

Grossesse - Soutien à la pratique clinique et processus administratifs

Contents

Préconception	2
Rendez-vous préconceptionnel.....	2
Premier trimestre (jusqu'à 14 semaines).....	4
Première visite	4
Dépistage des problèmes de santé mentale lors de la grossesse.....	7
Exercice.....	7
Les substances	7
Nausées	8
Infections des voies urinaires.....	9
Saignement au premier trimestre	9
Deuxième trimestre (de 14 à 28 semaines)	11
14 à 16 semaines.....	11
17 à 21 semaines.....	12
24 à 28 semaines.....	13
Soins dentaires pendant la grossesse.....	13
Troisième trimestre (de 28 à 40 semaines).....	14
28 semaines	14

Transfert des soins au clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement.....	14
32 à 40 semaines.....	15
Prise de poids.....	16
Post-partum.....	16
Immédiatement post-partum	16
Rendez-vous post-partum.....	17
Ressources.....	17

Préconception

Rendez-vous préconceptionnel	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse et examen physique complets • Évaluer l'impact des problèmes médicaux actuels (ex. diabète, hypertension artérielle (HTA))
Examens et références à considérer	<ul style="list-style-type: none"> • Formule sanguine complète (FSC) • Titrage des anticorps antirubéoliques • Gonorrhée, chlamydia, syphilis, VIH, hépatite B, hépatite C • Dépistage du cancer du col de l'utérus (s'il n'est pas à jour) • Mesure de la glycémie (s'il y a des facteurs de risque) • Examiner les recommandations formulées lors des grossesses antérieures, s'il y a lieu. Délai entre les grossesses. • Tests de dépistage de porteur de maladies génétiques (en fonction des antécédents familiaux – autorisation spéciale requise)
Conseils préconceptionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs liés au mode de vie : <ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues (voir Les substances à la page ___) - Poids et nutrition (voir prise de poids à la page ___)

	<ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de sommeil Exercice Surveillance du cycle menstruel • Relations interpersonnelles saines/violence entre partenaires intimes • Activités sexuelles pendant la grossesse : Pour les patientes à faible risque, les relations sexuelles, y compris les relations vaginales, orales et anales, sont normales et sécuritaires pendant la grossesse. Il est généralement recommandé aux patientes à risque accru d'accouchement prématuré (grossesse multiple, antécédents de naissance prématurée ou col de l'utérus court) ou de placenta prævia de s'abstenir de toute activité sexuelle durant la grossesse.ⁱ • Examiner le risque associé à l'âge de la mère supérieur à 40 ans : l'avortement spontané, le placenta prævia, le diabète gestationnel sucré, la prééclampsie, la césarienne, l'accouchement prématuré, le RCF, la mortinaissance, et les anomalies congénitales, surtout un chromosome X supplémentaire ou une trisomie 13, 18, 21 (voir le dépistage génétique à la page ___)ⁱⁱ • Exposition professionnelle (voir l'Instr SSFC 4440-20)
Médicaments, vaccinations et suppléments	<ul style="list-style-type: none"> • Profil médicamenteux: Sécurité des médicaments (ordonnances et en vente libre) • Immunisation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Le vaccin antigrippal devrait être offert à toutes les patientes pendant la saison de la grippe afin d'aider à protéger à la fois la mère et le nourrisson. ○ L'administration de vaccins vivants n'est pas recommandée pendant la grossesse. Il faut conseiller aux patientes non immunisées de se faire vacciner avant la conception ou après l'accouchement. ○ La vaccination contre la COVID-19 est recommandée pendant la grossesse, peu importe le trimestre, ainsi que pendant l'allaitement. Le moment de la vaccination devrait être planifié de façon à optimiser les avantages pour la mère. Les doses de rappel devraient être offertes selon des horaires réguliers.ⁱⁱⁱ • Les vitamines prénatales et la supplémentation en acide folique^{iv}: Les patientes devraient commencer à prendre des vitamines prénatales trois mois avant la conception prévue, ou dès que la grossesse est diagnostiquée. Au moment de la rédaction du présent document, les vitamines prénatales sont couvertes par la Liste des médicaments des FAC en vertu d'une autorisation spéciale. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patientes à faible risque : 0,4 mg par jour (inclus dans la plupart des vitamines prénatales) ○ Les patientes à risque moyen : 1 mg par jour jusqu'à la 12e semaine de grossesse. Les risques comprennent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ des antécédents familiaux d'anomalies attribuables à une carence en folate ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ un diabète préexistant ; ▪ un syndrome de malabsorption chez la mère ; ou ▪ la prise de médicaments qui ont un effet sur le métabolisme du folate ○ Les patientes à risque élevé : 4 mg jusqu'à la 12e semaine de grossesse. Les risques comprennent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ antécédents personnels maternels ou paternels d'anomalie du tube neural ; ou ▪ grossesse antérieure avec anomalie du tube neural.
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> ● Aiguillages, au besoin, pour répondre rapidement aux préoccupations en matière de santé. Les considérations relatives à l'aiguillage précoce vers des soins spécialisés incluent une grossesse multiple, une maladie chronique complexe, des médicaments nécessitant des conseils personnalisés, un placenta praevia complet, des anomalies fœtales observées sur l'échographie morphologique, un âge maternel avancé (> 40 ans), un accouchement prématuré antérieur, une prééclampsie antérieure ou un diabète gestationnel antérieur sous insuline.

Premier trimestre (jusqu'à 14 semaines)

Première visite	
Confirmation de la grossesse (idéalement entre la 6e et la 12e semaine)	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen des antécédents (obstétriques, familiaux, médicaux) ● Évaluation physique (taille, poids, pression artérielle) (utiliser le dossier prénatal local ou provincial)
Examens et références à considérer	<p>Analyses en laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Confirmer la grossesse par le bêta-HCG sérique ou urinaire ● FSC, groupe et dépistage ● VIH, syphilis, rubéole, varicelle, AgHBS, Gonorrhée et chlamydia ● Envisager le dépistage de l'hépatite C si le patient ou son partenaire présente un risque élevé ou vit dans une région à risque élevé ● Culture d'urine (voir Infections des voies urinaires pendant la grossesse à la page ____) ● Dépistage du cancer du col de l'utérus (s'il n'est pas à jour) ● Dépistage précoce du diabète : Envisager une analyse d'HbA1c ou de glycémie à jeun si le patient est à risque. Les facteurs de risque incluent le prédiabète (Hba1c > 6,0), l'obésité (IMC > 30 kg/m²), l'âge maternel > 35 ans, les antécédents de diabète gestationnel, les antécédents d'accouchement d'un bébé pesant plus de

	<p>4 kg, les antécédents de SOPK, les antécédents familiaux de diabète, une origine ethnique qui présente un risque accru de développer le diabète (ascendance hispanique, autochtone, asiatique du Sud ou de l'Est, afro-américain ou des îles du Pacifique, arabe) ou l'utilisation actuelle de corticostéroïdes. Il faut offrir aux patientes qui présentent des facteurs de risque de diabète ou de diabète gestationnel un dépistage au cours de la première moitié de la grossesse et le répéter entre la 24e et la 28e semaine si les résultats sont normaux.^v</p> <p>Imagerie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une échographie pour déterminer la date de conception devrait être offerte à toutes les patientes enceintes entre la 7e et la 13e semaine <p>Dépistage génétique _</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examiner les options de dépistage génétique dans la région géographique (DPTO/ DPNI/DSM)
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Même chose que les conseils préconceptionnels, si non abordé • Discuter si la grossesse était prévue ou si l'on souhaite mettre fin à la grossesse ou explorer d'autres options (adoption) • Examiner les options de soins prénataux, y compris avec une obstétricien(ne) (OB) en médecine familiale - ou avec une sage-femme • Discuter des options concernant les soins aux nouveau-nés : médecin de famille ou pédiatre civil • Dépistage de la violence entre partenaires intimes • Évaluation et gestion des nausées (peut affecter 80 % des grossesses, pire au cours du premier trimestre)^{vi} • Discuter de la condition physique et de la nutrition • Discuter de la salubrité des aliments pendant la grossesse. Pour en savoir plus, consultez la brochure sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes. • Discuter de l'exposition à la chaleur. Les bains à remous et les saunas doivent généralement être évités pendant la grossesse, surtout au cours du premier trimestre, car une exposition prolongée à des températures élevées peut accroître le risque d'anomalies du tube neural et d'autres complications.^{vii} <p>Dépistage des problèmes de santé mentale:</p> <p>Outils de dépistage validés incluent l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS), le Questionnaire de Whooley, le Questionnaire sur la santé du patient – 2 (PHQ-2), et le Dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-2).^{viii}</p>

Médicaments et suppléments	<ul style="list-style-type: none"> Examinez le profil médicamenteux. Évaluez l'innocuité reproductive du médicament, les bénéfices du traitement de la maladie de la mère et les risques liés à l'absence de traitement. Tenez compte de la dose, de la durée et du moment critique de la gestation afin de minimiser les risques pour le fœtus. Pour plus d'informations, consultez des ressources comme Firstexposure.ca. Revoir la supplémentation en acide folique (voir Conseils préconceptionnels) Revoir les indications de l'acide acétylsalicylique (AAS): L'AAS à faible dose peut réduire le risque de prééclampsie et de retard de croissance fœtale. Les indications incluent antécédents de syndromes d'insuffisance placentaire, certaines conditions inflammatoires, hypertension avant la grossesse, obésité >30 kg/m², âge maternel de plus de 40 ans, utilisation de technologie de procréation assistée pour la grossesse actuelle (FIV), diabète antérieur à la grossesse (type 1 ou 2), grossesse multiple, néphropathie et antécédents de décollement ou d'infarctus placentaire. Il faut conseiller aux patientes à risque de commencer à prendre 162 mg d'AAS entre la 12^e et la 16^e semaine de grossesse et de continuer jusqu'à 36 semaines de grossesse.^{ix}
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> CatT: En tenant compte de la confidentialité médicale par rapport à certaines contraintes à l'emploi pour raisons médicales (CERM) qui peuvent « dévoiler » la grossesse, de nombreux fournisseurs des FAC attribueront une CERM plus générique jusqu'à environ 12 à 14 semaines de grossesse, après quoi la CatT pour une période de 12 mois sera attribuée et s'accompagnera d'une CERM plus complète. Selon les besoins du membre en matière de protection des renseignements personnels, une CatT pour une période de six mois avec une date de réévaluation précise est également raisonnable. Il n'existe pas de modèle unique pour les CERM pendant la grossesse. Utiliser les choix de CERM dans le SISFC pour répondre aux facteurs cliniques et psychosociaux des besoins du militaire^x. Peut être aiguillé vers un médecin ou une sage-femme civil pour le transfert des soins <i>L'aiguillage vers un(e) obstétricien(ne)-gynécologue ou une sage-femme dépend de la disponibilité locale et des besoins médicaux. Voir Administration médicale en cas de grossesse paragraphe 6. (un déplacement pour raisons médicales peut être effectué au cas par cas)</i> <p><u>Environnements particuliers :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les membres du personnel navigant doivent être immédiatement aiguillés vers un clinicien qualifié en médecine de l'air/médecin de l'air. Le déclassement temporaire de l'aptitude au vol est conforme aux critères opérationnels établis par le médecin-chef de la 1^{re} Division aérienne du Canada. La plupart des membres du personnel navigant dont la grossesse ne présente pas de complications peuvent continuer d'exercer leurs fonctions avec certaines restrictions jusqu'à la 24^e semaine de grossesse, après consultation de leur médecin de l'air. Les contrôleurs aérospatiaux au sol et les opérateurs de contrôle aérospatial au sol

font exception à cette règle; le médecin de l'air peut les juger aptes à occuper un poste de désigné jusqu'à la fin de la 34e semaine de grossesse. Voir les [Directives à l'intention des médecins de l'air \(FSG\) 300-02](#) et [FSG 100-02](#) (en anglais seulement) pour plus de détails et de restrictions.

- Les militaires de la MRC peuvent continuer à servir à bord des navires de grande taille ayant des plateformes plus grandes et plus stables jusqu'à 20 semaines de grossesse, sous réserve de restrictions ou de conditions particulières (voir le document [NAVGEN 042/17](#))

Dépistage des problèmes de santé mentale lors de la grossesse

Les troubles de santé mentale, sont courants pendant la grossesse. Selon une directive récente de la SOGC, jusqu'à 50 % des patientes enceintes pourraient souffrir d'une forme quelconque de maladie mentale périnatale qui peut durer jusqu'à la période post-partum. Les formes les plus courantes de maladie mentale périnatale sont les troubles anxieux et de l'humeur. Sans intervention précoce, les patientes peuvent présenter des symptômes chroniques qui persistent pendant la période postnatale et qui peuvent avoir des effets durables sur le bien-être mental de la patiente. La dépression non traitée qui survient pendant la grossesse ou post-partum est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Vous trouverez ci-dessous des outils de dépistage validés si vous soupçonnez une dépression périnatale ou post-partum. Outils de dépistage validés incluent [l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg \(EPDS\)](#), le [Questionnaire de Whooley](#), le [Questionnaire sur la santé du patient – 2 \(PHQ-2\)](#), et le [Dépistage du trouble anxieux généralisé \(GAD-2\)](#)^{xi}.

Exercice

Il faut recommander aux patientes de se concentrer sur les exercices aérobiques et de conditionnement physique pendant la grossesse. L'exercice apporte des bienfaits comme une diminution des complications chez le nouveau-né, une réduction du nombre de césariennes ou d'extractions instrumentales et une diminution de l'incidence de l'incontinence urinaire, de la prise de poids excessive et de la dépression^{xii}. Plus d'informations peuvent être trouvées dans le [Édition 2019 des Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse](#). Si possible, les patientes peuvent aussi être aiguillées vers le programme prénatal et post-partum [PNP3](#) des PSP.

Les substances

Tabagisme: Le tabagisme pendant la grossesse, y compris l'utilisation de cigarettes électroniques, est associé à une augmentation des complications, notamment l'avortement spontané, le travail prématuré, la rupture prématurée des membranes, le placenta prævia, le décollement placentaire, le retard de croissance fœtale (RCF) (auparavant connu sous le nom de retard de croissance intra-utérin) et un faible poids à la naissance.^{xiii} Les patientes peuvent être aiguillées vers l'équipe locale de promotion de la santé pour avoir accès au programme [Écrasez-La ELF](#), qui comprend :

- 1^{re} intention: intervention psychologique
- 2^e line: remplacement de la nicotine et pharmacothérapie pour cesser de fumer

Alcool: La consommation d'alcool pendant la grossesse est directement liée au trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (restriction de la croissance, dysmorphologie faciale, anomalie neurologique et lésions cérébrales). Il n'y a pas de niveau sécuritaire de consommation d'alcool par la mère. Pour les patientes chez qui on a diagnostiqué ou chez qui on soupçonne un trouble lié à la consommation d'alcool, consulter l'équipe de santé mentale aux fins d'évaluation et de soutien.

Cannabis: La consommation de cannabis peut avoir des conséquences cognitives et comportementales à long terme chez les enfants qui y sont exposés in utero. Il y a peu de recherche dans ce domaine; cependant, les cannabinoïdes sont lipophiles et peuvent traverser le placenta et la barrière hématoencéphalique ou s'accumuler dans le lait maternel. Le cannabis contient plus de 400 produits chimiques et davantage d'études doivent être menées pour comprendre leur incidence potentielle sur la grossesse et le fœtus.^{xiv}

Caféine: Une forte consommation de caféine pourrait être associée à un risque accru de perte de grossesse, mais n'est pas associée à un risque accru d'anomalies congénitales. Pour les patientes enceintes, il est recommandé de limiter l'apport en caféine à 300 mg par jour (environ 500 ml de café-filtre ou 1,2 L de thé noir fort).

Tisanes: Certaines tisanes sont déconseillées pendant la grossesse, notamment la camomille, l'aloès, le séné, l'ortie et le kombucha. D'autres tisanes, comme celles à base de gingembre, de zeste d'orange, de cynorhodon, de zeste d'agrumes et de la fleur tilleul, peuvent être consommées sans danger pendant la grossesse avec modération (jusqu'à deux à trois tasses par jour).^{xv}

Nausées

Approche non pharmacologique : Manger fréquemment de petits repas, éviter les stimuli comme les odeurs fortes, cesser de prendre des suppléments de fer jusqu'à la 12e ou la 14e semaine (continuer à prendre de l'acide folique), 250 mg de gingembre par voie orale quatre fois par jour peut améliorer la mobilité gastrique. Appuyer fermement sur le point d'acupression Nei Guan (P6) (trois largeurs de sous le pli du poignet entre les tendons) pendant 1 à 2 minutes dans un mouvement circulaire doux peut aider à soulager les nausées et l'anxiété.

Approche pharmacologique par étapes :

- 1re intention : 10 mg de succinate de doxylamine et 10 mg de chlorhydrate de pyridoxine combinés (Diclectin™). 1 comprimé le matin, 1 comprimé le soir et 2 comprimés au coucher. Maximum de 8 comprimés par jour.
- Si le traitement de 1re intention ne procure aucun soulagement, ajouter Diménhydrinate (Gravol™) 50 mg toutes les quatre à six heures par voie orale ou rectale. Envisagez d'ajouter du Métoprolamide 5 à 10 mg toutes les 8 heures par voie orale/IM, de la Chlorpromazine 10 à 25 mg toutes les 4 à 6 heures par voie orale ou 25 à 50 mg toutes les 4 heures par voie IM, de la Prochlorpérazine 5 à 10 mg toutes les 6 à 8 heures par voie orale/rectale/IM, ou de la Prométhazine 12,5 à 25 mg toutes les 4 à 6 heures par voie orale/IM.
- S'il n'y a pas de soulagement, ajouter Ondansétron 4 mg toutes les 8 heures par voie orale/ODT. Son innocuité est controversée au premier trimestre, car il peut être associé à des malformations congénitales (la malformation de la fente palatine est la plus courante). Les risques/avantages doivent être discutés avec la patiente.

- Il faut évaluer d'autres causes possibles de nausées pendant l'essai des médicaments de même que si la nausée demeure réfractaire au traitement. Le reflux gastro-œsophagien pathologique (GERD) peut se présenter sous forme de nausées et être traité avec un antagoniste H2 oral (ranitidine 150 mg deux fois par jour OU famotidine 20 mg par jour ou deux fois par jour) ou inhibiteurs de la pompe à protons oraux (pantoprazole 20 à 40 mg par jour ou deux fois par jour OU lansoprazole 30 mg par jour OU oméprazole 20 à 40 mg par jour OU ésoméprazole 20 à 40 mg par jour).
- NOTE:** Le rabéprazole n'est pas recommandé pendant la grossesse^{xvi}.

Infections des voies urinaires^{xvii}

Les infections des voies urinaires sont courantes pendant la grossesse et sont associées à une naissance prématurée et à un faible poids à la naissance.

Diagnostic: Il n'est pas nécessaire de répéter le dépistage si la culture initiale est négative. Traiter si la culture a un nombre de colonies > 100 x 10⁵ UFC/ml. Cystite aiguë devrait être soupçonnée en présence de symptômes. Une pyélonéphrite doit être suspectée en cas de fièvre > 38 °C et en présence de symptômes ou de tests d'urines positifs. Ces personnes devraient être aiguillées vers les soins d'urgence pour un traitement en milieu hospitalier.

Traitement: 1^{re} intention: Céphalexine 250-500 mg quatre fois par jour OU Amoxicilline 500 mg trois fois par jour OU Nitrofurantoïne 50-100 mg quatre fois par jour (**NOTE: Devrait être évitée >36 semaines de grossesse**) OU Fosfomycine 3 g en dose unique
2^e intention: Triméthoprime/sulfaméthoxazole (TMP-SMX), 2 comprimés deux fois par jour OU Triméthoprime 100 mg deux fois par jour (**NOTE: Il faut éviter ces deux options au cours du premier trimestre et des six dernières semaines de la grossesse**).

Saignement au premier trimestre^{xviii xix xx xxi}

Des saignements surviennent au cours du premier trimestre dans environ 25 % des grossesses.

Il faut obtenir un historique détaillé de la présentation des saignements. Des saignements vaginaux semblables à ceux des menstruations ou plus abondants sont anormaux et préoccupants, et la patiente doit être dirigée vers les soins d'urgence pour évaluation.

Des causes communes incluent :

- **Saignements associés à l'implantation :** Surviennent de deux à trois semaines après la fécondation. Écoulements souvent légers et spontanément résolutifs. Ne sont pas associés à des résultats négatifs.
- **Saignement cervical :** Peut se produire après un rapport sexuel ou un test Pap. Écoulements souvent légers et se résorbent spontanément. Ne sont pas associés à des résultats négatifs.
- **Hémorragie sous-chorionique :** Saignement entre la paroi de l'utérus et le sac (chorion) entourant l'embryon à l'intérieur de l'utérus. Se résorbent souvent spontanément. La plupart des patientes auront une grossesse viable, mais peut mener à une fausse couche.
- **Fausse-couche :** Peut toucher environ 10 % des grossesses cliniquement reconnues. Se manifeste par des saignements vaginaux et des crampes, et finalement le passage de produits de conception. La prise en charge, y compris la prise en charge de la femme enceinte, médicale et chirurgicale, doit être réalisée par prise de décision partagée et après l'obtention d'un

consentement éclairé. Les patientes hémodynamiquement instables doivent être aiguillées vers des soins d'urgence. Les patientes qui font des fausses couches précoces à répétition (>3) doivent être aiguillées vers un spécialiste pour des examens approfondis.

- **Grossesse extra-utérine** : Se produit lorsque le sac gestationnel se situe à l'extérieur de l'utérus, survient dans environ 2 % des grossesses. Souvent diagnostiqué au premier trimestre, une consultation immédiate avec le gynécologue au moment du diagnostic est nécessaire. Peut constituer une urgence gynécologique.
- **Placenta prævia/placenta en position basse** : Se produit lorsque le placenta recouvre l'os interne du col de l'utérus (placenta prævia) ou est situé à moins de 2 cm de l'os (placenta en position basse). Souvent diagnostiqué vers 19-21 semaines au moment de l'échographie anatomique. Un placenta en position basse peut se résorber à mesure que la grossesse progresse. Le repos au lit n'est pas indiqué, mais il faut conseiller aux patientes de s'abstenir de toute activité sexuelle. Une consultation en obstétrique doit être entreprise.

Les **examens** devraient comprendre une formule sanguine complète, un test β -hCG quantitatif, un typage et dépistage sanguin, et une échographie pour confirmer la localisation de la grossesse si cela n'a pas déjà été effectué.

Les patientes instables sur le plan hémodynamique doivent être dirigées vers les soins d'urgence.

La **prise en charge** est basée sur la cause du problème et les préférences de la patiente, mais peut inclure ce qui suit :

- **Dosage des taux de β -hCG sérique** : Au début du premier trimestre, les concentrations de β -hCG devraient doubler toutes les 48 à 72 heures. Peut être utilisé pour suivre la viabilité de la grossesse.
- **Immunoglobuline anti-Rho (D) (Rhogam)** : L'administration d'immunoglobuline (Rhogam) à des patientes Rh négatif qui présentent un saignement vaginal varie selon le nombre de semaines de grossesse. À moins de 8 semaines, déconseiller l'administration. Entre 8 et 12 semaines, déconseiller l'administration, cependant, chez les personnes qui ont une plus grande aversion au risque, on peut envisager d'administrer des immunoglobulines anti-Rho(D).
- À Plus de 12 semaines, une injection intramusculaire de 300 mg d'immunoglobuline (Rhogam) doit être administrée.
- **Échographie transvaginale** : Un sac gestationnel doit être observé par échographie transvaginale lorsque les concentrations de β -hCG atteignent 1 500 à 3 000 mUI par ml. L'échographie transvaginale peut être utilisée pour confirmer le lieu de la grossesse et sa viabilité, et peut identifier la source du saignement.
- **Mifépristone/misoprostol**: Peut être envisagé pour la prise en charge médicale d'une perte de grossesse précoce jusqu'à 12 semaines de grossesse. Le régime le plus efficace pour la prise en charge médicale de la perte de grossesse précoce est la prise de 200 mg de mifépristone par voie orale, suivie par la prise de 800 μ g de misoprostol par voie orale ou vaginale 24 heures plus tard. Ce régime devrait être recommandé plutôt que le misoprostol seul lorsque disponible.

Il ne faut pas recommander le repos au lit ou l'utilisation de progestatifs pour prévenir la perte précoce de la grossesse chez les patientes qui ont un saignement au premier trimestre, car ces interventions n'ont pas démontré leur efficacité.

Options de dépistage génétique				
Selon la GS, les exigences du patient et les lignes directrices provinciales				
NOTE: Les mères de plus de 40 ans devraient se voir proposer un dépistage génétique avancé.^{xxii}				
	Examens à faire	Âge gestationnel pour les analyses	Taux de détection^{xxiii}	Taux de faux positifs
Dépistage prénatal non invasif (DPNI)	Analyse de l'ADN libre circulant dans le sang maternel	9 à 10 semaines et plus	99%	Moins de 0,1 %
Dépistage au premier trimestre amélioré (DPTO)	Analyse sanguine et échographie	11 to 13 (+6) semaines	85-90%	Environ 3 %
Dépistage prénatal intégré (DPI)	Deux analyses : Clarté nucale et analyse sanguine au premier trimestre Analyse sérique quadruple au deuxième trimestre	1 st trimestre: 10 – 13 (+6) semaines 2 nd trimestre: 15 – 20 (+6) semaines	85-90%	2-4%
Dépistage dans le sérum maternel (DSM)	Analyse sanguine	15 – 20 semaines	80%	Environ 5%

Deuxième trimestre (de 14 à 28 semaines)

14 à 16 semaines	
(Suivi toutes les 4 semaines jusqu'à la 28e semaine.)	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Se renseigner sur le bien-être général, y compris la santé mentale • Définition de l'âge gestationnel • Évaluation du poids et de la pression artérielle Fréquence cardiaque fœtale (FCF) (après 15 semaines) • Début de la prise d'acide acétylsalicylique, s'il y a lieu (voir Rendez-vous préconceptionnel, Médicaments, vaccinations et suppléments)

Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de la date prévue d'accouchement selon la première échographie • Demande d'échographie d'évaluation anatomique fœtale – à effectuer entre la 18e et la 20e semaine de grossesse
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Passer en revue les examens du premier trimestre • Recommander les cours prénataux offerts dans la région • Aborder la façon de communiquer avec la clinique ou le/la clinicien(ne) traitant(e) et les gestes à poser en cas d'urgence
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le membre du fait que les congés de maladie au troisième trimestre sont réservés aux problèmes médicaux qui causent un préjudice à l'enfant ou à la mère (p. ex. hypertension, accouchement prématuré, menace d'accouchement prématuré) • Les militaires doivent s'assurer de conserver un certain nombre de congés annuels pour garantir leur confort pendant le dernier trimestre de la grossesse • Les militaires peuvent communiquer avec la chaîne de commandement pour déterminer les arrangements administratifs à mettre en place • On recommande aux militaires de prendre connaissance des articles 16.26 et 16.27 des ORFC; de la DAOD 5001-2; et du Manuel sur la politique des congés des Forces canadiennes pour se familiariser avec les droits aux congés • La CatT (12 mois) pour la grossesse devrait être en place à cette date
17 à 21 semaines	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Poids et pression artérielle • Hauteur utérine (>20 semaines) • Fréquence cardiaque fœtale • Présence de mouvement fœtal - début vers la 20e semaine de grossesse
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • Échographie de l'anatomie fœtale, si elle n'a pas déjà été demandée (âge gestationnel entre la 19e et 21e semaine de grossesse) • Analyse d'urine pour déceler la protéinurie en cas d'hypertension > 20 semaines (PA systolique [PAS] ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg)
Médicaments et suppléments	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager des indications pour l'utilisation de la progestérone. Il faut commencer à prendre 200 mg de progestérone par voie vaginale au coucher entre la 16e et la 24e semaine pour prévenir la naissance prématurée spontanée dans les cas suivants : un accouchement prématuré spontané en cas de grossesse unique avec col court (< 25 mm) ou de naissance prématurée spontanée antérieure. En cas de grossesse

	multiple avec col court (< 25 mm), utiliser 400 mg de progestérone (200 mg par voie vaginale) au coucher. Poursuivre le traitement jusqu'à 34-36 semaines d'aménorrhée. ^{xxiv}
24 à 28 semaines	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Poids et pression artérielle • Hauteur utérine • Fréquence cardiaque fœtale • Mouvements fœtaux
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • FSC pour déceler l'anémie ferriprive. L'anémie pendant la grossesse est diagnostiquée lorsque l'hémoglobine est inférieure à 110 g/L. Le traitement de première intention consiste en une supplémentation orale en fer de 40 à 100 mg de fer élémentaire par jour ou tous les deux jours pour réduire les effets secondaires. Le fer parentéral est sûr et efficace à partir du deuxième trimestre et devrait être envisagé pour les patientes qui ne peuvent tolérer le fer par voie orale ou qui réagissent mal au traitement oral. • Le dépistage du diabète gestationnel^{xxv} doit être proposé à toutes les patientes. <ul style="list-style-type: none"> - Épreuve de charge en glucose de 50 g non à jeun ou épreuve d'hyperglycémie provoquée à jeun (75 g) • Répéter les analyses d'anticorps prénataux • Si Rh négatif: demander l'immunoglobuline anti-Rh à la 28e semaine • Envisager de répéter le dépistage des ITS chez les patients à risque élevé
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner l'échographie anatomique et déterminer si un élément justifie des examens plus poussés • Déterminer où la personne devra se présenter en cas d'urgence (salle des urgences ou triage obstétrique)
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Des restrictions s'appliquent aux membres du personnel navigant

Soins dentaires pendant la grossesse^{xxvi}

Les soins dentaires sont généralement sécuritaires pendant la grossesse, et le deuxième trimestre est le moment privilégié pour les soins de routine. Les traitements préventifs, le nettoyage et la résolution des problèmes dentaires urgents comme les infections sont encouragés, tandis que les interventions non urgentes peuvent souvent être reportées après l'accouchement.

Troisième trimestre (de 28 à 40 semaines)

28 semaines	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Poids et pression artérielle • Fréquence cardiaque fœtale • Mouvements fœtaux • Hauteur utérine
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer le dcaT entre la 27e et 32e semaine, peu importe l'historique de vaccination (mais peut être donné jusqu'à la date de l'accouchement - DND 6636-53) • Confirmer que la patiente a reçu une immunoglobuline anti-Rh de 1500 IU (300 mg) IM si le sang de la mère est Rh négatif
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de l'importance de faire un suivi des mouvements du fœtus et du nombre de coups de pied • Examiner les analyses sanguines du deuxième trimestre et le dépistage du diabète • Assurer l'orientation vers des soins spécialisés en cas de diabète gestationnel • Discutez de la manière de contacter la clinique ou le/la clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement et de ce qu'il faut faire en cas d'urgence.
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Le/la clinicien(ne) doit remplir la partie 1 du formulaire DND 2268 – Formulaire de demande – indemnité de maternité/indemnité parentale.
Transfert des soins au clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement	
Généralement à 28 semaines	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par le/la clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement toutes les 2 semaines jusqu'à 36 semaines, puis chaque semaine

CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Toute recommandation de congé de maladie par le médecin qui procédera à l'accouchement doit être examinée et appuyée par un clinicien de l'UPSS. • Jours partiels/nombre limité d'heures pris en compte au cas par cas avec justification médicale à l'appui de la décision • Les militaires peuvent être encouragés à utiliser les congés annuels restants, car ils ne seront pas accumulés dans la plupart des cas. • Il est possible de commencer le congé de maternité huit semaines avant la date prévue d'accouchement. Il faut en discuter avec la patiente, car il s'agirait d'un congé lié à un choix personnel plutôt qu'à une maladie. Les patientes doivent consulter leur commis de soutien administratif ou de maternité pour discuter des options
32 à 40 semaines	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par le/la clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement (toutes les semaines) à partir de 36 semaines
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • Écouvillon recto-vaginal demandé par le/la clinicien(ne) qui procédera à l'accouchement à 36 semaines
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la prise d'acide acétylsalicylique est interrompue à 36 semaines • Si la vaccination du nourrisson contre le VRS est peu probable, celle-ci peut être offerte aux patientes enceintes entre la 32e et 36e semaine de grossesse pour permettre la transmission d'anticorps par le placenta.^{xxvii} • Confirmer que la patiente a commencé une thérapie antivirale en cas d'antécédents d'herpès génital : <ul style="list-style-type: none"> • Acyclovir 400 mg par voie orale trois fois par jour ou 200 mg par voie orale quatre fois par jour or • Valacyclovir 500 mg par voie orale deux fois par jour
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Des congés de maladie peuvent être envisagés jusqu'à l'accouchement selon l'état de la patiente Sick leave may be considered based on patient status until delivery et devrait être recommandé à tout moment pendant la grossesse lorsque la militaire est inapte à exercer une quelconque fonction, par

exemple en cas de complications graves. Les recommandations de congé de maladie ou de modification des fonctions formulées par un clinicien civil externe doivent être autorisées par le professionnel de la santé des FAC.

Prise de poids^{xxviii}

Bien que les recommandations de prise de poids gestationnelle soient basées sur l'IMC avant la grossesse, la stigmatisation liée au poids peut avoir un impact négatif sur la santé prénatale. Les cliniciens doivent tenir compte de facteurs individuels tels que la génétique, la santé, le statut socio-économique, les croyances culturelles, le soutien familial et/ou conjugal, ainsi que l'accès à une alimentation équilibrée et à l'activité physique.

IMC avant la grossesse :	<u>< 18.5</u>	<u>18.5-24.9</u>	<u>25.0-29.9</u>	<u>>30.0</u>
Prise de poids recommandée :	12.5-18 kg	11.5-16 kg	17-11.5 kg	5-9 kg

Post-partum

Immédiatement post-partum

Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> Poids et pression artérielle Passer en revue les antécédents d'accouchement (par césarienne ou vaginal) – examiner toute déchirure ou incision, si nécessaire Passer en revue les médicaments qui ont été pris pendant la grossesse Évaluer la santé mentale et le réseau de soutien
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les agrafes (jours postopératoires 4 à 5, s'il y a lieu)
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> Discuter de l'allaitement (vérifier si le soutien à l'allaitement est couvert) Discuter de la contraception
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> Congé de maladie qui commence le jour suivant le congé de l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> 14 jours - accouchement vaginal 28 jours - césarienne (doit être approuvé par le Méd C B/Ere) Inclure les dates d'hospitalisation sur le CF2018 pour le commis responsable des IMAT/IPAR.

Rendez-vous post-partum (6 à 16 semaines)	
Antécédents et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de contact avec le patient (par téléphone ou en personne) • Évaluation de la santé mentale et du réseau de soutien • Poids et PA (si en personne)
Examens à envisager	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la dépression post-partum. Si des signes sont détectés, utiliser un outil normalisé^{xxix}. • Répéter l'analyse de dépistage du diabète si un résultat positif a été obtenu au cours de la grossesse • Effectuer le dépistage du cancer du col de l'utérus si prévu ou en retard
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la contraception et les rapports sexuels • Évaluation de l'allaitement • S'il y a lieu, examiner les considérations pour les grossesses éventuelles
CERM, Administration	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demande de consultation en santé mentale, le cas échéant ○ Retrait de la CatT au plus tôt 12 semaines après l'accouchement pour assurer la convalescence ○ Après la fin de son congé de maladie, le militaire souhaitant mettre fin à son congé de maternité plus tôt que prévu pour retourner au travail recevra les CERM appropriées, au besoin. Les recommandations de congé de maladie ou de modification des tâches formulées par un clinicien civil externe doivent être autorisées par le professionnel de la santé des FAC.

Ressources

Pour la pratique clinique:

+WDH Prof Tech e-mail: SFD Prof Tech@CMP CF H Svcs Gp@ Ottawa-Hull wdhproftech-sfdproftech@forces.gc.ca

Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2025). *Édition 2019 des Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse*. <https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/grossesse/>

Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2025). *Directives 2025 sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil pendant la première année postpartum*. <https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/postpartum/>

Government of Alberta. (2025). *Pregnancy: Health and Nutrition*.

<https://myhealth.alberta.ca/health/Pages/Conditions.aspx?hwid=hw197814#aa88982> (en anglais seulement)

Leduc, D. (2017). Maternity Leave in Normal Pregnancy. *Journal of Obstetricians Gynaecologists of Canada*, 33(8). pp. 864–866.

[http://www.ijgc.com/article/S1701-2163\(16\)34992-1/pdf](http://www.ijgc.com/article/S1701-2163(16)34992-1/pdf) (en anglais seulement)

Maternal Newborn Child & Youth Strategic Clinical Network. (2024). *Alberta Antenatal Pathway*.

<https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-mncy-antenatal-pathway.pdf> (en anglais seulement)

National Library of Medicine. (2006-). *Drugs and Lactation Database (LactMed®)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922> (en anglais seulement)

Tingley, K. & Horton, J. (2021, December). Obstetrical Ultrasound During Pregnancy. *Canadian Journal of Health Technologies*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594334> (en anglais seulement)

À l'intention des patients

Alberta Health Services. (2025). *Healthy Parents Healthy Children*. <https://www.healthyparentshealthychildren.ca> (en anglais seulement)

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). (2025). *Questionnaire Menez une vie plus active*.

<https://scpe.ca/2021/06/02/questionnaire-menezunevieplusactive/>

Government of Alberta. (2025). *Pregnancy*. <https://myhealth.alberta.ca/Health/Pages/conditions.aspx?hwid=hw197814> (en anglais seulement)

La société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2025). *Info Grossesse*. <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/>

Province of British Columbia. (2025). *Baby's best chance: Parents' handbook of pregnancy and baby care*.

<https://www.healthlinkbc.ca/pregnancy-parenting/babys-best-chance>

BORN Ontario. (2023). *Omama*. <https://www.omama.com/fr/Index.asp>

-
- ⁱ Jones, C., Chan, C., & Farine, D. (2011, April 19). Sex in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), pp. 815-818. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091580>
- ⁱⁱ The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022, August). *Obstetric Care Consensus: Pregnancy at age 35 years or older*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-age-35-years-or-older>
- ⁱⁱⁱ Castillo, E. & Poliquin, V. (2018, March 2). No.357-Immunization in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 40(4), pp. 478-489. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.010>
- ^{iv} Wilson, R.D. & O'Connor, D.L. (2022). Guideline No. 427: Folic Acid and Multivitamin Supplementation for Prevention of Folic Acid–Sensitive Congenital Anomalies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(6), pp. 707 – 719.
- ^v SOGC Clinical Practice Guideline. (2019). *Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy*. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.03.008>
- ^{vi} Campbell, K., Rowe, H., Azzam, H., & Lane, C. (2016, December). The management of nausea and vomiting of pregnancy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986189/>
- ^{vii} Health Link BC. (2023, June 14). *Pregnancy hot tub and sauna use*. <https://www.healthlinkbc.ca/healthwise/pregnancy-hot-tub-and-sauna-use>
- ^{viii} Shea, A., Jumah, N.A., Forte, F., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., Francoeur, D., Green, C., Cook, J. (2024, October). Guideline No. 454: Identification and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 46(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39424138/>
- ^{ix} Jain, V. & Bujold, E. (2023, November 20). Screening for preeclampsia risk and prophylaxis with acetylsalicylic acid. *Canadian Medical Association Journal*, 195(45). <https://doi.org/10.1503/cmaj.230620>
- ^x Ref: CF H Svcs Gp Instruction 3100-23/4440-20, DAOD 5003-5
- ^{xi} Shea, A., Jumah, N.A., Forte, F., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., Francoeur, D., Green, C., Cook, J. (2024, October). Guideline No. 454: Identification and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 46(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39424138/>
- ^{xii} Canadian Society for Exercise Physiology. (2025). *2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy*. <https://csepguidelines.ca/guidelines/pregnancy>
- ^{xiii} Centre for Addiction and Mental Health. (2011, March 31). *CAN ADAPTT Canadian Smoking Cessation Guideline. Specific Populations: Pregnant and Breastfeeding Women*. <https://intrepidlab.ca/en/canadaptt/PublishingImages/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines/Pregnant%20and%20Breastfeeding%20Women.pdf>
- ^{xiv} Ordean, A., Wong, S., & Graves, L. (2017, October). No. 349-Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 39(10), pp. 922-937. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30470-X/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30470-X/abstract)

-
- ^{xv} Public Health Agency of Canada. (2024). *Your Guide to a Healthy Pregnancy*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/healthy-pregnancy/healthy-pregnancy-guide.html>
- ^{xvi} Campbell, K., Rowe, H., Azzam, H., & Lane, C. (2016, December). The management of nausea and vomiting of pregnancy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986189/>
- ^{xvii} American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023, July 20). Urinary tract infections in pregnant individuals. *Obstetrics & Gynecology*, 14(2), pp. 435-445. https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/08000/urinary_tract_infections_in_pregnant_individuals.26.aspx
- ^{xviii} Mehra, V., Farooqi, S., Sriram, P., Tunde-Byass, M. (2024, October 15). Diagnosis and management of early pregnancy loss. *Canadian Medical Association Journal*, 196(34). <https://doi.org/10.1503/cmaj.231489>
- ^{xix} Murray, H., Baakdah, H., Bardell, T., & Tulandi, T. (2005, October 11). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 173(8), pp. 905-912. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050222>
- ^{xx} Jain, V., Bos, H., & Bujold, E. (2020, July). Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(7), pp. 906-917. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32591150/>
- ^{xxi} Fung-Kee-Fung, K., Wong, K., Walsh, J., Hamel, C., & Clarke, G. (2024, April). Guideline No. 448: Prevention of RH D alloimmunization. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 46(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38553007/>
- ^{xxii} The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022, August). *Obstetric Care Consensus: Pregnancy at age 35 years or older*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-age-35-years-or-older>
- ^{xxiii} Trillium Health Partners. (2025). *Enhanced FTS Information FAQs*. <https://www.thp.ca/patientservices/genetics/Pages/Enhanced-FTS-FAQs.aspx>
- ^{xxiv} Jain, V., McDonald, S.D., Mundle, W.R., Farine, D. (2020, June). Guideline No. 398: Progesterone for prevention of spontaneous preterm birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(6), pp. 806-812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32473687/>
- ^{xxv} SOGC Clinical Practice Guideline. (2019). *Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy*. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.03.008>
- ^{xxvi} Public Health Agency of Canada. (2025). *Oral health in pregnancy*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/pregnancy/oral-health-pregnancy.html>
- ^{xxvii} Public Health Agency of Canada. (2025). *Respiratory syncytial virus (RSV) vaccines: Canadian Immunization Guide*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/respiratory-syncytial-virus.html>
- ^{xxviii} Canadian Society for Exercise Physiology. (2025). *2025 Canadian Guideline for Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep throughout the First Year Postpartum*. <https://csepguidelines.ca/guidelines/postpartum>
- ^{xxix} Shea, A., Jumah, N.A., Forte, F., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., Francoeur, D., Green, C., Cook, J. (2024, October). Guideline No. 454: Identification and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 46(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39424138/>