

Normes
de qualité

Complications au début de la grossesse et perte de grossesse précoce

Soins aux adultes dans tous les
milieux de soins

Sommaire

Cette norme de qualité porte sur les soins aux personnes souffrant de complications, comme des douleurs et des saignements vaginaux, et/ou la perte de grossesse au cours des 13 premières semaines. Elle s'applique à tous les milieux de soins de santé et comprend le diagnostic, le suivi et la gestion des aspects physiques et émotionnels des soins en cas de complications au début de la grossesse et de perte de grossesse précoce.

Cette norme inclut la grossesse dont la localisation est inconnue (lorsque le test de grossesse positif, mais qu'aucune grossesse n'est visible dans une échographie), la grossesse extra-utérine tubaire (une affection potentiellement dangereuse dans laquelle l'embryon s'implante dans une trompe de Fallope) et la perte de grossesse intra-utérine (fausse couche manquée, complète, ou incomplète).

Table des matières

À propos de nos normes de qualité	4
Comment utiliser les normes de qualité	4
Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre	5
À propos de cette norme de qualité	6
Portée de cette norme de qualité	6
Remarque relative à la terminologie	6
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	6
Principes sous-jacents de cette norme de qualité	7
Le guide de conversation du patient	8
Moyens de mesurer le succès	8
Énoncés de qualité en bref	10
Énoncé de qualité 1 : Évaluation globale	12
Énoncé de qualité 2 : Services d'évaluation de la grossesse précoce	15
Énoncé de qualité 3 : Grossesse dont la localisation est inconnue	17
Énoncé de qualité 4 : Diagnostic de la perte de grossesse précoce intra-utérine	20
Énoncé de qualité 5 : Options de prise en charge de la perte de grossesse précoce intra-utérine	24
Énoncé de qualité 6 : Options de prise en charge pour la grossesse extra-utérine tubaire	28
Énoncé de qualité 7 : Soins prodigués avec compassion	33
Énoncé de qualité 8 : Soutien psychosocial et soutien par les pairs	36
Remerciements	38
Références	40
À propos de nous	41
À propos du Pregnancy and Infant Loss (PAIL) Network	41

À propos de nos normes de qualité

L'unité opérationnelle de la qualité de Santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels de la santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les énoncés de cette norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Des outils et des ressources pour soutenir les cliniciens et les organismes dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. L'une de ces ressources est un inventaire des définitions des indicateurs pour aider les cliniciens et les organismes à évaluer la qualité des soins qu'ils dispensent et à cerner les lacunes dans les soins, ainsi que les secteurs à améliorer. Ces définitions d'indicateurs peuvent être utilisées pour évaluer les processus, les structures et les résultats. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

À propos de cette norme de qualité

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins aux personnes qui présentent des complications au début de la grossesse (comme des douleurs et des saignements vaginaux) et/ou une perte au cours du premier trimestre de la grossesse. Cette norme s'applique à tous les milieux de soins et comprend le diagnostic, le suivi, la prise en charge et les aspects psychosociaux des soins pour les complications au début de la grossesse et la perte de grossesse précoce jusqu'à 13 semaines complètes de grossesse. La norme comprend ce qui suit :

- Grossesse dont la localisation est inconnue (un diagnostic temporaire signifiant qu'un

test de grossesse est positif, mais qu'aucune grossesse n'est visible à l'échographie).

- Grossesse extra-utérine tubaire (grossesse au cours de laquelle l'embryon s'implante dans une trompe de Fallope).
- Perte de grossesse intra-utérine (fausse couche manquée, complète ou incomplète).

Cette norme ne traite pas des autres types de grossesses extra-utérines, de l'interruption de grossesse (avortement thérapeutique) ou de la grossesse molaire (maladie trophoblastique gestationnelle, une affection rare liée à la grossesse au cours de laquelle les cellules qui forment le placenta se développent anormalement).

Remarque relative à la terminologie

Le langage utilisé pour parler des complications au début de la grossesse et de la perte de grossesse précoce devrait être dirigé par la personne et sa famille. Les professionnels de la santé devraient éviter d'utiliser des termes comme « avortement

manqué » et demander aux gens quelle terminologie ils préfèrent utiliser lorsqu'ils parlent de la grossesse (par exemple, s'ils préfèrent utiliser le terme « bébé » ou « fœtus »).

Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

Les complications au début de la grossesse et la perte de grossesse précoce touchent de nombreuses personnes en Ontario. On estime qu'environ 20 % des grossesses se terminent par une fausse couche et que près de 80 % des fausses couches surviennent au cours du premier trimestre.¹

Les conséquences émotionnelles et psychologiques d'une perte de grossesse précoce peuvent être

graves. Pour certaines personnes, la détresse émotionnelle peut entraîner une dépression clinique, un trouble de stress post-traumatique et/ou de l'anxiété.¹ Les familles ontariennes confrontées à une perte de grossesse précoce ont signalé un manque de gentillesse et de respect de la part des professionnels de la santé; elles ont indiqué qu'elles se sont senties moins soutenues et ont ressenti davantage de stigmatisation au moment de leur perte, par rapport aux personnes dont la perte est

survenue plus tard dans la grossesse.² Elles étaient également moins susceptibles de se voir proposer un rendez-vous de suivi et d'obtenir le soutien dont elles avaient besoin, soulignant la nécessité d'une amélioration significative du système.²

On estime qu'il y a eu 48 414 visites à l'urgence pour des complications en début de grossesse ou des fausses couches en Ontario en 2017-2018 (IntelliHealth Ontario). On estime que 6 % à 13 % des patientes présentant des saignements vaginaux ou des douleurs abdominales au début de la grossesse qui se rendent au service d'urgence présentent une grossesse extra-utérine.³ La grossesse extra-utérine est un événement potentiellement mortel, et il est nécessaire de normaliser les soins pour les personnes enceintes et leurs familles, et de veiller à ce que les personnes aient le choix entre plusieurs options de prise en charge. À l'heure actuelle, dans certaines communautés

de l'Ontario, des cliniques de grossesse précoce offrent une évaluation, un diagnostic et une prise en charge des complications au début de la grossesse et de la perte de grossesse précoce en dehors du service d'urgence, mais les services offerts et les heures d'ouverture varient. Dans le cadre d'une enquête menée auprès des services d'urgence de l'Ontario en 2017 et portant sur un recensement annuel de plus de 30 000 visites à l'urgence, 34 des 63 services d'urgence ont déclaré qu'ils n'avaient pas accès à des services cliniques en début de grossesse pour les personnes qui se sont présentées à l'urgence avec des complications en début de grossesse et qui pouvaient rentrer chez elles en toute sécurité.⁴ Plus de la moitié des services d'urgence n'ayant pas accès à une clinique de la grossesse précoce ont convenu que les patientes retournaient fréquemment au service d'urgence parce qu'il n'y avait pas de suivi adéquat disponible.⁴

Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité s'appuie sur les principes de respect et d'équité.

Les personnes qui connaissent des complications au début de la grossesse et/ou une perte de grossesse précoce devraient recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée. Des soins de haute qualité pour les complications au début de la grossesse et la perte de grossesse précoce sont centrés sur la famille. Les membres de la famille ou les amis qui peuvent offrir du soutien devraient être encouragés à assister à tous les rendez-vous connexes et à y être les bienvenus.

Les personnes qui subissent des complications au début de la grossesse et/ou une perte de grossesse précoce devraient recevoir des services qui respectent leur sexe, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur logement, leur âge, leurs antécédents (y compris leurs antécédents culturels, linguistiques, ethniques et religieux déclarés) et leur handicap. L'accès équitable au système de santé comprend également l'accès à des soins culturellement sécuritaires.

Le langage, outil de communication de base, est un élément essentiel de la sécurité des soins et doit être pris en compte tout au long du parcours

médical d'une personne. Par exemple, dans les milieux à prédominance anglophone, les services devraient être activement offerts en français et dans d'autres langues.

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les

collectivités autochtones. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement des soins culturellement pertinents ou ne reconnaissent pas forcément les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Un système de santé de haute qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats pour tous les Ontariens, peu importe où ils vivent, ce qu'ils ont ou qui ils sont.

Le guide de conversation du patient

Le [guide de conversation du patient](#) pour les personnes qui subissent des complications au début de la grossesse ou une perte de grossesse précoce offre des points de départ aux patients et aux familles pour des conversations avec le fournisseur de soins de santé. Les patients y trouveront des questions

qu'ils voudront peut-être poser lorsqu'ils élaboreront ensemble un plan pour leurs soins.

Les cliniciens et les services de santé peuvent mettre des guides à la disposition des patients dans les milieux où ils reçoivent des soins.

Moyens de mesurer le succès

Le Comité consultatif de la norme de qualité a cerné un petit nombre d'objectifs globaux pour cette norme de qualité. Ceux-ci ont été mis en correspondance avec des indicateurs que les fournisseurs de soins pourraient vouloir surveiller pour évaluer la qualité des soins à l'échelle provinciale et locale.

Moyens de mesurer le succès à l'échelle provinciale

Dans cette section, nous énumérons les indicateurs qui peuvent être utilisés pour surveiller

le succès global de la norme à l'échelle provinciale, compte tenu des données actuellement disponibles :

- Nombre de visites dans un service d'urgence par des personnes présentant des complications au début de la grossesse et/ou une perte de grossesse précoce.
- Pourcentage de visites répétées à l'urgence dans les 30 jours suivant la visite initiale en cas de complications ou de perte au début de la grossesse

- Pourcentage de visites répétées à l'urgence dans les 30 jours suivant la visite initiale pour une grossesse extra-utérine tubaire et ses complications.
- Pourcentage de visites à l'urgence et à l'hôpital pour des complications ou des pertes au début de la grossesse qui ont nécessité une transfusion sanguine.
- Temps d'attente moyen entre la première présentation à un professionnel de la santé des complications au début de la grossesse ou de la perte de grossesse précoce et le diagnostic par échographie transvaginale des complications au début de la grossesse ou de la perte de grossesse précoce.
- Pourcentage de personnes souffrant de complications au début de la grossesse ou d'une perte de grossesse précoce qui sont satisfaites des soins qu'elles reçoivent.

Si d'autres sources de données sont élaborées, d'autres indicateurs pourraient être ajoutés.

Moyens de mesurer le succès à l'échelle locale

Les fournisseurs de soins peuvent vouloir surveiller leurs propres efforts d'amélioration de la qualité et évaluer la qualité des soins qu'ils fournissent aux personnes qui subissent des complications au début de la grossesse ou une perte de grossesse précoce. Il peut être possible de le faire en utilisant leurs propres dossiers cliniques, ou ils devront peut-être recueillir des données supplémentaires. Nous recommandons la liste suivante d'indicateurs, en plus de ceux énumérés ci-dessus, pour mesurer la qualité des soins que reçoivent les patients; ces indicateurs ne peuvent pas être mesurés à l'échelle provinciale à l'aide des sources de données actuellement disponibles :

- Temps d'attente moyen pour une procédure de dilatation et de curetage pour les personnes présentant une perte de grossesse intra-utérine précoce qui ont besoin de cette procédure.

En plus des mesures globales du succès, chaque énoncé de qualité de la norme est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs visent à orienter la mesure des efforts d'amélioration de la qualité liés à la mise en œuvre des énoncés.

Pour évaluer la prestation équitable des soins, les indicateurs propres à l'énoncé et les indicateurs globaux peuvent être stratifiés en fonction des caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme le revenu, la scolarité, la langue et l'âge.

Énoncés de qualité en bref

Énoncé de qualité 1 : Évaluation globale

Les personnes présentant des signes ou des symptômes de complications au début de la grossesse reçoivent une évaluation globale qui comprend une échographie transvaginale et une mesure de la bêta-hCG sérique.

Énoncé de qualité 2 : Services d'évaluation de la grossesse précoce

Les personnes souffrant de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce ont accès à des services d'évaluation de la grossesse précoce.

Énoncé de qualité 3 : Grossesse dont la localisation est inconnue

Les personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue (non visible dans l'utérus ou l'annexe, à l'échographie) reçoivent deux mesures de bêta-hCG sérique effectuées à 48 heures d'intervalle. Ils sont suivis jusqu'à ce qu'un diagnostic final soit posé ou jusqu'à ce que la bêta-hCG revienne à zéro.

Énoncé de qualité 4 : Diagnostic de la perte de grossesse précoce intra-utérine

Les personnes enceintes qui subissent une perte de grossesse intra-utérine au début de la grossesse reçoivent ce diagnostic le plus rapidement possible grâce à une échographie transvaginale. En attendant de savoir si la grossesse est viable ou non, elles reçoivent de l'information sur qui contacter, où aller et combien de temps il faut pour recevoir un diagnostic. Un diagnostic de perte de grossesse précoce est également communiqué aux prestataires de soins de santé primaires de la personne ou à d'autres prestataires de soins pertinents.

Énoncé de qualité 5 : Options de prise en charge de la perte de grossesse précoce intra-utérine

Les personnes ayant une perte de grossesse précoce intra-utérine reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale et chirurgicale) et sont aidées à prendre une décision éclairée sur l'approche de prise en charge qui leur convient le mieux, selon leur diagnostic, leur situation clinique, leurs valeurs et leurs préférences.

Énoncé de qualité 6 : Options de prise en charge pour la grossesse extra-utérine tubaire

Les personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire confirmée reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale et chirurgicale) et sont soutenues pour prendre une décision éclairée concernant leurs soins. Elles ont accès à l'option de prise en charge qu'elles préfèrent. Les professionnels de la santé surveillent étroitement les signes et les symptômes et organisent un accès approprié aux soins de suivi.

Énoncé de qualité 7 : Soins prodigués avec compassion

Les personnes et les familles qui connaissent des complications et/ou une perte au début de la grossesse sont traitées avec dignité et respect, et reçoivent un soutien de manière sensible, en tenant compte de leur situation personnelle et de leurs réactions émotionnelles, quel que soit l'endroit où elles reçoivent leurs soins.

Énoncé de qualité 8 : Soutien psychosocial et soutien par les pairs

Les personnes qui vivent une perte de grossesse précoce et leur famille reçoivent de l'information sur les services et les organismes de soutien psychosocial et de soutien par les pairs.

Évaluation globale

Les personnes présentant des signes ou des symptômes de complications au début de la grossesse reçoivent une évaluation globale qui comprend une échographie transvaginale et une mesure de la bêta-hCG sérique.

Contexte

Si l'on sait que la patiente est enceinte, une échographie transvaginale est recommandée pour déterminer la localisation de la grossesse et d'autres marqueurs de la croissance et de la viabilité.^{5,6} Une seule mesure de la bêta-hCG ne peut pas diagnostiquer la viabilité d'une grossesse, mais peut être nécessaire comme référence pour évaluer les valeurs futures et pour déterminer les prochaines étapes des soins pour une grossesse d'endroit inconnu (énoncé de qualité 3) ou pour une grossesse intra-utérine (énoncé de qualité 6).⁵ Les résultats de la bêta-hCG peuvent également aider à l'interprétation d'une échographie transvaginale.

Si une personne présente des signes ou des symptômes de complications au début de la grossesse, mais que son état de grossesse est inconnu, les professionnels de la santé devraient lui proposer un test de grossesse urinaire ou sérique (mesure de la bêta-hCG). Les personnes qui se présentent aux services de soins primaires et qui sont instables sur le plan hémodynamique ou qui s'inquiètent beaucoup du degré de douleur ou de saignement devraient être dirigées directement vers un service d'urgence.¹ Signes et symptômes de la grossesse extra-utérine peut ressembler à d'autres affections ou à une fausse couche.^{1,5} Si des affections nécessitant une prise en charge ou des soins immédiats ou d'urgence sont exclues, comme une grossesse extra-utérine rompue, des saignements vaginaux excessifs, une douleur intense ou une instabilité hémodynamique, l'évaluation ne doit pas nécessairement être effectuée en une visite ou par le même professionnel de la santé.

Après une évaluation globale, la grossesse sera classée dans l'une des catégories suivantes :

- Grossesse intra-utérine, se développant normalement
- Grossesse intra-utérine, ne se développant pas normalement
- Grossesse dont la localisation est inconnue
- Grossesse extra-utérine
- Perte de grossesse précoce, y compris une fausse couche complète, incomplète ou manquée

Cette catégorisation détermine les prochaines étapes appropriées, les options de prise en charge et les soins de suivi à offrir.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre fournisseur de soins de santé devrait :

- Vous poser des questions sur vos symptômes et vos antécédents médicaux.
- Vous proposer un test sanguin et une procédure connue sous le nom d'échographie transvaginale.

Ces étapes leur permettront d'évaluer votre grossesse et de vous proposer les prochaines étapes de vos soins.

Pour les cliniciens

Lorsqu'une personne présente des signes et/ou des symptômes de complications au début de la grossesse et de perte de grossesse précoce, effectuer une évaluation globale qui comprend une échographie transvaginale et un test mesurant la bêta-hCG sérique.

Pour les services de santé

S'assurer que tous les professionnels de la santé ont accès à des tests de grossesse s'ils s'occupent de personnes qui pourraient être enceintes. Offrir de la formation et de l'éducation aux professionnels de la santé sur l'évaluation des grossesses précoces et les soins prodigués avec compassion. Veiller à ce que les personnes souffrant de complications au début de la grossesse aient accès à une échographie transvaginale et à des tests mesurant la bêta-hCG sérique.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Signes et symptômes de complications au début de la grossesse

Il peut s'agir de douleurs abdominales, de douleurs pelviennes, de sensibilité pelvienne, de sensibilité annexielle, de sensibilité abdominale, de saignements vaginaux avec ou sans caillots, et/ou d'anomalies cliniques du rythme cardiaque fœtal ou de la croissance détectées par échographie, jusqu'à 13 semaines complètes de grossesse.

Évaluation globale

Une évaluation complète des complications au début de la grossesse comprend la prise des antécédents et des examens.

Prise des antécédents :

- Dernières menstruations normales
- Saignements vaginaux (quantité et caractéristiques)
- Douleurs ou crampes (gravité et localisation)
- Antécédents obstétricaux, médicaux et chirurgicaux, y compris les antécédents de perte de grossesse ou de grossesse extra-utérine, et utilisation de techniques de reproduction assistée
- Envisager un examen pelvien manuel et/ou un examen au spéculum si leur état de grossesse est inconnu ou si l'échographie n'est pas disponible
- Qui est leur partenaire, le proche, l'ami ou une autre personne de soutien (si personne n'est présent, offrez-lui de communiquer avec une de ces personnes)
- Détresse émotionnelle ou psychologique

Examens à envisager en fonction de la situation clinique :

- Mesure de la bêta-hCG dans l'urine (si le statut de la grossesse est inconnu)
- Groupe sanguin
- Hémoglobine
- Rhésus (Rh)

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes présentant des signes ou des symptômes de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce qui reçoivent une évaluation globale comprenant :

- **Mesure de la concentration sérique de bêta-hCG**
- **Échographie transvaginale**
- Dénominateur : nombre total de personnes présentant des signes ou symptômes de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une évaluation globale comprenant.
 - Mesure de la concentration sérique de bêta-hCG
 - Échographie transvaginale
- Source des données : collecte de données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Bêta-gonadotrophine chorionique humaine (bêta-hCG)

La bêta-hCG est une hormone qui augmente rapidement en début de grossesse. Elle peut être détectée par un test sanguin environ 11 jours après la conception et par un test urinaire environ 12 à 14 jours après la conception. Les tests de grossesse mesurent la présence et/ou la quantité de bêta-hCG dans le sang ou l'urine.

Échographie transvaginale

Une échographie transvaginale est réalisée en insérant une sonde échographique dans le vagin. Une échographie transvaginale devrait comprendre une échographie transabdominale. Cet examen est recommandé pour l'évaluation des complications au début de la grossesse ou de la perte de grossesse précoce en raison, car il permet une plus grande précision que l'échographie transabdominale seule. Le résultat d'un test bêta-hCG peut aider à l'interprétation de l'échographie transvaginale.

Services d'évaluation de la grossesse précoce

Les personnes souffrant de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce ont accès à des services d'évaluation de la grossesse précoce.

Contexte

Les services d'évaluation de la grossesse précoce sont recommandés pour fournir des soins de haute qualité, axés sur la patiente, aux personnes souffrant de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce.¹ Les personnes qui présentent des complications au début de la grossesse devraient être évaluées par un professionnel de la santé avant d'être dirigées vers des services d'évaluation de la grossesse précoce. Les personnes qui ont déjà subi une perte de grossesse précoce ou une grossesse extra-utérine peuvent bénéficier d'un accès direct. L'urgence du renvoi dépend de la situation clinique.¹

Les services d'évaluation de la grossesse précoce peuvent être adaptés à l'endroit et au contexte où les soins sont offerts, et peuvent être organisés, dotés en personnel et situés de diverses façons afin de mieux répondre aux besoins de la collectivité locale. Cela pourrait inclure l'utilisation de renvois électroniques ou de consultations électroniques pour améliorer l'accès aux soins spécialisés. Si le service n'est pas disponible et que les symptômes cliniques justifient une évaluation plus approfondie, les professionnels de la santé devraient diriger les personnes vers l'établissement accessible le plus proche qui offre une évaluation clinique spécialisée et une échographie avec accès à un soutien gynécologique spécialisé.¹

Les services d'évaluation de la grossesse précoce offrent un cheminement de soins en dehors du service d'urgence et assurent la continuité des soins, un suivi rapide et un point de contact unique pour les patientes et les familles. Cela exige la promotion de partenariats entre les équipes interdisciplinaires et les professionnels de la santé des services d'urgence, de l'imagerie diagnostique et des soins primaires.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2019¹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Des professionnels de la santé (comme un médecin de famille, une infirmière, une sage-femme ou un urgentologue) qui ont reçu une formation et qui ont de l'expérience en matière de soins pendant les complications en début de grossesse ou en cas de fausses couches devraient être disponibles dans votre région.

Pour les cliniciens

Être au courant des services d'évaluation de la grossesse précoce offerts dans votre région. Orienter les gens vers les services existants et s'assurer que l'information pertinente sur la santé est partagée avec les autres fournisseurs de soins, les patients et les familles.

Pour les services de santé

Veiller à ce que les services et les systèmes soient organisés de manière à ce que les services d'évaluation de la grossesse précoce soient disponibles au niveau régional.

Indicateurs de qualité

Indicateur structurel

Des services d'évaluation de la grossesse précoce qui sont accessibles 7 jours sur 7.

- Source des données : collecte de données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Services d'évaluation de la grossesse précoce

Les services de soins de santé qui ont une expertise dans le diagnostic et les soins des personnes souffrant de douleurs ou de saignements au début de la grossesse. Ils offrent une échographie transvaginale et une évaluation de la bêta-hCG sérique pour fournir des diagnostics et informer les options de prise en charge. Ils offrent de l'information et du soutien aux patients et aux familles, ainsi que des possibilités de prise de décision partagée. Les services d'évaluation de la grossesse précoce sont dotés de professionnels de la santé et de soutien ayant la formation et les compétences nécessaires pour fournir des soins compatissants (voir l'énoncé de qualité 7). Idéalement, les services d'évaluation de la grossesse précoce sont disponibles 7 jours sur 7.

Grossesse dont la localisation est inconnue

Les personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue (non visible dans l'utérus ou l'annexe, à l'échographie) reçoivent deux mesures de bêta-hCG sérique effectuées à 48 heures d'intervalle. Ils sont suivis jusqu'à ce qu'un diagnostic final soit posé ou jusqu'à ce que la bêta-hCG revienne à zéro.

Contexte

Le terme « grossesse de localisation inconnue » décrit un état temporaire jusqu'à ce qu'un diagnostic final de développement d'une grossesse intra-utérine, d'une grossesse extra-utérine ou d'une fausse couche puisse être posé. La plupart des grossesses dont la localisation est inconnue sont des grossesses intra-utérines, pas extra-utérines. Mais jusqu'à ce qu'une localisation soit confirmée, une grossesse dont la localisation est inconnue devrait être considérée comme potentiellement extra-utérine.⁵

La prise en charge recommandée consiste en deux mesures en série de la bêta-hCG sérique prises à 48 heures d'intervalle. Le fait que la concentration de bêta-hCG augmente, diminue ou plafonne détermine les prochaines étapes des soins et le besoin potentiel d'autres échographies ou mesures de la concentration de bêta-hCG.

Les patientes devraient être clairement informées des raisons pour lesquelles elles auront besoin de plusieurs rendez-vous de suivi et de l'endroit où elles doivent se rendre pour des échographies et des analyses sanguines répétées, si nécessaire. Si aucune grossesse intra-utérine ou extra-utérine n'est diagnostiquée, les patientes devraient être suivies jusqu'à ce que le niveau de bêta-hCG revienne à zéro. Les personnes enceintes avec une grossesse dont la localisation est inconnue devraient recevoir des conseils et des renseignements écrits clairs sur le moment et l'endroit où elles doivent retourner pour recevoir des soins de suivi et sur ce qu'elles doivent faire si elles présentent des symptômes nouveaux ou qui s'aggravent, notamment sur la façon d'accéder aux soins d'urgence. Les obstacles potentiels au suivi, y compris la langue ou la capacité d'assister aux rendez-vous de suivi, devraient être pris en considération et éliminés.

Pour de plus amples renseignements sur la grossesse dont la localisation est inconnue, voir le [cheminement de soins recommandé](#) élaboré par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2019¹ | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2016⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si votre test de grossesse est positif, mais qu'aucune grossesse n'est visible à l'échographie, vos fournisseurs de soins de santé devraient :

- Répéter les échographies et les analyses sanguines jusqu'à ce que votre grossesse soit localisée ou qu'un test de grossesse soit négatif.
- Vous dire quoi faire si vos symptômes s'aggravent.
- Vous dire comment obtenir des soins d'urgence.

Pour les cliniciens

Pour les personnes présentant une grossesse dont la localisation est inconnue, répéter les échographies et les mesures de la bêta-hCG sérique jusqu'à ce que la grossesse soit localisée ou que le taux de bêta-hCG soit ramené à zéro. Établir et suivre des lignes directrices et des protocoles clairs pour l'évaluation et le suivi de la grossesse dont la localisation est inconnue.

Pour les services de santé

Créer et maintenir des systèmes de soins de suivi pour les personnes présentant une grossesse dont la localisation est inconnue. Élaborer et diffuser de l'information aux patients et aux familles sur la façon d'accéder au suivi et aux soins d'urgence.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Annexe

Les structures qui se connectent à l'utérus, comme les trompes de Fallope et les ovaires.

Grossesse dont la localisation est inconnue

Une grossesse au cours de laquelle le test de grossesse est positif, mais aucune grossesse n'est visible dans l'utérus ou l'annexe à l'échographie.¹

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes présentant une grossesse dont la localisation est inconnue qui subissent une échographie transvaginale

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une évaluation par échographie transvaginale.
- Sources des données : collecte de données locales, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les demandes de remboursement en vertu du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Pourcentage de personnes présentant une grossesse dont la localisation est inconnue qui reçoivent des mesures de bêta-HCG sérique à 48 heures d'intervalle jusqu'à ce qu'un diagnostic soit confirmé ou que les taux reviennent à zéro

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent des mesures de bêta-HCG sérique à 48 heures d'intervalle jusqu'à ce qu'un diagnostic soit confirmé ou que les taux reviennent à zéro.
- Source des données : collecte de données locales.

Indicateur de résultat

Pourcentage de personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue qui présentent une grossesse extra-utérine rompue subséquente.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse dont la localisation est inconnue.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui présentent une grossesse extra-utérine rompue subséquente.
- Source des données : collecte de données locales.

Diagnostic de la perte de grossesse précoce intra-utérine

Les personnes enceintes qui subissent une perte de grossesse intra-utérine au début de la grossesse reçoivent ce diagnostic le plus rapidement possible grâce à une échographie transvaginale. En attendant de savoir si la grossesse est viable ou non, elles reçoivent de l'information sur qui contacter, où aller et combien de temps il faut pour recevoir un diagnostic. Un diagnostic de perte de grossesse précoce est également communiqué aux prestataires de soins de santé primaires de la personne ou à d'autres prestataires de soins pertinents.

Contexte

Les résultats de l'échographie transvaginale peuvent aider les professionnels de la santé et leurs patients à élaborer des stratégies de prise en charge ciblées individuellement.⁵ Idéalement, les échographies transvaginales devraient être effectuées et examinées par une personne ayant une formation et de l'expérience dans le diagnostic de la perte de grossesse précoce et de la grossesse extra-utérine.

Si l'échographie confirme une grossesse intra-utérine et que la patiente est cliniquement stable ou asymptomatique, une échographie de suivi doit être réservée pour 7 à 10 jours plus tard.⁵ Les personnes chez qui on a diagnostiqué une fausse couche complète devraient être avisées de revenir se faire soigner si elles présentent des symptômes nouveaux ou qui s'aggravent.⁵

La perte de grossesse précoce peut être diagnostiquée—et aucune autre échographie n'est nécessaire—lorsque l'échographie confirme une des situations suivantes⁵:

- Aucun embryon et un sac gestationnel intra-utérin d'au moins 25 mm de diamètre moyen; ou
- Une dégénérescence embryonnaire : un sac gestationnel intra-utérin, une couronne embryonnaire d'au moins 7 mm de long et aucune activité cardiaque fœtale.

4

Diagnostic de la perte de grossesse précoce intra-utérine

S'il n'y a pas d'activité cardiaque fœtale et que la longueur de la longueur totale est inférieure à 7 mm, le suivi doit comprendre une nouvelle échographie après 7 à 10 jours et/ou une mesure en série du taux de bêta-hCG. Le fait que le taux de bêta-hCG n'augmente pas comme il se doit confirme un diagnostic de perte de grossesse précoce.⁵

Un diagnostic de perte de grossesse précoce devrait être communiqué à la personne le plus rapidement possible, idéalement par la personne qui a demandé le test, dans un endroit privé. Lorsqu'une perte de grossesse survient au début de la grossesse, les professionnels de la santé devraient envisager d'offrir des images échographiques ou la possibilité pour les personnes et les familles qui vivent une perte de prendre leurs propres photos. Les professionnels de la santé devraient fournir un « certificat de maladie » à la personne et/ou à son partenaire, si nécessaire.

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2016⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos fournisseurs de soins de santé devraient :

- Diagnostiquer votre perte de grossesse précoce le plus rapidement possible.
- Vous dire qui communiquera avec vous pour vous faire part d'un diagnostic et combien de temps cela devrait prendre.
- Vous encourager à être accompagnée d'une personne de soutien lors de vos rendez-vous.

Pour les cliniciens

Orienter les personnes qui éprouvent des complications au début de la grossesse vers des services d'échographie ayant de l'expérience dans le diagnostic d'une perte de grossesse précoce. Fournir un diagnostic de perte de grossesse précoce le plus rapidement possible. Donner aux personnes et aux familles de l'information sur la réception des résultats de tests ou de diagnostics, y compris quand et comment elles doivent s'attendre à recevoir les résultats et si elles peuvent y accéder elles-mêmes (c.-à-d. en ligne). Encourager les patients à se faire accompagner d'une personne de soutien à leurs rendez-vous. Partager les résultats des tests avec d'autres professionnels de la santé impliqués dans les soins de la personne.

Pour les services de santé

Créer des processus clairs pour les résultats de l'échographie et les diagnostics de perte de grossesse intra-utérine au début de la grossesse à partager avec les professionnels de la santé concernés, les patientes et les familles le plus tôt possible. Veiller à ce que les politiques appuient la présence de personnes de soutien pendant les soins et les rendez-vous. Offrir une formation aux professionnels de la santé sur le diagnostic échographique de la perte de grossesse précoce et de la grossesse extra-utérine.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Grossesse intra-utérine

Une grossesse vue dans l'utérus à l'échographie.

Perte de grossesse précoce intra-utérine

Perte de grossesse précoce intra-utérine confirmée jusqu'à 13 semaines complètes de grossesse. Cela comprend les fausses couches complètes, manquées ou incomplètes.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Temps d'attente moyen entre la première présentation à un professionnel de la santé des complications au début de la grossesse ou de la perte de grossesse précoce et le diagnostic par échographie transvaginale de la perte de grossesse précoce intra-utérine.

- Description : nombre moyen de jours entre la première présentation à un professionnel de la santé des complications au début de la grossesse ou de la perte de grossesse précoce intra-utérine et le diagnostic par échographie transvaginale de la perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Source des données : collecte de données locales.

Indicateurs de résultat

Pourcentage de personnes ayant une perte de grossesse précoce intra-utérine qui sont satisfaites du temps d'attente pour recevoir le diagnostic.

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont satisfaites du temps d'attente pour recevoir le diagnostic.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine qui se rendent de nouveau au service d'urgence de façon non planifiée dans les 30 jours après leur visite initiale pour perte de grossesse précoce intra-utérine.

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui se sont rendues de nouveau au service d'urgence de façon non planifiée dans les 30 jours après leur visite initiale pour perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Source des données : SNISA.
- Remarque : Cet indicateur mesure un sous-ensemble de l'une des mesures globales du succès.

Options de prise en charge de la perte de grossesse précoce intra-utérine

Les personnes ayant une perte de grossesse précoce intra-utérine reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale et chirurgicale) et sont aidées à prendre une décision éclairée sur l'approche de prise en charge qui leur convient le mieux, selon leur diagnostic, leur situation clinique, leurs valeurs et leurs préférences.

Contexte

Lorsqu'un diagnostic de perte de grossesse précoce intra-utérine est confirmé, les professionnels de la santé devraient participer à la prise de décision avec la personne et sa famille pour l'aider à choisir l'option de prise en charge qui lui convient. La discussion devrait porter sur les avantages et les inconvénients possibles de chaque approche, y compris la nécessité éventuelle d'une prise en charge médicale ou chirurgicale après une prise en charge attentiste ou d'une prise en charge chirurgicale après un traitement médicamenteux. Le temps consacré et le nombre de rendez-vous de suivi pour chaque option devraient également être abordés.

Il y a trois options de prise en charge : les prises en charge attentiste, médicale et chirurgicale.

Prise en charge attentiste : Une approche de prise en charge « attentiste vigilante » dans laquelle la perte de grossesse précoce n'est pas traitée activement. L'objectif de la prise en charge attentiste est que les produits de la conception soient expulsés de l'utérus sans intervention. Ce processus peut prendre des jours ou des semaines. Parfois, la prise en charge attentiste ne sera pas efficace et des médicaments ou une intervention chirurgicale seront nécessaires.

Prise en charge médicale : L'utilisation de médicaments (misoprostol) pour dilater le col de l'utérus et faciliter l'expulsion des produits de la conception de l'utérus. Les personnes qui prennent du misoprostol dans le cadre de la prise en charge médicale devraient également recevoir de l'information sur les changements prévus dans les saignements, sur la façon de gérer la douleur et les nausées,

et sur les personnes à contacter si les saignements ne commencent pas dans les 24 heures.¹ On devrait leur offrir des médicaments contre la douleur et les nausées. La posologie recommandée pour le misoprostol¹ est la suivante :

- 800 µg par voie vaginale pour une fausse couche manquée.
- 600 µg par voie vaginale pour une fausse couche incomplète.
- On peut utiliser 800 µg pour les fausses couches manquées ou incomplètes afin de permettre l'alignement des protocoles de traitement.
- Certains fournisseurs de soins de santé prescrivent une deuxième dose à prendre à 24 heures si le saignement n'a pas commencé.
- L'administration par voie orale (comprimés placés dans la cavité buccale pendant 30 minutes) a un profil pharmacocinétique similaire à celui de la voie vaginale et constitue une voie d'administration prometteuse, mais des données supplémentaires sur son efficacité sont nécessaires pour les indications de perte de grossesse précoce.⁷

Des données récentes issues d'un essai clinique comparatif et randomisé appuient le prétraitement à la mifépristone, par opposition au misoprostol seul, chez les personnes dont la perte de grossesse précoce a été confirmée, afin d'augmenter la probabilité d'expulser complètement le sac gestationnel et d'éviter le traitement chirurgical.⁸ (La mifépristone est un médicament qui bloque la production de progestérone, une hormone nécessaire pour maintenir la paroi de l'utérus pendant la grossesse.) Une combinaison de mifépristone et de misoprostol (nom de marque Mifegymiso) est prescrite avec une dose de 200 mg de mifépristone en premier, suivie d'une dose de misoprostol 24 heures plus tard. À l'heure actuelle, la solution mifépristone plus misoprostol n'est pas disponible dans toutes les pharmacies ou tous les hôpitaux de l'Ontario. Il convient d'en tenir compte dans le processus de prise de décision partagée.

D'autres médicaments pour gérer la douleur et les nausées devraient être fournis. Les plans de suivi après la prise en charge médicale de la perte de grossesse précoce devraient être clairement expliqués aux patientes et à leur famille lorsqu'elles reçoivent leur congé du service d'urgence, de la clinique de grossesse précoce, du gynécologue ou de la clinique de soins primaires.

Prise en charge chirurgicale : Cette approche implique une aspiration utérine sous vide ou une dilatation et un curetage pour retirer chirurgicalement les produits de la conception de l'utérus.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2019¹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre fournisseur de soins de santé devrait :

- Discuter de vos options pour gérer votre perte de grossesse précoce afin de pouvoir choisir celle qui vous convient le mieux, à vous et à votre famille.
- Vous offrir de l'information écrite sur ce à quoi vous devez vous attendre, sur les plans de soins de suivi et sur la façon d'accéder aux services de soutien en cas de perte de grossesse.

Pour les cliniciens

Discuter de toutes les options de prise en charge de la perte de grossesse précoce intra-utérine avec la personne et sa famille. Leur donner de l'information sur les avantages et les inconvénients de chaque option. Fournir régulièrement des médicaments pour soulager la douleur et les nausées, s'il y a lieu. Expliquer clairement et fournir de l'information écrite sur les soins de suivi et les autres mesures de soutien disponibles en cas de perte de grossesse précoce.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des ressources soient disponibles pour les personnes qui subissent une perte de grossesse précoce intra-utérine afin qu'on leur offre le choix de l'option de prise en charge qui leur convient. Fournir des ressources écrites aux personnes et aux familles qui vivent une perte de grossesse précoce intra-utérine. Veiller à ce que des ressources soient disponibles pour permettre un accès en temps opportun à la salle d'opération pour les procédures de D&C en cas de perte de grossesse précoce.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Perte de grossesse précoce intra-utérine

Perte de grossesse précoce intra-utérine confirmée jusqu'à 13 semaines complètes de grossesse. Cela comprend les fausses couches complètes, manquées ou incomplètes.

Renseignements

Les gens devraient recevoir de l'information écrite et normalisée sur les éléments suivants^{1,6} :

- Comment avoir accès aux médicaments prescrits et les prendre.
- Quand et comment obtenir de l'aide si les symptômes s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, y compris comment accéder aux soins d'urgence.
- À quoi s'attendre et à quel moment assurer le suivi; par exemple, comment gérer tout symptôme continu si les saignements ou la douleur augmentent ou persistent plus longtemps que prévu.
- Ce qui est normal pour chaque option de prise en charge : délais, effets secondaires, rétablissement, saignements et douleur; cette information doit être adaptée à la situation clinique et à l'option de prise en charge choisie.
- Les taux de réussite associés à chaque option de prise en charge et ce qui se produirait si l'option de prise en charge n'était pas retenue.
- Soins postopératoires (pour les personnes subissant une intervention chirurgicale).
- Reprise de l'activité sexuelle, tentative de concevoir à nouveau et impacts potentiels sur la fertilité.
- Comment accéder au soutien psychosocial et au soutien par les pairs (voir l'énoncé de qualité 8).

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Temps d'attente moyen jusqu'à une procédure de dilatation et curetage pour les personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine qui avaient besoin d'une dilatation et d'un curetage.

- Description : Nombre moyen de jours entre le diagnostic de perte de grossesse précoce intra-utérine et la procédure de dilatation et de curetage pour les personnes qui avaient besoin de cette procédure.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage des personnes ayant une perte de grossesse précoce intra-utérine qui ont un rendez-vous de suivi avec un professionnel de la santé dans les 7 jours suivant leur visite initiale.

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont un rendez-vous de suivi avec un professionnel de la santé dans les 7 jours suivant leur visite initiale.
- Source des données : collecte de données locales.

Indicateur de résultat

Pourcentage de personnes ayant une perte de grossesse précoce intra-utérine qui déclarent participer à l'élaboration de leur plan de soins.

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant une perte de grossesse précoce intra-utérine.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent participer à l'élaboration de leur plan de soins
- Source des données : collecte de données locales.
 - Un exemple de question d'enquête validée qui peut être utilisée pour éclairer votre collecte de données locale est disponible dans le sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) : « Quand vous voyez votre fournisseur ou quelqu'un d'autre dans leur cabinet, à quelle fréquence vous impliquent-ils autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins et votre traitement? » (Options de réponse : « Toujours, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais, Volontaires cela dépend de qui ils voient et/ou pour quoi ils sont là, Volontaires aucune décision requise sur les soins ou le traitement / non applicable, Ne sais pas, Refuse de répondre »)

Options de prise en charge pour la grossesse extra-utérine tubaire

Les personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire confirmée reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale et chirurgicale) et sont soutenues pour prendre une décision éclairée concernant leurs soins. Elles ont accès à l'option de prise en charge qu'elles préfèrent. Les professionnels de la santé surveillent étroitement les signes et les symptômes et organisent un accès approprié aux soins de suivi.

Contexte

La grossesse extra-utérine doit toujours être considérée comme un diagnostic potentiel lorsque la douleur et les saignements sont présents au début de la grossesse. La grossesse extra-utérine peut entraîner des conséquences graves comme des saignements nécessitant une transfusion sanguine et peut être fatale si elle n'est pas traitée. Idéalement, les échographies transvaginales devraient être effectuées et examinées par une personne ayant une formation et de l'expérience dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Des soins de suivi étroit devraient être fournis par un gynécologue ou en consultation avec un gynécologue. Les grossesses extra-utérines peuvent être classées initialement comme grossesse dont la localisation est inconnue, car certaines sont trop petites pour être considérées comme une masse annexielle lors de la première échographie.⁶

L'échographie transvaginale est l'outil de diagnostic recommandé pour les grossesses extra-utérines.⁶ Les progrès de la technologie de l'échographie ont rendu possible un diagnostic précoce de grossesse extra-utérine, ce qui a fait de la prise en charge attentiste une option pour certaines personnes.¹ Le taux sérique initial de bêta-hCG au moment du diagnostic échographique est utile pour décider des options de prise en charge appropriées.

Pour toutes les options de traitement, les mesures sérielles de bêta-hCG doivent être suivies jusqu'à ce qu'elles reviennent à zéro. Si les niveaux ne baissent pas comme prévu, il existe un risque de rupture extra-utérine retardée.⁶

Les personnes ayant une grossesse extra-utérine devraient avoir accès à toutes les options de prise en charge appropriées. Si les établissements locaux n'offrent pas toutes les options, il devrait y avoir des voies d'aiguillage et des protocoles clairs pour le suivi.⁶ Pour toutes les options de prise en charge, les personnes devraient recevoir de l'information écrite sur ce à quoi s'attendre et ce qu'elles doivent faire si elles éprouvent des symptômes nouveaux ou qui s'aggravent, y compris la façon d'accéder aux soins d'urgence.

La **prise en charge attentiste** est une option pour les personnes enceintes qui sont cliniquement stables, avec un diagnostic échographique de grossesse extra-utérine tubaire et une diminution du taux de bêta-hCG initialement inférieur à 1 500 mUI/mL. Les taux de réussite signalés pour la prise en charge des personnes enceintes varient considérablement et dépendent de la sélection des cas, le succès plus élevé étant associé à des taux initiaux de bêta-hCG sériques inférieurs.⁶ Si l'on choisit la prise en charge attentiste, il est essentiel d'assurer un suivi étroit et d'être au courant de tout changement dans les signes ou les symptômes pour assurer la sécurité du patient.

Pour la **prise en charge médicale**, visant à mettre fin à la grossesse, une dose intramusculaire unique de 50 mg/m² (utiliser la surface corporelle pour calculer une dose spécifique du patient) de méthotrexate peut être offerte aux personnes présentant une grossesse extra-utérine tubaire qui répondent à ces critères :

- Être stables sur le plan hémodynamique
- Avoir un minimum de douleur
- Avoir un taux sérique de bêta-hCG allant jusqu'à 5 000 mIU/mL (bêta-hCG > 5 000 mIU/mL n'est pas une contre-indication absolue, mais est associée à un risque de rupture plus élevé)
- Être disposée et apte à se rendre à des rendez-vous de suivi de soins

Le méthotrexate ne doit pas être administré à moins que la grossesse extra-utérine tubaire soit confirmée et qu'une grossesse intra-utérine viable ait été exclue.⁶ La plus grande étude unique sur la méthotrexate pour la grossesse extra-utérine tubaire a connu un taux de réussite de 91 %.⁶

Deux mesures de suivi de la bêta-hCG doivent être prises les jours 4 et 7 après le traitement, puis chaque semaine jusqu'à ce qu'elles atteignent zéro. Si les taux de bêta-hCG plafonnent ou augmentent, les cliniciens devraient réévaluer l'état de la personne pour un traitement ultérieur. Si la bêta-hCG ne diminue pas d'au moins 15 % entre les jours 4 et 7, une échographie transvaginale répétée devrait être envisagée pour exclure l'activité cardiaque fœtale extra-utérine et un hémopéritoine important (sang dans l'abdomen). Ensuite, une deuxième dose de méthotrexate peut être envisagée.

Lorsqu'une **intervention chirurgicale** est nécessaire, une approche laparoscopique est recommandée. (La chirurgie laparoscopique utilise un tube muni d'une caméra insérée dans la paroi abdominale pour permettre au chirurgien de voir l'utérus et les trompes de Fallope.) Lorsqu'il y a une trompe de Fallope controlatérale saine, la salpingectomie (ablation de la trompe de Fallope) est préférée à la salpingostomie (incision dans la trompe de Fallope) chez les personnes n'ayant aucun problème d'infertilité ou aucune grossesse extra-utérine antérieure.⁶

Cet énoncé de qualité ne s'applique qu'aux grossesses extra-utérines tubaires. D'autres types de grossesses extra-utérines (p. ex. cicatrice de césarienne, ovarienne), bien que rares, doivent être exclus. D'autres types de grossesses extra-utérines nécessitent des approches de prise en charge différentes et dépassent le cadre de cette norme de qualité.

Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge de la grossesse dont la localisation est inconnue, voir le [cheminement de soins recommandé](#) élaboré par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2019⁶ | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016⁶ | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2016⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre fournisseur de soins de santé devrait :

- Discuter de vos options pour gérer votre grossesse extra-utérine afin que vous puissiez choisir celle qui est la meilleure pour vous et votre famille.
- Vous donner de l'information sur ce à quoi vous devez vous attendre pendant le traitement et sur ce que vous devez faire si vos symptômes changent ou s'aggravent.
- Continuer à surveiller votre santé.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes atteintes d'une grossesse extra-utérine tubaire le choix des options de prise en charge et discuter des avantages et des inconvénients de chaque approche. Discuter du taux de réussite estimé pour chaque option, en fonction du taux de bêta-hCG de la personne et de la probabilité d'échec du traitement. Organiser des mesures de suivi du taux de bêta-hCG jusqu'à ce que le niveau atteigne zéro.

Pour les services de santé

S'assurer que toutes les options de prise en charge pour la grossesse extra-utérine sont accessibles. Créer des processus et des protocoles pour s'assurer que les personnes traitées pour une grossesse extra-utérine ont des mesures du taux de bêta-hCG sérique jusqu'à ce que le niveau revienne à zéro.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire qui reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale, chirurgicale).

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Grossesse extra-utérine tubaire

Grossesse au cours de laquelle l'embryon s'implante dans une trompe de Fallope, à l'extérieur de la cavité endométriale. Cet énoncé de qualité ne s'applique pas à tout autre type de grossesse extra-utérine.

- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui reçoivent de l'information sur toutes les options de prise en charge possibles (attentiste, médicale, chirurgicale).
- Source des données : collecte de données locales.

Temps d'attente moyen entre la première présentation à un professionnel de la santé d'une grossesse extra-utérine tubaire et un diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire par un professionnel de la santé ayant une expertise en évaluation échographique.

- Description : nombre de jours moyen entre la première présentation à un professionnel de la santé d'une grossesse extra-utérine tubaire et un diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire par un professionnel de la santé ayant une expertise en évaluation échographique.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire qui reçoivent des soins de suivi par ou en consultation avec un gynécologue dans les 7 jours suivant leur visite initiale.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent des soins de suivi par ou en consultation avec un gynécologue dans les 7 jours suivant leur visite initiale.
- Source des données : collecte de données locales.

Indicateurs de résultat

Pourcentage de personnes avec une grossesse extra-utérine tubaire traitée au méthotrexate qui ont une rupture extra-utérine tubaire subséquente.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire traitée par méthotrexate.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui présentent une rupture de grossesse extra-utérine subséquente.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire rompue qui reçoivent une transfusion sanguine.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant une grossesse extra-utérine tubaire rompue.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une transfusion sanguine.
- Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP), SNISA.

Soins prodigués avec compassion

Les personnes et les familles qui connaissent des complications et/ou une perte au début de la grossesse sont traitées avec dignité et respect, et reçoivent un soutien de manière sensible, en tenant compte de leur situation personnelle et de leurs réactions émotionnelles, quel que soit l'endroit où elles reçoivent leurs soins.

Contexte

La perte au début de la grossesse a des significations psychologiques, physiques et sociales qui varient d'une personne à l'autre. Les complications au début de la grossesse peuvent être pénibles et inquiétantes pour la santé et la viabilité de la grossesse et des grossesses futures, même si les complications ne se terminent pas par une perte. Tout au long de tous les épisodes de soins, les personnes enceintes et leur famille devraient recevoir de l'information claire et fondée sur des données probantes au sujet des avantages, des inconvénients et des limites possibles des options de traitement afin qu'elles puissent prendre les décisions qui leur conviennent.

Tous les professionnels des soins de santé et de soutien qui travaillent ou travailleront probablement avec des personnes et des familles aux prises avec des complications au début de la grossesse et/ou une perte de grossesse précoce devraient recevoir une formation spécialisée en soins de compassion et de deuil. Les soins devraient tenir compte de l'équité en santé, y compris la culture, la langue, l'âge, la race et d'autres facteurs sociaux.

Pour de plus amples renseignements sur les soins prodigués avec compassion au service d'urgence, voir les [recommandations](#) formulées par le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH).⁹

D'autres [possibilités et ressources éducatives pour les professionnels de la santé et des services](#) sont disponibles par l'entremise du réseau PAIL.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2019¹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous et votre famille devriez être traités avec dignité et respect en tout temps. Les fournisseurs de soins de santé devraient tenir compte de vos besoins émotionnels et physiques et discuter des options de soutien affectif avec vous et votre famille.

Pour les cliniciens

Traiter tous les patients et les familles avec dignité et respect et fournir des soins compatissants et de l'information qui répondent aux besoins physiques et émotionnels. Donner des renseignements appropriés sur l'état de la personne, la façon dont elle peut avoir accès aux soins si nécessaire, et à quoi s'attendre physiquement et émotionnellement lors des complications au début de la grossesse et perte de grossesse précoce. Veiller à disposer de suffisamment de temps pour discuter de ces questions lors de chaque visite et fixer un rendez-vous supplémentaire si vous avez besoin de plus de temps.

Pour les services de santé

Offrir de l'éducation et de la formation sur la prestation de soins prodigués avec compassion à tous les professionnels de la santé et de soutien qui prodiguent des soins aux personnes souffrant de complications au début de la grossesse ou de perte de grossesse précoce. S'assurer que les fournisseurs et les équipes de soins de santé connaissent les ressources locales et qu'ils peuvent offrir des aiguillages vers des soutiens psychosociaux.

Indicateurs de qualité

Indicateur de résultat

Pourcentage de personnes ayant subi des complications au début de la grossesse ou une perte de grossesse précoce (et leurs familles) qui déclarent avoir été traitées avec dignité et respect par leurs professionnels de la santé.

- Dénominateur : nombre total de personnes qui connaissent des complications au début de la grossesse et/ou une perte de grossesse précoce (et leur famille).
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent être traitées avec dignité et respect par leurs professionnels de la santé.
- Source des données : collecte de données locales.

Soutien psychosocial et soutien par les pairs

Les personnes qui vivent une perte de grossesse précoce et leur famille reçoivent de l'information sur les services et les organismes de soutien psychosocial et de soutien par les pairs.

Contexte

Les personnes qui connaissent une perte de grossesse précoce et les membres de leur famille peuvent bénéficier d'un soutien psychosocial pendant et/ou après un besoin aigu de soins médicaux. Les problèmes psychosociaux peuvent ne pas être détectés ou traités lorsque la douleur et les saignements sont au cœur du traitement, mais les cliniciens devraient aussi évaluer régulièrement le bien-être psychosocial. Une évaluation psychosociale peut faciliter l'identification de tout soutien dont une personne ou sa famille peut avoir besoin. Les mesures de soutien et l'information offertes doivent être adaptées à la culture.

Bien que les gens puissent chercher du soutien et de l'assurance auprès des professionnels de la santé, ces interactions ne répondent pas toujours à leurs besoins. Pour de nombreuses familles, il est important de se sentir en contact avec d'autres personnes qui ont vécu une perte semblable et de parler de leur perte dans un endroit sûr,¹⁰ et le soutien par les pairs pourrait être plus approprié. Cependant, relativement peu de familles en Ontario qui subissent une perte au début de la grossesse se voient offrir un rendez-vous de soutien par les pairs et s'y rendent.²

Un soutien continu peut être bénéfique et devrait être adapté aux besoins changeants d'une famille. Les aiguillages peuvent être offerts au moment du diagnostic, aux rendez-vous de suivi ou plus tard par un prestataire de soins primaires.

Source : Consensus du comité consultatif

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos fournisseurs de soins de santé devraient vous offrir de l'information sur le soutien affectif et par les pairs. Ils devraient vous offrir un aiguillage vers un programme de soutien par les pairs si vous en avez besoin.

Pour les cliniciens

Se familiariser avec les groupes de soutien par les pairs et les programmes de perte de grossesse précoce dans votre collectivité. Offrir de l'information sur les ressources de soutien par les pairs et un renvoi, si le patient en veut un.

Pour les services de santé

S'assurer que les cliniciens connaissent les programmes et les groupes locaux de soutien par les pairs en cas de perte de grossesse précoce et qu'ils savent comment aiguiller les patientes. Veiller à ce que les ressources et les renseignements destinés aux patientes soient disponibles dans les hôpitaux et dans tous les milieux où les gens reçoivent des soins en cas de perte de grossesse précoce.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes subissant une perte de grossesse précoce (et leur famille) qui reçoivent de l'information sur les services et les organismes de soutien psychosocial et de soutien par les pairs.

- Dénominateur : nombre total de personnes qui connaissent une perte de grossesse précoce (et leur famille).
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on offre de l'information sur les services et les organismes psychosociaux et de soutien par les pairs.
- Source des données : collecte de données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs est un soutien émotionnel et pratique entre des personnes qui partagent une expérience commune. Il s'agit d'une discussion animée au cours de laquelle la famille se voit offrir un soutien émotionnel et social pour les réactions normales de deuil à leur perte. Le soutien par les pairs est offert par une personne qui a vécu une expérience de perte de grossesse précoce et qui a suivi une formation pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour accompagner une famille endeuillée dans son deuil. Le soutien par les pairs peut être offert sous diverses formes, y compris en personne, par téléphone et en ligne, et peut être offert aux parents endeuillés et à tout autre membre adulte de la famille touché par la perte.¹⁰

Soutien psychosocial

Soins liés à l'état de bien-être mental, émotionnel, social, culturel et spirituel d'une personne. Le soutien psychosocial peut être fourni par une grande variété de professionnels de la santé, de leaders du soutien par les pairs ou d'autres membres de la collectivité.

Remerciements

Santé Ontario (Qualité) et le Pregnancy and Infant Loss (PAIL) Network remercient le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) pour leur collaboration dans l'élaboration de cette norme de qualité.

Comité consultatif

Santé Ontario (Qualité) tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer cette norme de qualité.

Jackie Thomas (coprésidente)

Obstétricienne et gynécologue,
Mount Sinai Hospital

Catherine Varner (coprésidente)

Médecin, Schwartz/Reisman Emergency
Medicine Centre, Mount Sinai Hospital

Feben Aseffa

Conseillère en expérience de vie; spécialiste en
gestion de la qualité et des risques, Association
des sages-femmes de l'Ontario

Mostafa Atri

Directeur de l'échographie, Department of
Medical Imaging, University Health Network

Tracy Condon

Travailleuse sociale autorisée, Partners in
Pregnancy Clinic, Peterborough Family Health
Team

Josh Gohl

Infirmière autorisée, Linamar Emergency
Department, Guelph General Hospital

Sarah Gower

Médecin de famille rurale, Elora et Fergus

Kate MacWilliams

Chef de la pratique en collaboration,
Interprofessional Practice, St. Joseph's
Health Centre

Amy Moland-Osborne

Sage-femme autorisée, Boreal Midwifery
Practice

France Morin

Consultante en périnatalité, Programme
régional des soins à la mère et au nouveau-né
de Champlain

Heather Murray

Médecin, Service d'urgence, Kingston Health
Sciences Centre

Sachiko Nagasawa

Psychologue clinique, Bay Psychology

Summer O'Neill

Sage-femme autorisée, Obstétrique,
gynécologie et soins du nouveau-né,
L'Hôpital d'Ottawa

Andrea Paras

Conseillère en expérience de vie

REMERCIEMENTS SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Kristen Patrick

Infirmière praticienne, Sunset Country Family Health Team

Amanda Ross-White

Conseiller en expérience de vie; auteure et collaboratrice, Pregnancy After Loss Support

Gareth Seaward

Vice-président, Amélioration de la qualité et sécurité des patients, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université de Toronto

Modupe Tunde-Byass

Obstétricienne et gynécologue,
North York General Hospital

Références

1. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [Internet]. London: The Institute; 2019 [cited 2019 May]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
2. Watson J, Simmonds A, La Fontaine M, Fockler ME. Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):129.
3. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2005;173(8):905-12.
4. Glicksman R, McLeod S, Thomas J, Varner C. LO40: Services for emergency department patients experiencing early pregnancy complications: a survey of Ontario hospitals. *CJEM*. 2019;21(S1):S21-S2.
5. Morin L, Cargill YM, Glanc P. Ultrasound evaluation of first trimester complications of pregnancy (SOGC clinical practice guideline). *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(10):982-8.
6. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG* [Internet]; 2016 [cited 2018 Apr 12]; 123:e15–e55. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14189>
7. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(3):363-6.
8. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med*. 2018;378(23):2161-70.
9. Provincial Council on Maternal and Child Health. Early pregnancy loss in the emergency department: recommendations for the provision of compassionate care [Internet]. Toronto: The Council; 2017 [cited 2018 Aug]. Available from: <http://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2017/08/PCMCH-Early-Pregnancy-Loss-Report-2017AUG04.pdf>
10. Pregnancy and Infant Loss Network. Peer support programs [Internet]. Whitby (ON): The Network; n.d. [cited 2018 Nov]. Available from: <https://pailnetwork.sunnybrook.ca/support-for-families/programs-for-parents/>

À propos de nous

Une fois pleinement établie, notre but sera de permettre la prestation de soins et de services de santé de grande qualité pour tous les Ontariens, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, tout en leur offrant la meilleure expérience possible à chaque étape du parcours.

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

À propos du Pregnancy and Infant Loss (PAIL) Network

Le Pregnancy and Infant Loss (PAIL) Network est un programme provincial dont le mandat est d'offrir un soutien par les pairs aux familles qui vivent la perte d'une grossesse ou d'un nourrisson et une éducation aux fournisseurs de soins de santé qui prennent soin d'eux. Nos programmes de soutien sont dirigés par des bénévoles formés qui ont été confrontés de près à la perte de grossesse ou d'un nouveau-né. Nous sommes un organisme sans obstacle et inclusif. Nous pouvons fournir des interprètes en plusieurs langues, à la demande d'une famille.

Nous savons qu'il n'y a pas de limite de temps pour le deuil. Pour cette raison, les familles peuvent accéder à nos services à tout moment aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

L'expérience de la perte d'une grossesse ou d'un nourrisson peut être dévastatrice pour toutes les personnes concernées. Le PAIL Network aide les fournisseurs de soins de santé à faire une différence positive en cette période de perte en sachant quoi dire ou ne pas dire, et en fournissant des soins compatissants, sensibles et qualifiés.

Pour plus d'informations sur le PAIL Network : pailnetwork.sunnybrook.ca

Besoins de renseignements supplémentaires?

Visitez hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario (Qualité)

130, rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télec. : 416-323-9261

Courriel : qualitystandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca