

Au Canada, il est temps d'investir dans la simplification de la prise en charge de la fausse couche précoce dans le but de la rendre moins éprouvante

Catherine Varner MD MSc

■ *CMAJ* 2025 January 13;197:E30-1. doi : 10.1503/cmaj.241402-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 October 15;196:E1171-2. doi : 10.1503/cmaj.241402

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241402; voir la revue connexe ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231489-f.

Dans ce numéro du *JAMC*, Mehra et ses collègues¹ passent en revue le diagnostic et la prise en charge de la fausse couche précoce, aussi appelée mort fœtale précoce ou avortement spontané, qui affecte 1 grossesse sur 5 au Canada. Les symptômes de la fausse couche précoce, comme les saignements vaginaux et la douleur, sont souvent bénins au début et s'intensifient au cours des jours ou semaines qui suivent. La patientèle a fait état d'expériences fort négatives lors de ses consultations auprès des établissements de santé canadiens pour ce type de symptômes. Au moins 1 région du Canada a reconnu des lacunes à ce chapitre et adopté des normes de soins pour la prise en charge de la fausse couche précoce en 2019², et pourtant, la situation n'a pas beaucoup changé. Les systèmes de santé canadiens doivent veiller à simplifier l'accès à des soins immédiats et à un suivi pour quiconque présente des symptômes de fausse couche précoce.

La patientèle qui présente des saignements ou des saignements vaginaux ou une douleur intense au début d'une grossesse se tourne rapidement vers son médecin de famille, une clinique sans rendez-vous ou un service des urgences, alors qu'aucune rencontre n'a encore eu lieu avec une équipe obstétricale et que les services hospitaliers d'obstétrique ne reçoivent pas la patientèle avant 20 semaines de gestation. Une étude de 2020 sur toutes les grossesses documentées en Ontario au cours d'une période de 15 ans a révélé que 4 personnes sur 5 présentant une menace de fausse couche précoce ou une fausse couche spontanée ont consulté un service des urgences³. Même si le service des urgences est l'endroit le plus sécuritaire pour qu'une personne enceinte soit traitée rapidement en cas d'hémorragie utérine massive ou de rupture présumée d'une grossesse ectopique, quand sa situation n'est pas grave, elle y reçoit sou-

vent des soins sous-optimaux⁴. Elle séjourne à l'établissement plus longtemps que la moyenne, doit demeurer assise dans une salle d'attente et a l'impression qu'elle « fait perdre son temps au personnel » compte tenu de l'achalandage des lieux et de la stabilité relative de son état comparativement à celui de malades plus gravement atteints^{4,5}. La continuité des soins pose aussi problème, car plusieurs obtiennent leur congé sans plan de suivi ni médecin attiré à leur cas, ce qui contribue à des taux plus élevés de retour au service des urgences et expose la patientèle à un risque de complications évitables, comme une rupture de grossesse ectopique ou une hémorragie massive^{4,5}.

Les répercussions psychologiques d'une mauvaise expérience au service des urgences lors d'une fausse couche précoce sont également lourdes, surtout lorsque l'accès à des soins de suivi adéquats est limité ou inexistant. Une revue narrative des effets psychologiques de la fausse couche précoce a révélé que de 4-6 semaines après la fausse couche, entre 8% et 20% des personnes présentaient des symptômes excédant le seuil correspondant à une dépression modérée, entre 18% et 32% souffraient d'anxiété et entre 25% et 29% d'un trouble de stress post-traumatique; il leur a fallu une année complète pour se rétablir psychologiquement⁶. Comme les séquelles physiques et psychologiques d'une fausse couche précoce peuvent également affecter le travail, les relations interpersonnelles et familiales, les conséquences sociétales sont immenses et trop peu reconnues⁷.

Selon les données accumulées depuis une décennie, il est préférable que les personnes subissant une fausse couche précoce évitent les services d'urgence. C'est ce qui a donné naissance aux cliniques d'évaluation du premier trimestre de grossesse (EPAC, pour « early pregnancy assessment clinic ») dans certains systèmes de santé, comme au Royaume-Uni et aux

Pays-Bas^{8,9}, et permet de contourner les fastidieuses demandes de consultation. Ces cliniques fonctionnent selon un modèle d'évaluation rapide et se sont révélées en mesure d'offrir plus facilement des soins de meilleure qualité à moindre coût⁸. Le système de santé national au Royaume-Uni a créé 200 EPAC et les soins qui y sont dispensés ont un effet positif sur le bien-être physique et psychologique⁹.

Reconnaissant ce problème et sa solution, en 2019, Qualité des services de santé Ontario s'est doté d'une norme de qualité pour les complications et les fausses couches en début de grossesse et a formulé 8 recommandations à l'intention des équipes soignantes et des systèmes². L'une d'entre elles stipule que toute personne présentant des symptômes de fausse couche doit avoir accès à des services d'évaluation en début de grossesse, au moins sous la forme d'un suivi auprès d'une équipe en mesure de prendre en charge d'éventuelles complications après une consultation au service des urgences ou à la clinique de soins primaires. Cinq ans plus tard, on note que les progrès sont minimes, voire nuls pour ce qui est d'atteindre cet objectif. Les EPAC demeurent un rêve illusoire pour bien des gens, surtout en région rurale au Canada.

Les responsables des orientations politiques sanitaires devraient profiter des innovations actuelles en matière de soins de santé pour défendre les intérêts de cette patientèle touchée par un problème que l'éloignement peut aggraver, pour lequel il existe des normes de soins bien définies et une solution de rechange éprouvée et économique aux consultations aux services des urgences déjà trop achalandés. Des données probantes obtenues des EPAC relevant d'autres systèmes de santé devraient encourager le Canada à multiplier ces cliniques, augmenter leurs heures d'ouverture et permettre à la patientèle d'y consulter sans passer par le fastidieux processus des demandes de consultation afin d'améliorer les soins physiques et psychologiques aux personnes enceintes aux prises avec un problème courant susceptible, faute d'un accès rapide à des soins et à un suivi adéquats, d'entraîner des souffrances indues.

La multiplication des EPAC pourrait améliorer les soins pour la majeure partie de la patientèle qui subit une fausse couche lorsque le traitement médicamenteux échoue, et pour les personnes qui préfèrent une prise en charge chirurgicale, il peut y avoir des retards additionnels, voire un manque d'accès aux soins chirurgicaux. Certains hôpitaux ne sont pas en mesure de servir cette patientèle, compte tenu de l'indisponibilité des blocs opératoires pour des chirurgies électives et se fient aux cliniques d'avortement pour ce type de prise en charge. Même si la patientèle s'ajoute aux listes d'attente pour les chirurgies urgentes, elles sont encore en attente lorsqu'un fœtus ayant une forme reconnaissable est expulsé spontanément à la maison ou dans la salle d'attente d'un service des urgences, le tout accompagné de saignements abondants et de douleur¹⁰. Alors que les provinces s'appêtent à financer de nouveaux modèles de soins chirurgicaux en consultation ambulatoire, elles devraient envisager également les interventions gynécologiques urgentes puisque ces centres chirurgicaux pourraient être un milieu idéal où coordonner ces interventions peu risquées. Ne pas aller en ce sens serait une grave erreur.

Étant donné que les systèmes de santé misent actuellement sur les innovations qui visent à fournir les bons soins, au bon endroit, au bon moment, et par la bonne équipe soignante, la priorisation des personnes qui subissent une fausse couche précoce mérite qu'on s'y intéresse en raison du risque de répercussions physiques et psychologiques à long terme lié aux modèles de soins existants. Il est temps d'investir dans des cliniques d'évaluation du premier trimestre de grossesse qui sont mieux équipées pour offrir une expérience adaptée et centrée sur la patientèle et une meilleure compréhension des complications et des fausses couches en début de grossesse actuellement prises en charge dans les services d'urgence débordés.

Références

1. Mehra VM, Farooqi S, Sriram P, et al. Diagnosis and management of early pregnancy loss. *CMAJ* 2024;196:E1162-8.
2. Early pregnancy complications and loss: care for adults in all settings. Toronto: Ontario Health (Quality); 2019:1-42. Accessible ici : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-early-pregnancy-complications-and-loss-quality-standard-en.pdf> (consulté le 19 sept. 2024).
3. Varner CE, Park AL, Little D, et al. Emergency department use by pregnant women in Ontario: a retrospective population-based cohort study. *CMAJ Open* 2020;8:E304-12.
4. Rojas-Luengas V, Seaton B, Dainty K, et al. The emergency department experience of patients with early pregnancy complications: a qualitative study. *CJEM* 2019;21:798-802.
5. Dainty KN, Seaton MB, McLeod S, et al. Reframing how early pregnancy loss is viewed in the emergency department. *Qual Health Res* 2021;31:1119-28.
6. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, et al. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update* 2018;24:731-49.
7. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021;397:1658-67.
8. van den Berg MMJ, Goddijn M, Ankum WM, et al. Early pregnancy care over time: Should we promote an early pregnancy assessment unit? *Reprod Biomed Online* 2015;31:192-8.
9. Keeney E, Memtsa M, Goodhart V, et al. An observational cohort study of health outcomes and costs associated with early pregnancy assessment units in the UK. *BMC Health Serv Res* 2022;22:319.
10. Kirkey S. 'Oh, sorry you lost your baby': Women share 'appalling' stories of miscarriage treatment in Canada. *National Post* le 6 juill. 2022. Accessible ici : <https://nationalpost.com/news/canada/oh-sorry-you-lost-your-baby-women-share-appalling-stories-of-miscarriage-treatment-in-canada> (consulté le 19 sept. 2024).

Intérêts concurrents : www.cmaj.ca/staff

Affiliations : Rédactrice adjointe, *JAMC*; Schwartz/Reisman Emergency Medicine Institute (Varner); Département de médecine d'urgence, Sinai Health, Département de médecine familiale et communautaire (Varner), University of Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : *CMAJ* editor, editorial@cmaj.ca