

# Pallier la fragmentation des soins en début de grossesse au Canada

Catherine E. Varner MD MSc, Joel G. Ray MD MSc

■ Citation : *CMAJ* 2023 November 20;195:E1555-6. doi : 10.1503/cmaj.231568-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231568](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231568); voir le commentaire connexe ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230620-f](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230620-f)

Dans le présent numéro du *JAMC*, le Dr Jain et son équipe préconisent le dépistage multifactoriel du risque de prééclampsie précoce, suivi de la prescription d'acide acétylsalicylique (AAS) en cas de résultat positif<sup>1</sup>. Réalisé à environ 12 semaines de grossesse, ce dépistage permet de calculer le risque d'après les facteurs de risque cliniques, les résultats d'une échographie des artères utérines et des analyses biochimiques. Chez les personnes obtenant un résultat positif, la prise quotidienne d'AAS jusqu'à 36 semaines de grossesse réduit sensiblement le taux de prééclampsie précoce<sup>1</sup>. Malgré l'efficacité reconnue de la stratégie de prévention intégrée, son adoption est lente<sup>2</sup>; les freins à sa mise en œuvre révèlent le degré de fragmentation des soins en début de grossesse au Canada.

L'arrivée d'un nouvel outil de dépistage au premier trimestre donne l'occasion d'examiner d'un œil critique la prestation de soins en début de grossesse au Canada. La proportion de femmes ne recevant pas de soins prénataux adéquats a augmenté au cours de la dernière décennie<sup>3</sup>. En outre, 1 personne enceinte sur 5 ne peut pas profiter, en temps opportun, du dépistage génétique du premier trimestre, en particulier dans les régions rurales<sup>4</sup>.

Les soins préconceptionnels et ceux au cours du premier trimestre de grossesse sont généralement donnés par les médecins de famille ou en clinique sans rendez-vous<sup>5</sup>, mais les adultes en âge de procréer sont les moins susceptibles d'avoir une ou un prestataire de soins primaires<sup>6</sup>, surtout dans le contexte actuel de crise en soins primaires<sup>7</sup>. En outre, de moins en moins de médecins de famille fournissent des soins de maternité complets<sup>5</sup>, ce qui creuse un fossé grandissant en matière de soins en début de grossesse. En raison de la forte demande de ce type de soins, les obstétriciennes, les obstétriciens et les sages-femmes ne sont pas en mesure de pallier l'attrition des médecins de famille. Environ 40% des femmes enceintes en Ontario se rendent aux services d'urgence pendant ou peu après la grossesse<sup>8</sup>, et l'impossibilité d'obtenir facilement des soins en début de grossesse n'est sûrement pas étranger à ce phénomène<sup>9</sup>.

Devant la fréquence accrue de la morbidité maternelle attribuable à la prééclampsie<sup>10</sup>, cette stratégie de prévention précoce de la prééclampsie est opportune et pertinente pour toutes

les femmes en début de grossesse. Les troubles hypertensifs de la grossesse, surtout la prééclampsie grave d'apparition précoce, comportent des risques importants pour la mère, le fœtus et le nouveau-né<sup>11</sup>. Sans stratégie de prévention généralisée, on s'attend à une aggravation de la situation au Canada. Par exemple, la présence du diabète, de l'obésité et de l'hypertension avant la grossesse, troubles associés à la prééclampsie, est de plus en plus fréquente : elle touche respectivement 1%, 18% et 1% des naissances au pays<sup>12</sup>. À ce jour, la prévention de la prééclampsie par l'AAS est rare au Canada<sup>2</sup>, en partie en raison du manque de prestataires de soins en début de grossesse et des difficultés d'accès à l'échographie en temps opportun.

Dans de nombreuses régions au Canada, on manque de technologues maîtrisant l'échographie Doppler des artères utérines et de laboratoires pouvant effectuer des mesures normalisées du facteur de croissance placentaire, un élément du dépistage multimodal. Les populations en région rurale doivent parfois parcourir de longues distances pour accéder à des centres en mesure de fournir ces services d'imagerie et d'analyse. Même en ville, des patientes et des prestataires disent avoir du mal à accéder à des services d'échographie interprétée par une ou un radiologiste en début de grossesse; la difficulté d'obtenir en temps opportun une échographie est aussi un facteur du recours aux services d'urgence pendant le premier trimestre<sup>13</sup>. En Ontario, il est alarmant de constater que 4 personnes sur 5 ayant des symptômes de fausse couche consultent les services d'urgence<sup>8</sup> et que beaucoup y retournent pour recevoir des soins de suivi<sup>14</sup>.

L'anxiété associée aux problèmes de santé et l'inaccessibilité à des services de soins prénataux d'urgence jouent un rôle important dans la décision de se rendre aux services d'urgence<sup>15</sup>. Ces facteurs doivent être soigneusement pris en considération dans le cadre de la mise en place du dépistage multifactoriel en soins primaires ou de la prise en charge des cas de dépistage positif par les prestataires de soins primaires. Après le dépistage, les résultats doivent être communiqués rapidement afin de permettre aux personnes en début de grossesse et aux prestataires de soins d'avoir une discussion éclairée sur l'amorce du traitement par l'AAS. Il est

donc fondamental de présenter aux prestataires des lignes de conduite claires et accessibles afin qu'ils puissent conseiller les personnes ayant obtenu un résultat positif, étant donné que le manque de connaissances sur les avantages de l'AAS et les risques de la prééclampsie diminue l'observance thérapeutique<sup>16</sup>.

Des obstacles semblables ont déjà été surmontés dans le contexte du dépistage sérologique des trisomies et des malformations par défaut de soudure de la colonne vertébrale<sup>17</sup>, mais le dépistage multimodal généralisé de la prééclampsie précoce peut avoir des conséquences inattendues, liées notamment au taux de faux positifs fixe de 10% recommandé<sup>18</sup>. Une hausse, même marginale, des demandes de consultation en obstétrique et gynécologie et en médecine maternelle et fœtale pourrait accabler les systèmes de soins maternels surchargés, qui font déjà face à une crise d'effectifs<sup>19</sup>. Par exemple, une personne en début de grossesse considérée comme ayant un risque élevé de prééclampsie précoce subira-t-elle des examens de surveillance en cascade, y compris une consultation spécialisée qui coûte cher dans un centre potentiellement lointain? Afin de limiter les consultations imprévues en surspécialité après un dépistage positif, il faut communiquer clairement avec la personne et les prestataires pour éviter des classements erronés de patients durant l'établissement des programmes dans les régions et les provinces.

La mise sur pied d'une stratégie de prévention de la prééclampsie donne l'occasion d'améliorer la prestation de soins au premier trimestre. Dans certains pays comparables au Canada, au lieu de laisser aux femmes enceintes ou aux médecins de famille le fardeau de s'orienter dans le dédale des systèmes fragilisés, on a recours à des équipes interdisciplinaires, spécialement affectées à ce type de tâche, faciles d'accès en début de grossesse et équipées pour prendre en charge les complications précoces comme les fausses couches<sup>20,21</sup>.

Les personnes en début de grossesse ont besoin d'un accès simple et centralisé à divers types de soins : en début de grossesse, prénataux, liés aux complications et d'atténuation des risques présentés par les maladies antérieures. Le commentaire du Dr Jain et son équipe sur le dépistage multimodal de la prééclampsie précoce<sup>1</sup> rappelle aussi qu'il est possible de redresser les systèmes de soins en début de grossesse fragilisés au Canada.

## Références

- Jain V, Bujold E. Screening for preeclampsia risk and prophylaxis with acetylsalicylic acid. *CMAJ* 2023;195:E1557-8.
- Ray JG, Abdulaziz KE, Berger H; DOH-NET (Diabetes, Obesity, and Hypertension in Pregnancy Research Network). Aspirin use for preeclampsia prevention among women with prepregnancy diabetes, obesity, and hypertension. *JAMA* 2022;327:388-90.
- Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, et al. Inequities in utilization of prenatal care: a population-based study in the Canadian province of Manitoba. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:430.
- Hayeems RZ, Campitelli M, Ma X, et al. Rates of prenatal screening across health care regions in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2015;3:E236-43.
- Biringer A, Maxted J, Graves L. *Family medicine maternity care: implications for the future*. Mississauga (ON): The College of Family Physicians of Canada; 2009. Accessible ici : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Maternity-and-Newborn-Care/Family-Medicine-Maternity-Care-Implications-for-the-Future.pdf> (consulté le 21 sept. 2023).
- Primary health care providers, 2019 [feuilles d'information de la santé]. Cat. no. 82-625-X. Ottawa: Statistics Canada; 2020. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm> (consulté le 21 sept. 2023).

- Mangin D, Premji K, Bayoumi I, et al.; Ontario COVID-19 Science Advisory Table. Brief on primary care Part 2: factors affecting primary care capacity in Ontario for pandemic response and recovery. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table* 2022;3. doi : 10.47326/ocsat.2022.03.68.1.0.
- 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.
- 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.
- Fleszar LG, Bryant AS, Johnson CO, et al. Trends in state-level maternal mortality by racial and ethnic group in the United States. *JAMA* 2023;330:52-61.
- Pregnancy Mortality Surveillance System. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; révisé le 23 mars 2023. Accessible ici : <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm> (consulté le 23 sept. 2023).
- Berger H, Melamed N, Murray-Davis B, et al.; DOH-NET (Diabetes, Obesity, and Hypertension in Pregnancy Research Network) and the Southern Ontario Obstetrical Network (SOON) Investigators. Prevalence of pre-pregnancy diabetes, obesity, and hypertension in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:1579-88.e2.
- Beernink RHJ, Scherjon SA, Cremers TIFH, et al. Cost-effectiveness analysis of a first-trimester screening test for preterm preeclampsia in the Netherlands. *J Reprod Immunol* 2023 Sept. 1 [Cyberpublication avant impression];160:104141. doi : 10.1016/j.jri.2023.104141.
- Glicksman R, McLeod SL, Thomas J, et al. Services for emergency department patients experiencing early pregnancy complications: a survey of Ontario hospitals. *CJEM* 2019;21:653-8.
- Mazzoni D, Amadori R, Sebi V, et al. Health anxiety and oppressive support: their impact on decisions for non-urgent use of the emergency department of obstetrics and gynecology. *Curr Psychol* 2023 Sept. 20 [Cyberpublication avant impression]. doi : 10.1007/s12144-023-05198-5.
- Vinogradov R, Smith VJ, Robson SC, et al. Aspirin non-adherence in pregnant women at risk of preeclampsia (ANA): a qualitative study. *Health Psychol Behav Med* 2021;9:681-700.
- Summers AM, Farrell SA, Huang T, et al. Maternal serum screening in Ontario using the triple marker test. *J Med Screen* 2003;10:107-11.
- Ontario Health (Quality). First-trimester screening program for the risk of preeclampsia using a multiple-marker algorithm: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* 2022;22:1-118.
- Coolen J, Wells T, Young C, et al. Society of obstetricians and gynaecologists of Canada junior member committee survey: future career plans of Canadian obstetrics and gynaecology residents. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30:1140-5.
- Adolfsson A, Tullander-Tjörnstrand K, Larsson P-G. Decreased need for emergency services after changing management for suspected miscarriage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:921-3.
- Midwifery in the Netherlands. Utrecht (the Netherlands): Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Accessible ici : <https://www.knov.nl/english> (consulté le 21 sept. 2023).

**Intérêts concurrents :** [www.cmaj.ca/staff](http://www.cmaj.ca/staff) (Varner). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

**Affiliations :** Rédactrice adjointe, *JAMC* (Varner); Institut de médecine d'urgence Schwartz/Reisman (Varner); Département de médecine d'urgence (Varner), Système de santé Sinai, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto; ICES Central (Ray); Centre de recherche Keenan (Ray), Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael; départements de médecine, d'obstétrique et gynécologie (Ray), Hôpital St. Michael, 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>

**Correspondance :** Rédaction du *JAMC*, [editorial@cmaj.ca](mailto:editorial@cmaj.ca)