

Lignes directrices de 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals

Le paludisme pendant la grossesse : foire aux questions (FAQ)

Mars 2018

www.mcsprogram.org

Introduction

En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié les *Recommandations concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (OMS 2016), qui présentent un ensemble de lignes directrices mondiales fondées sur des données probantes en termes de contenu et de calendrier recommandé pour les soins prénatals. Ces recommandations constituent la première série de lignes directrices concernant les soins prénatals créées dans le cadre du processus actuellement approuvé par l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices cliniques.

Les lignes directrices de 2016 relatives aux soins prénatals incluent une nouvelle recommandation importante selon laquelle les femmes enceintes ont huit prises de contacts avec le système de santé durant chaque grossesse. Selon le contexte du pays, la définition de « contact » peut inclure le modèle plus familier des consultations prénatales en clinique, ainsi que des consultations prénatales et / ou de conseil pour les femmes enceintes au niveau des ménages et de la communauté. L'OMS, le Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse du partenariat Faire reculer le paludisme, et le Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant ont élaboré un résumé de ces lignes directrices et des implications pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPI) à la sulfadoxime pyriméthamine (SP), *Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (OMS 2017).

Le tableau 1 compare les calendriers du modèle de consultations prénatales ciblées précédemment recommandé et le nouveau modèle de prises de contact prénatals recommandé. L'OMS et ses partenaires recommandent que les pays envisagent d'ajouter un contact prénatal entre 13 et 16 semaines pour assurer une administration et une couverture optimale du TPI-SP.

Tableau I. Calendrier des prises de contact pour les soins prénatals selon les recommandations de l'OMS

Modèle de soins prénatals focalisés de l'OMS	Modèle de soins prénatals de l'OMS 2016
<i>Premier trimestre</i>	
1ère consultation : 8-12 semaines	1er contact : jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
2ème consultation : 24-26 semaines	2ème contact : 20 semaines 3ème contact : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
3ème consultation : 32 semaines	4ème contact : 30 semaines 5ème contact : 34 semaines 6ème contact : 36 semaines
4ème consultation : 38 semaines	7ème contact : 38 semaines 8ème contact : 40 semaines
Revenir à 41 semaines si la mère n'a pas accouché	

Cette foire aux questions aborde les questions fréquemment posées sur la mise en œuvre des programmes de TPI dans le contexte des recommandations de 2016 concernant les contacts prénatals, ainsi que des rappels sur les considérations techniques pour les programmes de TPI. Les lecteurs doivent également se reporter aux principaux documents sous-jacents, notamment les Directives de l'OMS pour le traitement du paludisme, troisième édition (OMS 2015a) et le *document d'orientation en matière de politiques de l'OMS : Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP)*, (OMS 2014). En plus du TPI, les femmes enceintes doivent être encouragées à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) chaque nuit.

Foire aux questions et réponses

Q1. L'OMS fait à présent référence aux « contacts » plutôt qu'aux « consultations ». Que signifie cette différence de terminologie ?

R1. Les recommandations privilégient le terme de « prise de contact » au lieu de « consultation » pour impliquer une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de santé qui n'est pas implicite dans le terme « consultation ». Dans le cadre de l'application de cette recommandation, le **contact peut être adapté aux contextes locaux grâce à des programmes de sensibilisation communautaire et à la participation des agents de santé non professionnels** (OMS 2016). Selon les nouvelles recommandations, une consultation de soins prénatals de routine est considérée comme un contact.

Q2. L'OMS recommande huit contacts prénatals, bien que de nombreux pays africains luttent encore pour parvenir à une couverture élevée de quatre consultations prénatals. Comment pouvons-nous éliminer les obstacles à l'atteinte de cette nouvelle norme ?

R2. **Se focaliser sur les obstacles qui peuvent avoir une incidence.** Par exemple, les cliniciens doivent conseiller les femmes sur l'importance de se présenter à toutes les prises de contacts prévues et les aider à planifier les soins prénatals programmés en clinique. Au niveau communautaire, les agents de santé communautaires doivent insister sur l'importance de se présenter aux soins prénatals aussitôt que possible dès le début de la grossesse, communiquer les obstacles signalés dans le système de santé pour s'assurer que l'attention est portée sur ces questions et encourager huit prises de contact dans la communication de messages aux membres de la communauté. L'accent peut être mis sur l'assurance que les rapports sont soumis en temps opportun, le réapprovisionnement des cliniques de soins prénatals avec de la SP et d'autres produits de qualité garantie et sur la dotation appropriée de personnel qui puisse fournir le nombre recommandé de contacts. **Rappelez-vous que l'expérience des soins joue un rôle important dans la motivation d'une femme à se rendre aux soins prénatals ; les efforts visant à apporter aux femmes enceintes des soins respectueux et à réduire le manque de respect et les abus dans les établissements de santé peuvent améliorer considérablement l'adoption et la fréquentation aux soins prénatals.** En outre, les soins prénatals doivent être fondés sur des données probantes et répondre aux besoins d'informations et de conseils des femmes. Des périodes d'attente plus courtes, l'importance des avantages des contacts de soins prénatals aux niveaux communautaire et clinique et une meilleure communication avec les femmes des jours et des heures pour les soins prénatals peuvent également renforcer le sentiment que le temps et les efforts des femmes sont bien utilisés pour accéder aux services de soins prénatals.

Q3. Comment le calendrier suggéré des contacts prénatals correspond-il au calendrier recommandé de TPI ?

R3. **Le calendrier des huit contacts prénatals indiqué dans les recommandations de 2016 concernant les soins prénatals de l'OMS (Tableau 1) doit être adapté aux contextes nationaux et régionaux** lorsqu'il est adopté au niveau des pays. À ce titre, les pays peuvent modifier le calendrier de contacts prénatals proposé pour répondre aux demandes contextuelles et aux calendriers d'exécution des interventions par le biais de la plate-forme de soins prénatals. **Pour prévenir les conséquences négatives irréversibles du paludisme pendant la grossesse, il est essentiel d'encourager les femmes enceintes à dormir sous une MII pendant toute la durée de leur grossesse et de commencer le TPI aussitôt que possible dès le début du deuxième trimestre. Étant donné que la période entre 13 et 20 semaines (quand le placenta se forme et que les densités parasitaires sont les plus élevées) est critique, l'OMS et ses**

partenaires recommandent de commencer les efforts de prévention du paludisme à partir de 13 semaines, pour un impact maximal. Pour une programmation efficace, le contact avec un prestataire de santé entre 13 et 16 semaines de gestation est essentiel pour assurer l'accès en temps opportun à la première dose de TPI. Idéalement, elles recevront une deuxième dose de SP un mois plus tard pour les protéger pendant cette période critique. L'exemple de calendrier de contacts dans le tableau 2 indique le calendrier recommandé pour chaque dose de TPI. Toute révision des lignes directrices nationales concernant les soins prénatals doit inclure des dispositions visant à promouvoir la participation précoce aux soins prénatals afin de s'assurer que les femmes effectuent les prises de contacts recommandées pendant la grossesse.

Tableau 2. Calendrier des prises de contact et du début de l'administration du TPI recommandé par l'OMS#

Calendrier des prises de contacts prénatals	Dose	Interventions et considérations liées au paludisme pendant la grossesse pendant les prises de contact pour les soins prénatals
1. Jusqu'à 12 semaines		<ul style="list-style-type: none"> Enregistrer les femmes enceintes, leur fournir des MII et un counseling sur l'utilisation. Faire un dépistage du VIH. Administrer une dose quotidienne de 30 à 60 mg de fer élément et de 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique. Ces suppléments doivent être donnés dès le début et tout au long de la grossesse.
2. 13 à 16 semaines	Première dose de TPI-SP (contact supplémentaire)	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller les femmes enceintes de revenir pour une visite entre 13 à 16 semaines (voir contact 1a ci-dessous) pour recevoir la première dose du TPI-SP (tel que prescrit par les lignes directrices nationales).* Conseiller les femmes enceintes sur le diagnostic rapide et le traitement précoce et efficace des cas du paludisme pendant la grossesse.
3. 20 semaines	Deuxième dose de TPI-SP	<p>Rappel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne pas administrer de TPI-SP avant la 13^{ème} semaine de grossesse. Administrer la première dose de TPI-SP le plus tôt possible lors du deuxième trimestre afin de bénéficier pleinement de sa capacité de protection dans cette période critique de la grossesse. † Administrer la deuxième dose de TPI-SP un mois après. Administrer les doses de TPI-SP qui suivent à partir du contact prévu à 20 semaines, avec au moins un mois d'intervalle entre les doses de SP. La SP peut être administrée dès le début du deuxième trimestre jusqu'au moment de l'accouchement sans que cela représente un risque pour le fœtus. Une dose complète de TPI-SP comprend 1.500 mg/75 mg de SP (c'est-à-dire, trois comprimés de 500 mg/25 mg de SP). Administrer le TPI-SP sous traitement directement observé. Le TPI-SP ne doit pas être administré aux femmes recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables lorsque les deux médicaments sont administrés ensemble. Continuer à administrer 30 à 60 mg de fer élément et 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique. Continuer à fournir un counseling comme indiqué ci-dessus.
4. 26 semaines	Troisième dose de TPI-SP	
5. 30 semaines	Quatrième dose de TPI-SP	
6. 34 semaines	Cinquième dose de TPI-SP	
7. 36 semaines	Aucune administration de SP (si la dernière dose a été reçue <1 mois)	
8. 38 semaines	Sixième dose de TPI-SP (si aucune dose n/a été reçue le mois dernier)	
9. 40 semaines		

Les femmes enceintes doivent recevoir les interventions de paludisme pendant la grossesse, le cas échéant, même lorsqu'elles viennent à des semaines non désignées dans le calendrier des prises de contact. Malgré les effets secondaires connus associés aux sulfamides, la SP lorsqu'elle est donnée pour le TPI est généralement très bien tolérée. Des effets secondaires légers et transitoires, y compris des nausées, des vomissements, des faiblesses et des étourdissements ont été signalés par certaines femmes, en particulier avec la première dose de SP. Des études ont démontré que les effets secondaires ont tendance à diminuer avec l'administration de doses supplémentaires (Clerk et al. 2008, Tagbor et al. 2006). Les effets secondaires doivent être discutés ouvertement et gérés pendant les soins prénatals.

Ce calendrier est une adaptation suggérée du calendrier de soins prénatals de l'OMS pour les pays mettant en œuvre le TPI ; la formation devrait mettre en évidence que les femmes qui assistent à des contacts non programmés doivent être suivies de manière appropriée, et que c'est l'intervalle, plutôt que les semaines spécifiques, qui est le plus critique

* Il est recommandé de donner la première dose de TPI-SP aussitôt que possible au deuxième trimestre de la grossesse afin d'assurer une protection optimale contre le paludisme pour la mère et son bébé. Cependant, les femmes enceintes qui viennent plus tard pendant leurs grossesses peuvent et doivent recevoir leur première dose à tout moment (tant qu'elles ne sont pas au premier trimestre), les doses suivantes données à un mois d'intervalle. Lorsque les pays de paludisme endémique planifient leurs programmes de soins prénatals, ils voudraient peut-être rajouter un contact supplémentaire afin de permettre l'administration mensuelle de TPI-SP.

† Les femmes enceintes doivent recevoir la première dose de TPI-SP le plus tôt possible au début du deuxième trimestre, qui est défini comme 13 semaines d'âge gestationnel (c'est-à-dire, douze semaines complétées ou 13 semaines et aucun jour).

Q4. Est-ce que tous les contacts sont prévus dans l'établissement ou y a-t-il des contacts au niveau de la communauté ?

R4. Cela dépend des politiques de chaque pays et des ressources disponibles, en particulier des structures de santé communautaires existantes. Les contacts au niveau communautaire peuvent prendre la forme d'activités de sensibilisation menées par des prestataires de services et de la participation des agents de santé à des activités de promotion de la santé, en privilégiant la participation précoce aux soins prénatals, les comportements positifs pendant la grossesse et les avantages de l'accouchement dans un établissement de santé. La prestation des interventions recommandées (y compris la supplémentation en fer et en acide folique, le TPI-SP et les MII) au niveau communautaire dépendra de la capacité du personnel de santé et des politiques nationales. Des informations supplémentaires se trouvent dans le « Tableau 2 : Modèle OMS 2016 de soins prénatals en faveur d'une expérience positive de la grossesse : recommandations correspondant aux huit contacts de soins prénatals planifiés » (OMS 2016, p115).

Q5. Si le TPI est fourni à la fois au niveau de la communauté et de l'établissement, quelles mesures peuvent être prises pour s'assurer que l'information est notée dans le registre de soins prénatals de l'établissement à des fins de production de rapports ?

R5. Certains pays pilotent actuellement l'utilisation du TPI au niveau communautaire et l'offre dans les services de soins prénatals. Les données provenant de ces pays aideront à déterminer si cette approche augmentera la couverture du TPI sans nuire aux soins prénatals. Pour les pays qui envisagent cette approche, **les prestataires de soins communautaires doivent noter sur la carte de soins prénatals de la femme les soins ou les médicaments**, y compris l'âge gestationnel estimé au moment de l'intervention, et inclure cette information dans les rapports de routine des dossiers et registres cliniques. Dans la mesure du possible, les parties prenantes doivent rester engagées dans des processus périodiques pour mettre à jour les systèmes d'information sur la santé qui peuvent capturer les interventions de paludisme pendant la grossesse afin d'assurer l'inclusion des interventions fournies par les établissements et les communautés.

Q6. L'OMS recommande le TPI dans les pays d'Afrique subsaharienne à transmission modérée à élevée. Les pays qui réduisent la transmission à de faibles niveaux grâce à des stratégies de lutte efficaces devraient-ils abandonner le TPI ?

A6. **Le seuil de transmission du paludisme au-dessous duquel le TPI n'est plus rentable par rapport aux coûts n'a pas été identifié à ce jour.** Par conséquent, dans les zones où le TPI a été mis en œuvre et les stratégies de lutte contre le paludisme ont réussi à réduire la transmission à de faibles niveaux, l'OMS recommande de continuer l'administration du TPI jusqu'à ce que la zone approche de l'interruption de la transmission (OMS 2015b). En raison des fluctuations naturelles de l'incidence du paludisme d'une année à l'autre, du faible coût du TPI et des difficultés opérationnelles liées à la réintroduction du TPI s'il venait à être

retiré, les pays devraient continuer à fournir le TPI jusqu'à l'obtention de nouvelles informations permettant la formulation de lignes directrices plus spécifiques (OMS 2014).

Q7. Quelles sont les recommandations pour les pays d'Afrique ayant un niveau d'endémicité palustre modéré à fort où l'on observe une résistance à la SP ?

A7. **La SP est le seul médicament actuellement recommandé pour le TPI**, et il est recommandé même dans les zones de forte résistance à la SP. Le TPI-SP est très rentable pour prévenir les conséquences indésirables du paludisme sur les résultats de la mère et du fœtus, et reste efficace dans les zones où *P. falciparum* présentant des quintuples mutations de l'haplotype est fortement prévalent (OMS 2015b). Bien que des médecines alternatives soient à l'étude, aucune ne s'est encore révélée supérieure à la SP (Desai et al. 2015, Kakuru et al. 2016). D'autres recherches dans ce domaine sont en cours, en particulier en ce qui concerne l'impact des sextuples mutations.

Q8. Beaucoup de femmes qui se présentent aux soins prénatals sont déjà infectées par le paludisme. Le dépistage de l'infection est-il recommandé au premier contact afin qu'un médicament efficace puisse être administré pour éliminer la parasitémie ?

A8. Comme **il n'a pas été démontré que le dépistage et le traitement intermittents soient supérieurs au TPI-SP** et qu'aucune étude n'a évalué le bénéfice supplémentaire du dépistage lors du premier contact prénatal en conjonction avec le TPI-SP, l'OMS ne recommande pas actuellement de dépister les femmes enceintes asymptomatiques (OMS 2015b). Néanmoins, certains pays ont des politiques préconisant le dépistage du paludisme dès le premier contact de soins prénatals, en particulier en Asie du Sud-Est où le TPI n'est pas mis en œuvre. Conformément au programme d'intervention à trois volets recommandé (OMS 2014), tous les cas suspects de paludisme chez les femmes qui recherchent des soins prénatals doivent être diagnostiqués rapidement et ceux confirmés par un test de diagnostic rapide (TDR) ou une microscopie doivent être traités avec un antipaludique efficace selon les politiques et directives nationales.

Les zones présentant la sextuple mutation de l'haplotype du *P. falciparum* étaient associées aux poids plus faibles à la naissance. Dans ces zones, une stratégie potentielle, qui nécessite un pilotage, consiste à fournir un dépistage unique par TDR et une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) lors du premier contact de soins prénatals en plus de l'administration continue du TPI-SP (OMS 2015b).

Q9. Quelle dose d'acide folique peut être administrée en concomitance avec le TPI ?

A9. Les besoins en acide folique augmentent pendant la grossesse en raison de la division rapide des cellules du fœtus et des pertes urinaires élevées. **L'OMS recommande une supplémentation en fer et en acide folique chez les femmes enceintes à une dose de 30 – 60 mg de fer élément et une dose de 0,4 mg d'acide folique par jour.** Tout effort doit être mis en œuvre pour veiller à ce que des doses d'acide folique peu élevées (0,4 mg ou 400 microgrammes) sont disponibles et administrées dans le cadre des soins prénatals de routine (OMS 2014), car cette dose n'interfère pas avec l'effet antipaludéen de la SP et peut être administrée en même temps que le TPI. Dans certains pays, l'acide folique est fabriqué en comprimés de 5 mg. Bien que cette dose puisse être requise pour d'autres indications médicales, des doses d'acide folique égales ou supérieures à 5 mg ne doivent pas être administrées avec la SP, car cela neutralise l'efficacité de l'action antipaludique de la SP.

De plus amples informations sont disponibles dans le résumé de MCSP : *Controlling Maternal Anemia and Malaria* (MCSP 2015).

Q10. Quelle est la recommandation pour la SP chez les femmes enceintes atteintes de drépanocytose qui prennent déjà de fortes doses d'acide folique ?

A10. Le terme « drépanocytose » décrit un groupe d'affections héréditaires des globules rouges. La grossesse peut aggraver les manifestations de la drépanocytose, et peut aggraver les résultats de la grossesse. Une supplémentation quotidienne en acide folique (1 mg ou 5 mg par voie orale) est souvent prescrite aux femmes

drépanocytaires avant et pendant la grossesse pour les aider à reconstituer les réserves perdues en raison de l'hémolyse (destruction des globules rouges) causée par la drépanocytose.

La prévention du paludisme est particulièrement importante pour les personnes atteintes de drépanocytose, car le paludisme peut déclencher des crises. Cependant, les schémas de traitement à fortes doses d'acide folique (5 mg par jour) peuvent diminuer l'efficacité du TPI-SP. Malheureusement, il n'existe pas de consensus mondial sur le schéma optimal de prophylaxie antipaludique ou de supplémentation en acide folique chez les femmes enceintes drépanocytaires dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme, en raison d'un manque de recherche. Cependant, **il s'avère que les doses quotidiennes d'acide folique de 1 mg n'interfèrent pas avec l'efficacité de la SP.** Par conséquent, un argument peut être avancé en faveur de l'utilisation de 1 mg d'acide folique par jour chez les femmes drépanocytaires (Mbaye et al. 2006). Comme ces femmes sont plus à risque de complications de la grossesse, elles devraient avoir accès à des soins spécialisés en obstétrique et en hématologie, afin que des spécialistes puissent prendre des décisions cliniques tenant compte des risques et des besoins cliniques de chaque femme. Les femmes enceintes drépanocytaires devraient être encouragées à dormir sous une MII chaque nuit.

Références

- Clerk CA, Bruce J, Affipunguh PK, Mensah N, Hodgson A, Greenwood B, Chandramohan D. 2008. A randomized, controlled trial of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine, amodiaquine, or the combination in pregnant women in Ghana. *J Infect Dis.* 198(8):1202–1211.
- Desai M, Gutman J, L'lanziva A, et al. 2015. Intermittent screening and treatment or intermittent preventive treatment with dihydroartemisinin-piperaquine versus intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine for the control of malaria during pregnancy in western Kenya: an open-label, three-group, randomised controlled superiority trial. *Lancet.* 386(10012):2507–2519. doi:10.1016/S0140-6736(15)00310-4.
- Kakuru A, Jagannathan P, Muhindo MK, et al. 2016. Dihydroartemisinin-Piperaquine for the prevention of malaria in pregnancy. *N Eng J Med.* 374:928–939. doi:10.1056/NEJMoa1509150.
- Maternal and Child Survival Program (MCSP). 2015. *Controlling Maternal Anemia and Malaria.* Washington, DC: MCSP.
- Mbaye A, Richardson K, Balajo B, et al. 2006. Lack of inhibition of the anti-malarial action of sulfadoxine-pyrimethamine by folic acid supplementation when used for intermittent preventive treatment in Gambian primigravidae. *Am J Trop Med Hyg.* 74(6):960–964.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2014. *Document d'orientation en matière de politiques de l'OMS: Traitement préventif pour le paludisme lors de la grossesse à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPIp-SP).* Genève, Suisse : OMS (janvier). <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014-fr.pdf?ua=1>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2015a. *Guidelines for the Treatment of Malaria.* 3rd ed. Genève, Suisse : OMS : <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2015b. *Intermittent Screening and Treatment in Pregnancy and the Safety of ACTs in the First Trimester.* Genève, Suisse : OMS (novembre).
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2016. *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.* Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2017. *Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.* Genève, suisse : OMS. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/implementing-malaria-pregnancy-programmes-brief/fr/>
- Tagbor H, Bruce J, Browne E, Randal A, Greenwood B, Chandramohan D. 2006. Efficacy, safety, and tolerability of amodiaquine plus sulfadoxine-pyrimethamine used alone or in combination for malaria treatment in pregnancy: a randomised trial. *Lancet.* 368(9544):1349–1356.

Ce document a été rendu possible grâce au soutien de l'USAID et du Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant, et ne représente pas le point de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.