soins prénatals et d'indicateurs de résultats afin de surveiller la qualité des soins prénatals et le vécu des soins par les femmes pendant la grossesse.
- Définir et mettre en œuvre les activités programmatiques afin de promouvoir l'accès pour les femmes à des informations pertinentes et en temps opportun sur les problèmes socio-culturels, comportementaux, biomédicaux et physiologiques, et de leur offrir une aide psychologique, sociale et émotionnelle efficace et respectueuse pendant la grossesse.

### *Suivi, évaluation et enseignements tirés du programme*

- Renforcer la collecte et l'utilisation d'un ensemble minimal de données relatives aux soins prénatals pour éclairer la prise de décision, la gestion programmatique, les efforts d'amélioration de la qualité et la surveillance dont l'objectif est d'améliorer les résultats des soins prénatals et les issues maternelles et périnatales.
- Définir des jalons de mise en œuvre pour la feuille de route chiffrée des soins prénatals et suivre chacun d'eux afin de renforcer la mise en œuvre et de favoriser l'apprentissage continu.
- Appuyer la recherche sur la mise en œuvre afin d'éclairer l'adoption et le passage à plus grande échelle d'interventions de soins prénatals nouvelles et/ou complexes recommandées dans le cadre de la recherche.

© MCSP [2018]

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

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Suisse. OMS ; 2016. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO Cette traduction n'a pas été créée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais sera l'édition obligatoire et authentique.

MCSP et l'USAID ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. Le contenu ne reflète pas nécessairement les opinions de MCSP, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Ce document d'orientation politique a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au titre de l'accord coopératif AID-OAA-A-14-00028.

Pour plus de précisions sur les recommandations de l'OMS, veuillez contacter : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) ou [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int).

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

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

**Département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS**  
<http://www.who.int/nutrition/fr/>