

**Normes  
de qualité**

# Ménorragies

Soins aux adultes et aux  
adolescentes en âge de procréer

**Qualité des services  
de santé Ontario**

*Améliorons notre système de santé*



## Sommaire

Cette norme de qualité porte sur les soins destinés aux personnes en âge de procréer qui présentent des ménorragies, quelle qu'en soit la cause sous-jacente. Cette norme de qualité traite des ménorragies aiguës et chroniques et s'applique à tous les milieux de soins. Elle ne s'applique pas aux personnes qui présentent des saignements non menstruels ou des ménorragies survenant dans les 3 mois suivant une grossesse, une fausse couche ou un avortement.

## Table des matières

À propos de nos normes de qualité	1
Comment utiliser les normes de qualité	1
À propos de cette norme de qualité	2
Portée	2
Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?	2
Principes sous-jacents	3
Comment nous mesurerons notre succès	3
Énoncés de qualité en bref	4
<b>Énoncé de qualité 1 : Évaluation initiale complète</b>	<b>6</b>
<b>Énoncé de qualité 2 : Prise de décisions partagée</b>	<b>10</b>
<b>Énoncé de qualité 3 : Traitements pharmacologiques</b>	<b>13</b>
<b>Énoncé de qualité 4 : Biopsie de l'endomètre</b>	<b>15</b>
<b>Énoncé de qualité 5 : Échographie</b>	<b>18</b>
<b>Énoncé de qualité 6 : Aiguillage vers un gynécologue</b>	<b>20</b>
<b>Énoncé de qualité 7 : Ablation de l'endomètre</b>	<b>23</b>
<b>Énoncé de qualité 8 : Ménorragies aiguës</b>	<b>26</b>
<b>Énoncé de qualité 9 : Dilatation et curetage</b>	<b>31</b>
<b>Énoncé de qualité 10 : Offrir l'hystérectomie</b>	<b>34</b>

TABLE DES MATIÈRES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Énoncé de qualité 11 : Hystérectomie moins effractive	36
Énoncé de qualité 12 : Traitement des fibromes causant des ménorragies	39
Énoncé de qualité 13 : Troubles du saignement chez les adolescentes	42
Énoncé de qualité 14 : Traitement de l'anémie et de la carence en fer	44
Remerciements	47
Références	48
À propos de Qualité des services de santé Ontario	49

# À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et du personnel soignant 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 le personnel soignant 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 la présente 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.

## Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les cliniciens et les organisations sur ce que doivent être des soins de haute qualité. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes offertes.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent les processus, la structure et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca).

# À propos de cette norme de qualité

## Portée

Cette norme de qualité comprend 14 énoncés de qualité traitant de domaines que le Comité consultatif sur la norme de qualité relative aux ménorragies de Qualité des services de santé Ontario a établis comme présentant un potentiel d'amélioration élevé dans la façon dont les soins pour les ménorragies sont actuellement offerts en Ontario. Cette norme de qualité vise les adultes et les adolescentes en âge de procréer qui présentent des ménorragies aiguës ou chroniques dans n'importe quel milieu de soins, quelle que soit la cause sous-jacente du saignement. Toutefois, elle ne traite pas de la prise en charge du cancer ou de l'endométriose une fois ces maladies diagnostiquées. Cette norme de qualité ne vise pas les personnes qui sont enceintes ou ménopausées ni celles qui ont accouché, fait une fausse couche ou eu un avortement au cours des 3 derniers mois.

Dans la présente norme de la qualité, nous considérons qu'une ménorragie signifie une perte sanguine excessive qui affecte la qualité de vie des personnes sur le plan physique, social, émotionnel ou matériel. Cette perte sanguine peut se produire seule ou en combinaison avec d'autres symptômes<sup>1</sup>.

## Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?

Les ménorragies touchent 30 % des femmes en âge de procréer. Cette maladie peut s'avérer débilitante et persistante et elle peut éventuellement avoir une incidence négative sur la qualité de vie d'une personne<sup>1</sup>. La fatigue attribuable à une anémie ferriprive et les inquiétudes relatives aux saignements peuvent amener les personnes à s'absenter du travail ou à éviter les activités sociales qu'elles aimaient auparavant<sup>1</sup>. Les rares complications associées aux ménorragies incluent le choc hypovolémique<sup>2</sup>, l'accident ischémique cérébral aigu, la rétinopathie et la thrombose du sinus veineux<sup>3</sup>.

La qualité des soins prodigués pour les ménorragies varie dans l'ensemble de l'Ontario. Par exemple, le taux ajusté selon l'âge d'hystérectomies réalisées sur des personnes aux prises avec des ménorragies varie plus de 10 fois à travers les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (données de 2013/2014 de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires). Cela suggère que les patientes ont un accès inéquitable aux diverses options de traitements médicaux et chirurgicaux pour les ménorragies. En revanche, il n'y a qu'un petit écart dans l'ensemble des RLISS en ce qui a trait aux taux ajustés selon l'âge des hystérectomies pratiquées dans les cas de cancer et de prolapsus utérins.

En se fondant sur les données probantes et le consensus des experts, les 14 énoncés de qualité qui composent la présente norme fournissent une orientation en matière de soins de qualité supérieure, accompagnée d'indicateurs visant à aider les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé à mesurer la qualité des soins qu'ils prodiguent.

Le fait d'aider les patientes à participer activement à la prise de décision au sujet de leurs choix de traitement est également un point sur lequel cette norme de qualité met l'accent. Il n'existe aucun « meilleur traitement » unique pouvant s'appliquer à tous les cas de ménorragies. Le traitement le plus approprié pour une patiente dépend de facteurs personnels, comme la cause des ménorragies et leur incidence sur la qualité de vie de la patiente, les autres problèmes de santé et le désir de demeurer fertile de la patiente, ainsi que le coût du traitement<sup>1</sup>.

## Principes sous-jacents

Cette norme de qualité repose sur les principes de respect et d'équité. Les personnes ayant des ménorragies devraient recevoir des services qui sont respectueux de leurs droits et de leur dignité et qui favorisent l'autodétermination.

Les personnes atteintes de ménorragies devraient recevoir des services qui sont respectueux de leur identité sexuelle, de leur orientation sexuelle, de leur statut socio-économique, de leur logement, de leur âge, de leurs antécédents (y compris les antécédents culturels, ethniques et religieux déclarés) et de leur invalidité.

Un système de santé de qualité supérieure fournit une accessibilité, une expérience et des résultats adéquats pour tous les Ontariens, peu importe où ils vivent, ce qu'ils possèdent ou qui ils sont.

## Comment nous mesurerons notre succès

Un nombre limité d'objectifs globaux sont définis pour cette norme de qualité; ces objectifs ont été associés aux indicateurs de rendement de manière à mesurer la réussite de cette norme de qualité dans son ensemble.

- Pourcentage des patientes ayant des ménorragies qui se sont dites satisfaites de la maîtrise de leurs symptômes
- Pourcentage des patientes ayant des ménorragies qui ont déclaré que leur professionnel de la santé les fait toujours ou souvent participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins et de leur traitement
- Pourcentage des patientes qui présentent des ménorragies qui ont eu des consultations non prévues aux urgences pour des ménorragies
- Taux d'hystérectomie chez les patientes atteintes de ménorragies, selon les RLSS (pour mettre en évidence l'écart régional dans l'utilisation de ce traitement)

En outre, chaque énoncé de qualité de cette norme de qualité est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs de manière à mesurer la réussite de la mise en œuvre des énoncés.

# Énoncés de qualité en bref

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 1 : Évaluation initiale complète

---

Il faut relever en détail les antécédents des patientes présentant des symptômes de ménorragies et procéder à un examen gynécologique, un bilan sanguin complet et un test de grossesse (si une grossesse est possible) au cours de l'évaluation initiale.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 2 : Prise de décisions partagée

---

Les patientes ayant des ménorragies obtiennent des renseignements sur toutes les options de traitement possibles et sont soutenues dans leur prise de décision éclairée à propos des traitements les plus appropriés pour elles, selon leurs valeurs, leurs préférences et leurs objectifs, y compris leur désir de demeurer fertiles.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 3 : Traitements pharmacologiques

---

On offre aux patientes ayant des ménorragies le choix entre un traitement pharmacologique hormonal ou non hormonal.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 4 : Biopsie de l'endomètre

---

Les patientes ayant des ménorragies qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie endométriale se voient offrir une biopsie de l'endomètre.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 5 : Échographie

---

Les patientes ayant des ménorragies qui sont soupçonnées de présenter des anomalies structurelles à la suite d'un examen pelvien ou qui ont essayé un traitement pharmacologique, mais qui n'ont pas noté d'amélioration importante de leurs symptômes, se voient offrir une échographie de leur utérus.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 6 : Aiguillage vers un gynécologue

---

On doit offrir une évaluation initiale complète et des traitements pharmacologiques aux patientes ayant des ménorragies avant de les aiguiller vers un gynécologue. Une fois aiguillées, les patientes doivent être vues par un gynécologue dans les 3 mois.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 7 : Ablation de l'endomètre

---

On offre aux patientes ayant des ménorragies qui ne souhaitent pas préserver leur fertilité l'ablation de l'endomètre. En l'absence d'anomalies structurelles, les patientes ont accès aux techniques d'ablation de l'endomètre non résectoscopiques.



#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 8 :

##### **Ménorragies aiguës**

---

Les patientes qui présentent des ménorragies non contrôlées bénéficient d'interventions permettant d'arrêter les saignements, de thérapies visant à corriger rapidement l'anémie grave et d'un rendez-vous de suivi en soins externes avec un professionnel de la santé durant ou immédiatement après leurs prochaines menstruations (environ 4 semaines).

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 9 :

##### **Dilatation et curetage**

---

On ne fait pas de dilatation et de curetage aux patientes ayant des ménorragies, sauf si elles présentent des saignements non contrôlés aigus et que le traitement médical est inefficace ou contre-indiqué.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 10 :

##### **Offrir l'hystérectomie**

---

Les patientes qui présentent des ménorragies se font offrir une hystérectomie uniquement après une discussion consignée au dossier des autres options de traitement ou après l'échec d'autres traitements.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 11 :

##### **Hystérectomie moins effractive**

---

Les patientes ayant des ménorragies qui décident de subir une hystérectomie, optent pour la technique la moins effractive possible.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 12 :

##### **Traitement des fibromes causant des ménorragies**

---

On offre aux patientes ayant des ménorragies causées par des fibromes l'embolisation de l'artère utérine, la myomectomie et l'hystérectomie comme options de traitement.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 13 :

##### **Troubles du saignement chez les adolescentes**

---

Les adolescentes ayant des ménorragies font l'objet d'un dépistage des risques des troubles du saignement héréditaire à l'aide d'un outil d'évaluation structuré.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 14 :

##### **Traitement de l'anémie et de la carence en fer**

---

Les patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic d'anémie ou de carence en fer sont traitées avec l'administration de fer par voie orale et (ou) intraveineuse.

# Évaluation initiale complète

Il faut relever en détail les antécédents des patientes présentant des symptômes de ménorragies et procéder à un examen gynécologique, un bilan sanguin complet et un test de grossesse (si une grossesse est possible) au cours de l'évaluation initiale.

## Contexte

Relever les antécédents détaillés et procéder à un examen physique contribuera à établir la cause des ménorragies, à orienter des recherches plus poussées et à guider les choix de traitement<sup>1</sup>.

L'évaluation initiale complète peut être effectuée dans le cadre de plusieurs consultations. Il n'est pas recommandé de demander systématiquement aux patientes de mesurer leurs pertes sanguines. Les ménorragies devraient être considérées comme

un problème si la patiente croit que ces saignements affectent sa vie et son fonctionnement normal<sup>1</sup>.

Les tests de laboratoire suivants *ne* devraient *pas* faire partie de l'évaluation initiale :

- **Test de la fonction thyroïdienne**—Ce test ne devrait être effectué que lorsque les antécédents ou l'examen physique suggèrent une maladie thyroïdienne<sup>1, 4</sup>.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- **Bilan hormonal<sup>1</sup> et bilan de ferritine<sup>1, 4</sup>—**  
La prise de suppléments de fer peut débuter sans demander de bilan de ferritine. Le test de ferritine ne devrait pas être prescrit durant l'évaluation initiale, sauf si une carence en fer sans anémie est soupçonnée; consulter l'**énoncé 14** pour connaître les indications de demande de bilan de ferritine.
- **Tests de dépistage des troubles de la coagulation—** Ces tests ne devraient être envisagés que pour les patientes qui ont des antécédents de ménorragies depuis l'apparition des premières règles, des antécédents de saignements anormaux dans d'autres régions ou des antécédents familiaux de saignements anormaux<sup>1, 4</sup> et dont les résultats obtenus au moyen de l'outil d'évaluation des troubles de la coagulation sont positifs.

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>  
| Southern California Permanente Medical Group, 2013<sup>2</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Lors de la première consultation, votre médecin de famille ou une infirmière praticienne devrait vous poser des questions sur vos symptômes et comment ils affectent votre vie, procéder à un examen gynécologique et vous demander de faire des analyses de sang et d'urine.

### Pour les cliniciens

Assurez-vous de relever en détail les antécédents et de procéder à un examen gynécologique, une formule sanguine complète et un test de grossesse (si une grossesse est possible) durant l'évaluation initiale. Les ménorragies devraient être considérées comme un problème si votre patiente croit qu'elles sont trop abondantes et qu'elles affectent sa vie et son fonctionnement normal.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place afin d'aider les cliniciens dans l'évaluation initiale complète des patientes ayant des ménorragies.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Antécédents détaillés

Les antécédents devraient aborder ce qui suit<sup>1, 2, 4</sup> :

- Détails à propos des saignements
- Présence de symptômes d'anémie et de carence en fer (p. ex., syndrome des jambes sans repos, perte de cheveux, fatigue)
- Antécédents sexuels et reproductifs
- Désir de demeurer fertile
- Incidence sur la qualité de vie, y compris le fonctionnement social et sexuel
- Symptômes suggérant que les saignements ont une origine systémique, comme une hypothyroïdie ou des troubles de la coagulation
- Symptômes associés, comme des odeurs ou des écoulements vaginaux, des douleurs ou une pression pelviennes
- Comorbidités telles que des tumeurs hormono-dépendantes, une maladie thromboembolique ou des problèmes cardiovasculaires qui pourraient avoir une influence sur les choix de traitement
- Une liste des médicaments, y compris les médicaments sans ordonnance et les remèdes à base de plantes
- Antécédents personnels ou facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou du côlon (consulter l'**énoncé 4** pour connaître les facteurs de risque de cancer de l'endomètre)

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui a déjà subi une évaluation initiale complète pour cette affection, incluant des antécédents détaillés, un bilan sanguin complet, un examen gynécologique et un test de grossesse (si une grossesse est possible)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui se soumettent à l'évaluation initiale complète requise dans les 3 mois suivant leur première visite, incluant :
  - Antécédents détaillés
  - Bilan sanguin complet
  - Examen gynécologique
  - Test de grossesse (si une grossesse est possible)
- Source de données : collecte de données locales

**Remarque :** L'indicateur peut être calculé comme un pourcentage global et en fonction de chacun des éléments énumérés.

## Prise de décisions partagée

**Les patientes ayant des ménorragies obtiennent des renseignements sur toutes les options de traitement possibles et sont soutenues dans leur prise de décision éclairée à propos des traitements les plus appropriés pour elles, selon leurs valeurs, leurs préférences et leurs objectifs, y compris leur désir de demeurer fertiles.**

### Contexte

La prise de décision partagée consiste en un partenariat entre le clinicien et la patiente<sup>1</sup>.

Le professionnel de la santé apporte une expertise clinique à la discussion alors que la patiente apporte son expérience relative aux répercussions que les ménorragies ont sur sa vie et son expérience relative aux objectifs de son traitement<sup>1</sup>. Pour faciliter la prise de décisions éclairées partagées à propos des traitements, les cliniciens devraient fournir aux

patientes des renseignements exacts sur ce qui représente des menstruations normales et sur toutes les options de traitement possibles pour le cas précis de la patiente<sup>1</sup>. Les patientes devraient recevoir des renseignements sur les objectifs du traitement, les effets secondaires, les risques, les incidences sur la fertilité et les coûts qu'elles devront payer elles-mêmes pour toutes les options de traitement.

**Source :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Vous devriez choisir le traitement que vous préférez après avoir discuté de toutes les options avec votre professionnel de la santé. On devrait vous indiquer tous les effets secondaires, les risques, les effets sur votre fertilité et les coûts que vous devrez payer.

### Pour les cliniciens

Fournissez aux patientes des renseignements sur toutes les options de traitement possibles et aidez-les à prendre une décision qui correspond à leurs valeurs et à leurs préférences.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus, les politiques et les ressources sont en place afin que les patientes aient accès au traitement de leur choix.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui a déclaré avoir reçu des renseignements de leur professionnel de la santé au sujet des options de traitement, y compris des renseignements sur les objectifs du traitement, les effets secondaires, les risques, les incidences sur la fertilité et les coûts possibles qu'elles devront défrayer**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont déclaré avoir obtenu des renseignements de la part de leur professionnel de la santé à propos de leurs options de traitement, notamment des renseignements sur ce qui suit :
  - Objectifs de traitement
  - Effets secondaires
  - Risques
  - Incidence sur la fertilité
  - Coûts potentiels que la patiente devra défrayer
- Source de données : collecte de données locales

**Remarque :** L'indicateur peut être calculé comme un pourcentage global et en fonction de chacun des éléments énumérés.

### **Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui a déclaré avoir reçu son option de traitement privilégiée**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont indiqué avoir reçu leur option de traitement privilégiée
- Source de données : collecte de données locales



## Traitements pharmacologiques

On offre aux patientes ayant des ménorragies le choix entre un traitement pharmacologique hormonal ou non hormonal.

### Contexte

Diverses options de traitement pharmacologique s'offrent aux personnes aux prises avec des ménorragies. Ces options peuvent être regroupées selon qu'il s'agit d'un traitement hormonal ou non hormonal et chaque catégorie comporte des considérations spéciales pour les patientes<sup>1,4</sup>.

Les patientes devraient être conscientes des coûts potentiels qu'elles devront payer, puisque de nombreux médicaments utilisés pour traiter les ménorragies ne sont pas financés par le secteur public ni couverts par les régimes d'assurance privés.

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>  
| Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2015<sup>5</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Votre professionnel de la santé devrait discuter avec vous le choix entre un traitement hormonal ou non hormonal.

### Pour les cliniciens

Assurez-vous de fournir aux patientes des renseignements sur toutes les options pharmacologiques disponibles. Faites en sorte que les patientes soient conscientes des coûts potentiels qu'elles devront payer, puisque bon nombre de ces traitements ne sont pas financés par le secteur public ni couverts par les régimes d'assurance privés. Informez les patientes que si elles ne constatent pas de résultats dans un délai de 3 à 6 mois, elles devraient revenir pour un rendez-vous de suivi afin qu'on réévalue leur plan de traitement.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place, notamment que les patientes ont accès au traitement pharmacologique de leur choix.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui indiquent qu'on leur a offert un choix de traitements pharmacologiques (hormonal et non hormonal)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui indiquent qu'on leur a offert un choix de traitements pharmacologiques (hormonal et non hormonal)
- Source de données : collecte de données locales

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### Options pharmacologiques non hormonales

Les options non hormonales suivantes peuvent être utilisées pour traiter les ménorragies<sup>1,4</sup> :

- Acide tranexamique
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

**Remarque :** Les AINS aident également à soulager les symptômes de dysménorrhée<sup>1</sup>.

#### Options pharmacologiques hormonales

Les options hormonales suivantes peuvent être utilisées pour traiter les ménorragies :

- Système intra-utérin de libération progressive de lévonorgestrel<sup>1</sup>
- Contraceptifs oraux combinés<sup>1,4</sup>
- Progestines continues à forte dose<sup>4,5</sup>

Les patientes aux prises avec des fibromes utérins associés à des ménorragies peuvent essayer les médicaments énumérés ci-dessus, ainsi que les deux autres options suivantes qui peuvent s'avérer efficaces pour réduire les fibromes utérins, ainsi que les saignements qui y sont associés<sup>5</sup> :

- Analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines<sup>1,4,5</sup>
- Modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone<sup>5</sup>

## Biopsie de l'endomètre

Les patientes ayant des ménorragies qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie endométriale se voient offrir une biopsie de l'endomètre.

### Contexte

La biopsie de l'endomètre est une intervention à effraction minimale qui permet d'obtenir des renseignements sur les anomalies des cellules endométriales<sup>1,2,4</sup>. Si une patiente ayant des ménorragies présente des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie

endométriale, on doit procéder à une biopsie de l'endomètre pour confirmer ou exclure ces maladies. Les cliniciens devraient évaluer les facteurs de risque contributifs associés au cancer de l'endomètre lorsqu'ils décident de recommander une biopsie de l'endomètre.

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>  
| Southern California Permanente Medical Group, 2013<sup>2</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Vous avez peut-être besoin d'une biopsie de l'endomètre, une procédure visant à prélever un échantillon de tissus de votre utérus de manière à rechercher des cellules anormales ou un surcroissement de l'endomètre.

### Pour les cliniciens

S'assurer que votre patiente subit une biopsie de l'endomètre si elle présente des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie endométriale.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place, de manière que les patientes soient en mesure de subir une biopsie de l'endomètre si elles présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre. Cela comprend l'accès à des professionnels compétents capables d'effectuer une biopsie, le matériel nécessaire pour effectuer l'intervention et les laboratoires requis pour tester les échantillons une fois qu'on les a obtenus.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Facteurs de risque de cancer de l'endomètre <sup>1,2,4</sup> :

- Âge
  - Plus de 40 ans
- Nature du saignement
  - Saignements qui ne s'améliorent pas avec le traitement pharmacologique
  - Métrorragie persistante
- Autres facteurs de risque de cancer de l'endomètre
  - Anovulation chronique
  - Obésité
  - Exposition prolongée aux œstrogènes non compensés ou au tamoxifène
  - Diabète
  - Nulliparité
  - Premières règles précoces
  - Historique familial de cancer de l'endomètre

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

#### Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une biopsie de l'endomètre

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont subi une biopsie de l'endomètre (à l'exclusion des biopsies effectuées dans le mois suivant l'ablation de l'endomètre, de manière à exclure les biopsies non diagnostiques)
- Sources de données : collecte de données locales; à l'échelle du système, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

**Remarque :** L'objectif de cet indicateur est de mesurer le taux global de biopsies de l'endomètre et l'écart dans l'ensemble de la province. Il ne vise pas à indiquer si les biopsies de l'endomètre sont effectuées adéquatement.

#### Proportion de personnes ayant des ménorragies qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie endométriale et qui n'ont pas subi de biopsie de l'endomètre

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie endométriale
  - Facteurs de risque : patientes âgées de plus de 40 ans, saignements qui ne s'améliorent pas avec le traitement, anovulation chronique, métrorragie persistante, obésité, exposition prolongée aux œstrogènes non compensés ou au tamoxifène, diabète, nulliparité, premières règles précoces et antécédents familiaux de cancer de l'endomètre
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui n'ont pas subi de biopsie de l'endomètre
- Source de données : collecte de données locales

## Échographie

**Les patientes ayant des ménorragies qui sont soupçonnées de présenter des anomalies structurelles à la suite d'un examen pelvien ou qui ont essayé un traitement pharmacologique, mais qui n'ont pas noté d'amélioration importante de leurs symptômes, se voient offrir une échographie de leur utérus.**

### Contexte

L'échographie de l'utérus est indiquée si le clinicien soupçonne qu'une patiente ayant des ménorragies présente des anomalies structurelles au niveau du pelvis qui nécessitent une recherche plus approfondie<sup>4</sup>.

Si une échographie est nécessaire, on procède généralement à une échographie abdominale basse, habituellement suivie d'une échographie transvaginale de manière à visualiser la cavité

utérine. L'échographie pelvienne transabdominale à elle seule peut être plus appropriée pour les patientes qui ne sont pas actives sexuellement<sup>4</sup>.

Si des recherches supplémentaires sont nécessaires, le clinicien peut envisager de procéder à une hystérographie avec injection de solution saline, une hystérocopie ou une imagerie par résonance magnétique<sup>1</sup>.

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Vous pourriez avoir besoin de passer une échographie de l'utérus pour voir sa taille ou sa forme. Une échographie utilise des ondes acoustiques pour prendre des photos.

### Pour les cliniciens

L'échographie est la technique d'imagerie de première ligne pour les patientes aux prises avec des ménorragies. Procédez à un examen pelvien avant d'envisager une échographie. Votre patiente est une bonne candidate pour une échographie si, à la suite de l'examen pelvien, vous soupçonnez la présence d'anomalies nécessitant des recherches plus approfondies. Si vous avez déjà fait un examen pelvien et ne soupçonnez pas d'anomalies structurelles, mais que l'état de votre patiente ne s'améliore pas avec le traitement pharmacologique, il est acceptable de demander une échographie.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que toutes les patientes aient accès à une échographie de l'utérus lorsqu'elles en ont besoin.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui subissent une échographie de l'utérus et qui n'ont pas subi d'examen pelvien ou gynécologique au cours de l'année précédente**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une échographie de l'utérus
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui n'ont pas subi d'examen pelvien ou gynécologique au cours des 12 mois précédant l'échographie
- Source de données : collecte de données locales

**Remarque :** Cet indicateur mesure l'utilisation inappropriée des échographies pour les cas de ménorragies.

## Aiguillage vers un gynécologue

**On doit offrir une évaluation initiale complète et des traitements pharmacologiques aux patientes ayant des ménorragies avant de les aiguiller vers un gynécologue. Une fois aiguillées, les patientes doivent être vues par un gynécologue dans les 3 mois.**

### Contexte

Avant d'être aiguillées vers un gynécologue, les patientes ayant des ménorragies devraient subir une évaluation initiale (consulter l'énoncé 1 pour obtenir plus de détails), se voir offrir l'essai d'un traitement pharmacologique (consulter l'énoncé 3) et se voir offrir une échographie de l'utérus, s'il y a lieu (voir l'énoncé 5). Certaines patientes pourraient ne pas vouloir essayer un traitement pharmacologique,

mais cette option devrait être offerte à toutes les patientes. Le fait de suivre ces étapes permettra de réduire le temps d'attente avant le début du traitement et la consultation d'un spécialiste et fournira au gynécologue les renseignements essentiels pour déterminer la cause des saignements. Les spécialistes devraient voir les patientes dans les 3 mois suivant leur aiguillage vers eux.

**Source :** Consensus du comité consultatif



## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Avant de vous aiguiller vers un gynécologue, votre médecin de famille ou une infirmière praticienne devrait procéder à une évaluation complète et vous offrir une prescription pour soulager vos symptômes. Si l'on vous aiguille vers un gynécologue, vous devriez obtenir un rendez-vous dans 3 mois.

### Pour les cliniciens

Fournisseurs de soins primaires : Procédez toujours à une évaluation initiale complète avant d'envisager un aiguillage vers un gynécologue. La combinaison des résultats des antécédents et de l'examen physique, y compris l'examen pelvien, les tests de laboratoire et l'imagerie (s'il y a lieu) devraient être partagés avec le gynécologue avant que celui-ci ne voie la patiente.

Gynécologues : Assurez-vous de voir la patiente dans les 3 mois suivant la réception de l'aiguillage.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que toutes les patientes aient accès à un gynécologue, au besoin, dans les 3 mois suivant l'aiguillage par leur fournisseur de soins primaires.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont été vues par un gynécologue dans les 3 mois suivant l'aiguillage**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont été aiguillées vers un gynécologue
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont été vues par un gynécologue dans les 3 mois suivant l'aiguillage
- Source de données : collecte de données locales

## INDICATEURS DE PROCESSUS SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont été vues par un gynécologue et qui ont subi une évaluation initiale complète avant l'aiguillage (y compris les antécédents détaillés, un bilan sanguin complet, un examen gynécologique et un test de grossesse, s'il y a lieu)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont été vues par un gynécologue
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont subi une évaluation initiale complète avant leur l'aiguillage, incluant ce qui suit :
  - Antécédents détaillés
  - Bilan sanguin complet
  - Examen gynécologique
  - Test de grossesse (si une grossesse est possible)
- Source de données : collecte de données locales

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont été vues par un gynécologue et à qui on a offert un traitement pharmacologique pour la prise en charge des ménorragies avant l'aiguillage**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont été vues par un gynécologue
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur à qui on a offert un traitement pharmacologique pour la prise en charge des ménorragies avant l'aiguillage
- Source de données : collecte de données locales

## Ablation de l'endomètre

On offre aux patientes ayant des ménorragies qui ne souhaitent pas préserver leur fertilité l'ablation de l'endomètre. En l'absence d'anomalies structurelles, les patientes ont accès aux techniques d'ablation de l'endomètre non résectoscopiques.

### Contexte

L'ablation de l'endomètre est une option de traitement efficace pour les patientes aux prises avec des ménorragies et dont la cavité utérine est normale<sup>1</sup>. On doit procéder à des prélèvements de l'endomètre sur les patientes qui choisissent de recourir à l'ablation de l'endomètre afin d'exclure le cancer avant l'intervention; la destruction de l'endomètre rend les tests de dépistage du cancer difficiles<sup>6</sup>. Les patientes qui ont choisi l'ablation de l'endomètre doivent faire usage d'un contraceptif tant qu'elles sont en âge de procréer<sup>6</sup>.

Les techniques d'ablation de l'endomètre non résectoscopiques, aussi appelées techniques de deuxième génération, utilisent diverses sources

d'énergie pour détruire l'endomètre de manière non sélective<sup>6</sup>. Ces techniques sont privilégiées parce qu'elles exigent moins de temps opératoire et moins de formation spécialisée et parce qu'elles sont plus faciles à effectuer. Elles peuvent être effectuées dans un établissement de soins externe sous sédation locale ou consciente et donnent lieu à moins de complications reliées à un surplus de liquide et à une perforation utérine<sup>6</sup>. Toutes les patientes qui envisagent l'ablation de l'endomètre devraient avoir accès aux techniques d'ablation de l'endomètre non résectoscopiques<sup>1</sup>.

**Sources** : National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup>  
| Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>  
| Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2015<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vous ne souhaitez pas devenir enceinte plus tard, votre gynécologue peut vous offrir une ablation de l'endomètre, qui détruit la paroi de l'utérus. Cette procédure rend une grossesse dangereuse pour vous, ce qui fait que vous devrez faire usage d'un contraceptif tant que vous serez en âge de procréer.

### Pour les cliniciens

Offrez l'ablation de l'endomètre comme l'une des options de traitement de première ligne pour les ménorragies. Si votre patiente choisit cette option, procédez tout d'abord à des prélèvements de l'endomètre. Les techniques non résectoscopiques effectuées sans anesthésie générale sont les méthodes privilégiées pour l'ablation de l'endomètre.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que toutes les patientes aient accès aux techniques d'ablation de l'endomètre non résectoscopiques. Assurez-vous que les cliniciens connaissent les gynécologues qui acceptent les aiguillages pour l'ablation de l'endomètre.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

#### **Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une ablation de l'endomètre, selon le type d'ablation (toutes, résectoscopiques, non résectoscopiques)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une ablation de l'endomètre, selon le type d'ablation :
  - Toutes
  - Résectoscopiques
  - Non résectoscopiques
- Sources de données : collecte de données locales, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients

**Remarque :** Chaque type d'ablation doit être calculé séparément, ainsi que le taux global.

#### **Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi l'ablation de l'endomètre et sur lesquelles on a d'abord procédé à des prélèvements de l'endomètre dans les 3 mois précédant l'intervention**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une ablation de l'endomètre
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur sur lesquelles on a procédé à des prélèvements de l'endomètre dans les 3 mois précédant l'intervention, incluant le jour de l'intervention
- Sources de données : collecte de données locales, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients

## Ménorragies aiguës

**Les patientes qui présentent des ménorragies non contrôlées bénéficient d'interventions permettant d'arrêter les saignements, de thérapies visant à corriger rapidement l'anémie grave et d'un rendez-vous de suivi en soins externes avec un professionnel de la santé durant ou immédiatement après leurs prochaines menstruations (environ 4 semaines).**

### Contexte

Les patientes qui souffrent de ménorragies aiguës devraient être prises en charge rapidement afin de minimiser la morbidité et de réduire la probabilité d'avoir besoin de transfusions sanguines<sup>4</sup>. Les interventions visant à arrêter le saignement comprennent les thérapies pharmacologiques<sup>2, 4</sup>, le tamponnement intracavitaire<sup>2</sup>, la dilatation et

le curetage avec hystéroscopie<sup>2, 4</sup>, l'ablation de l'endomètre résectoscopique<sup>2, 4</sup>, l'occlusion de l'artère utérine<sup>2, 4</sup> et l'hystérectomie<sup>2, 4</sup>. Dans les cas aigus, les hystérectomies devraient être une intervention de dernier recours en raison des risques associés à une intervention chirurgicale chez les patientes présentant une anémie grave<sup>2, 4</sup>.

**CONTEXTE** SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

La thérapie de première ligne pour corriger l'anémie grave (taux d'hémoglobine de 90 g/l ou moins) est l'administration de fer par voie intraveineuse. La transfusion de globules rouges au moyen du plus petit nombre d'unités nécessaire est recommandée lorsque la patiente présente des symptômes graves d'anémie, comme de l'hypotension, des douleurs thoraciques, une syncope ou une tachycardie.

Un rendez-vous de suivi prévu pour coïncider avec les prochaines menstruations de la patiente est important, car il permet aux professionnels de la santé d'évaluer si le problème persiste et de revoir l'efficacité de la pharmacothérapie commencée à l'hôpital.

**Sources :** Consensus du comité consultatif (rendez-vous de suivi) | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup>  
| Southern California Permanente Medical Group, 2013<sup>2</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vos menstruations sont soudainement très abondantes, votre professionnel de la santé tentera de l'arrêter au moyen de médicaments ou une intervention. Au besoin, on vous administrera du fer par voie intraveineuse ou on vous fera une transfusion de sang. Vous devriez obtenir un rendez-vous de suivi coïncidant à peu près avec vos prochaines menstruations.

### Pour les cliniciens

Lorsqu'une patiente se présente avec des ménorragies, stabilisez-la et traitez-la de manière à réduire au minimum le besoin de transfusions sanguines. Assurez-vous que la patiente obtient un rendez-vous de suivi en soins externes dans les 4 semaines, durant ou immédiatement après ses prochaines menstruations, afin d'évaluer si le problème persiste et de revoir l'efficacité de la pharmacothérapie commencée à l'hôpital.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que les patientes aient accès à toutes les options de traitement pour les saignements aigus, qu'elles reçoivent une réanimation rapide et qu'on leur administre un traitement approprié contre l'anémie pendant leur séjour à l'hôpital. Assurez-vous que les ressources sont disponibles afin que les rendez-vous de suivi aient lieu en temps opportun.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Ménorragies aiguës

Un épisode de ménorragies non lié à la grossesse présentant une perte de sang suffisante pour nécessiter une intervention immédiate afin de prévenir toute perte de sang supplémentaire<sup>4</sup>.



## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes qui ont obtenu un rendez-vous de suivi en soins externes avec un professionnel de la santé dans les 4 semaines après leur départ de l'hôpital pour une consultation aux urgences ou une admission non prévue à l'hôpital pour des ménorragies**

- Dénominateur : nombre de patientes qui ont eu une consultation aux urgences ou une admission non prévue à l'hôpital pour des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont obtenu un rendez-vous de suivi en soins externes avec un professionnel de la santé dans les 4 semaines après leur départ de l'hôpital
- Sources de données : collecte de données locales; à l'échelle du système, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les congés des patients (BDCP), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

**Remarque :** Les rendez-vous de suivi devraient être prévus de manière à coïncider avec les prochaines menstruations de la patiente, ce que l'on estime être dans les 4 prochaines semaines. À l'échelle du système, la RASO, la BDCP et le SNISA permettent de mesurer les suivis auprès d'un médecin, mais ne permettent pas d'inclure les rendez-vous de suivi avec d'autres professionnels de la santé.

### Indicateur de résultat

**Pourcentage de patientes qui ont eu une consultation non prévue aux urgences pour des ménorragies dans les 60 jours (c.-à-d., pour accorder assez de temps pour un cycle menstruel subséquent ou plus) suivant la consultation initiale aux urgences ou le congé de l'hôpital pour des ménorragies**

- Dénominateur : nombre de patientes qui ont eu des consultations non prévues aux urgences ou des congés de l'hôpital pour des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont eu une consultation non prévue aux urgences pour des ménorragies dans les 60 jours suivant la consultation initiale aux urgences ou le congé de l'hôpital
- Sources de données : collecte de données locales; à l'échelle du système, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

## Dilatation et curetage

**On ne fait pas de dilatation et de curetage aux patientes ayant des ménorragies, sauf si elles présentent des saignements non contrôlés aigus et que le traitement médical est inefficace ou contre-indiqué.**

### Contexte

Par le passé, la dilatation et le curetage faisaient office de traitement et (ou) d'outil diagnostique pour les menstruations abondantes aiguës et chroniques. Malheureusement, les avantages de cette intervention sont temporaires<sup>1</sup>. Lorsque la dilatation et le curetage sont effectués, on devrait

procéder simultanément à une hystérocopie afin de réduire le nombre de lésions manquées (p. ex., polypes) qui pourraient contribuer ou être la cause des ménorragies aiguës<sup>2</sup>. Consulter l'énoncé 8 pour obtenir une orientation supplémentaire sur le traitement des ménorragies aiguës.

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Southern California Permanente Medical Group, 2013<sup>2</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

On devrait procéder à une dilatation et à un curetage (une DC) si les saignements sont graves et si les médicaments n'ont pas réussi à les diminuer. La DC permet d'évacuer les tissus anormaux de ton utérus. Normalement, la DC s'accompagne d'une hystérocopie, une technique qui permet en même temps au médecin d'examiner l'intérieur de l'utérus.

### Pour les cliniciens

Utilisez la dilatation et le curetage uniquement chez les patientes qui souffrent de ménorragies aiguës et chez qui la pharmacothérapie s'avère inefficace pour arrêter les saignements. Dans ces cas, recourir simultanément à une hystérocopie pour visualiser les lésions qui pourraient être la cause des saignements.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que les patientes ne subissent pas de dilatation et de curetage à des fins d'évaluation ou de traitement des ménorragies, sauf en cas de nécessité absolue pour traiter les ménorragies *aiguës* qui ne répondent pas aux interventions médicales.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

#### **Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une dilatation et un curetage facultatifs (c.-à-d., inappropriés)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une dilatation et un curetage (excluant les dilatations et curetages facultatifs)
- Sources de données : base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients

#### **Pourcentage de patientes avec ménorragies aiguës qui ont subi une dilatation et un curetage ainsi qu'une hystérocopie**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies aiguës qui ont subi une dilatation et un curetage
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont subi une hystérocopie dans le cadre de la même intervention
- Source de données : collecte des données locales

## Offrir l'hystérectomie

Les patientes qui présentent des ménorragies se font offrir une hystérectomie uniquement après une discussion consignée au dossier des autres options de traitement ou après l'échec d'autres traitements.

### Contexte

Dans la plupart des cas, l'hystérectomie ne devrait pas constituer le traitement de première ligne pour les ménorragies. Le clinicien devrait avoir une discussion avec la patiente sur les complications potentielles de l'intervention chirurgicale et les effets

potentiels d'une hystérectomie sur les désirs sexuels, la fertilité, la fonction vésicale, la fonction ovarienne, la nécessité de traitements de suivi et le bien-être psychologique<sup>1</sup>.

**Source :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Avant d'envisager une hystérectomie, on devrait vous proposer d'autres traitements, y compris des médicaments et des interventions moins coûteuses.

### Pour les cliniciens

Si votre patiente envisage de subir une hystérectomie, assurez-vous d'avoir une discussion détaillée sur les effets qu'une hystérectomie pourrait avoir sur les désirs sexuels, la fertilité, la fonction vésicale, la fonction ovarienne, la nécessité de traitements de suivi et le bien-être psychologique, ainsi que les complications potentielles de l'intervention chirurgicale.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que toutes les patientes aient accès à toutes les interventions et options de traitement appropriées et pas seulement à l'hystérectomie.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une hystérectomie et qui ont eu une discussion consignée au dossier sur les autres options de traitement**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une hystérectomie
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont eu une discussion consignée au dossier sur les autres options de traitement
- Source de données : collecte des données locales

# Hystérectomie moins effractive

Les patientes ayant des ménorragies qui décident de subir une hystérectomie optent pour la technique la moins effractive possible.

## Contexte

Si une patiente décide de subir une hystérectomie pour traiter des ménorragies, il faut lui offrir la technique la moins effractive possible afin de réduire au minimum les complications et le temps de rétablissement<sup>1,4</sup>. Les techniques par voie vaginale et par laparoscopie sont moins effractives que

l'hystérectomie abdominale et sont associées à une réduction de la morbidité et de la durée du séjour à l'hôpital<sup>1,4</sup>. Avant la chirurgie, il est recommandé de traiter l'anémie en administrant du fer par voie orale ou par intraveineuse pour élever la concentration d'hémoglobine de la patiente à plus de 120 g/l.

**Source :** National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup>



## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vous optez pour une hystérectomie, on devrait vous proposer le type d'hystérectomie la plus sûre pour vous.

### Pour les cliniciens

Si votre patiente décide de subir une hystérectomie, optez toujours pour la technique la moins efficace possible. Si votre patiente a un niveau d'hémoglobine inférieur à 120 g/l, administrez du fer par voie orale ou par intraveineuse pour élever son niveau d'hémoglobine à plus de 120 g/l avant l'intervention chirurgicale.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que toutes les patientes aient accès aux techniques d'hystérectomie les moins efficaces et que les médecins aient la formation et le matériel nécessaires pour recourir aux techniques les plus récentes et les moins efficaces, comme les techniques par voie vaginale et par laparoscopie au lieu des hystérectomies abdominales.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Proportion des hystérectomies chez les patientes ayant des ménorragies qui sont effectuées par voie vaginale, par laparoscopie ou par voie abdominale**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une hystérectomie
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont subi une hystérectomie, par :
  - Voie vaginale
  - Laparoscopie
  - Voie abdominale
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une hystérectomie et qui avaient un taux d'hémoglobine préopératoire supérieur à 120 g/l**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont subi une hystérectomie
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui avaient un taux d'hémoglobine préopératoire supérieur à 120 g/l
- Source de données : collecte des données locales

**Remarque :** Dans le cadre de la vérification, assurez-vous d'utiliser le plus récent taux d'hémoglobine de la patiente avant la l'intervention chirurgicale.

## Traitement des fibromes causant des ménorragies

On offre aux patientes ayant des ménorragies causées par des fibromes l'embolisation de l'artère utérine, la myomectomie et l'hystérectomie comme options de traitement.

### Contexte

Les fibromes sont l'une des principales causes des ménorragies<sup>5</sup>. L'embolisation de l'artère utérine, la myomectomie et l'hystérectomie sont des options efficaces pour les patientes présentant des fibromes symptomatiques<sup>1,5</sup>. Il faut considérer la myomectomie et l'embolisation de l'artère utérine comme des options de traitement conservatrices pour certaines patientes auxquelles on a expliqué les risques et les avantages potentiels de chaque option<sup>5</sup>. Pour les patientes qui ne tiennent pas à préserver leur fertilité et auxquelles on a expliqué les risques et les avantages de l'hystérectomie, ce traitement peut être offert (se reporter aux énoncés 10 et 11 pour obtenir plus de renseignements)<sup>5</sup>.

Avant une intervention visant à traiter des fibromes, il est recommandé de traiter l'anémie en administrant du fer par voie orale ou par intraveineuse pour élever le taux d'hémoglobine de la patiente à plus de 120 g/l. Des analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine ou des modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone permettent d'arrêter les règles et de faciliter les techniques minimalement effractives<sup>5</sup>.

**Sources** : National Institute for Health and Care Excellence, 2007<sup>1</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup> | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2015<sup>5</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vos ménorragies sont attribuables à des fibromes (excroissances non cancéreuses), on devrait vous offrir l'embolisation des artères utérines, la myomectomie ou l'hystérectomie. L'embolisation des artères utérines consiste à bloquer l'approvisionnement en sang de l'utérus, rétrécissant ainsi les fibromes. La myomectomie est une opération qui consiste à retirer le fibrome. L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation de l'utérus.

### Pour les cliniciens

Offrez l'embolisation de l'artère utérine, la myomectomie et l'hystérectomie comme options de traitement à toutes les patientes ayant des ménorragies causées par des fibromes. Assurez-vous que les patientes ont tous les renseignements dont elles ont besoin pour faire un choix éclairé. Si votre patiente a un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l, administrez du fer par voie orale ou par intraveineuse pour élever son taux d'hémoglobine à plus de 120 g/l avant l'intervention.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que les patientes aient accès à l'embolisation de l'artère utérine, à la myomectomie et à l'hystérectomie comme options de traitement des fibromes causant des ménorragies. Assurez-vous que les cliniciens connaissent les spécialistes qui acceptent des aiguillages pour ces interventions.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic de fibromes et auxquelles on a offert les interventions suivantes : l'embolisation de l'artère utérine, la myomectomie et l'hystérectomie**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic de fibromes
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur auxquelles on a offert les interventions suivantes :
  - Embolisation de l'artère utérine
  - Myomectomie
  - Hystérectomie
- Source de données : collecte des données locales

**Remarque :** Cet indicateur peut être calculé comme un pourcentage global et en fonction de chacune des interventions énumérées.

# Troubles du saignement chez les adolescentes

Les adolescentes ayant des ménorragies font l'objet d'un dépistage des risques des troubles du saignement héréditaire à l'aide d'un outil d'évaluation structuré.

## Contexte

Près de la moitié des adolescentes qui ont des ménorragies dès leurs premières règles ou pas longtemps après leurs premières règles ont un trouble de saignement sous-jacent<sup>4</sup>. Les cliniciens devraient demander à la patiente si elle a des ménorragies depuis ses premières règles et si elle a eu une hémorragie post-partum, des saignements associés à une intervention chirurgicale ou des saignements associés à des soins dentaires. Si la patiente répond affirmativement à l'une

des questions ci-dessus, le clinicien doit utiliser un outil d'évaluation structuré du saignement afin de poser également des questions sur les hématomes, les saignements de nez, les saignements fréquents des gencives, la présence de sang dans les urines et les antécédents familiaux de symptômes de saignement<sup>2</sup>. Des tests de laboratoire supplémentaires sont nécessaires si la patiente obtient un résultat positif d'une coagulopathie héréditaire<sup>2</sup>.

**Sources :** Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2013<sup>4</sup> | Southern California Permanente Medical Group, 2013<sup>2</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vous êtes une adolescente, on devrait vous poser des questions sur vos antécédents de saignements et peut-être de subir d'autres analyses de sang.

### Pour les cliniciens

Si votre patiente est une adolescente ayant des ménorragies depuis ses premières règles ou pas longtemps après ses premières règles, utilisez un outil d'évaluation structuré du saignement pour dépister les facteurs de risque des troubles du saignement héréditaires. Si votre patiente obtient un résultat positif après l'évaluation avec cet outil, consultez un hématologue et faites passer des tests à votre patiente pour des troubles de saignement.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que les patientes aient accès à une consultation en hématologie, au besoin, et aux services de laboratoire pour effectuer les analyses pour les troubles du saignement.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de patientes âgées de 10 à 19 ans ayant des ménorragies qui subissent un test de dépistage pour les facteurs de risque des troubles du saignement héréditaires**

- Dénominateur : nombre de patientes âgées de 10 à 19 ans ayant des ménorragies
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui subissent un test de dépistage pour les facteurs de risque des troubles du saignement héréditaires
- Source de données : collecte des données locales

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

#### Adolescentes

L'adolescence est la période de la croissance et du développement des humains qui a lieu après l'enfance et avant l'âge adulte. Aux fins de cette norme de qualité, nous définissons cette période de 10 à 19 ans<sup>7</sup>.

# Traitement de l'anémie et de la carence en fer

Les patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic d'anémie ou de carence en fer sont traitées avec l'administration de fer par voie orale et (ou) intraveineuse.

## Contexte

Les patientes ayant des ménorragies présentent un risque accru d'anémie et de carence en fer compte tenu de la quantité excessive de sang qu'elles perdent tous les mois. L'anémie et la carence en fer doivent être traitées afin d'améliorer le fonctionnement physique et mental de la patiente et d'éviter la nécessité d'une transfusion. En outre, il faudrait penser à recommander une consultation en diététique.

Toutes les patientes qui sont atteintes d'anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l chez une patiente qui a ses règles et qui n'est pas enceinte<sup>8</sup>) ou qui présentent un faible volume cellulaire moyen,

un faible nombre de globules rouges et des antécédents vérifiés de saignement doivent être traitées avec du fer, mais n'ont pas besoin de subir une analyse de la ferritine. Cependant, si le taux d'hémoglobine des patientes atteintes d'anémie n'augmente pas avec la prise de fer par voie orale, une analyse de la ferritine est nécessaire. Les patientes qui ne sont pas anémiques, mais qui présentent des symptômes de carence en fer, comme les jambes sans repos, la fatigue ou la perte de cheveux, devraient également subir une analyse de ferritine. Les taux de ferritine inférieurs à 15 µg/l indiquent une carence en fer et les taux se situant de 15 à 50 µg/l sont fortement indicatifs d'une carence en fer<sup>9</sup>.

**Source :** Consensus du comité consultatif



## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les patientes

Si vous faites une carence en fer ou de l'anémie (faible taux de globules rouges), on devrait vous aviser de prendre des comprimés de fer. Vous pourriez avoir besoin de recevoir du fer liquide par une aiguille (intraveineuse).

### Pour les cliniciens

Si votre patiente est atteinte d'anémie ferriprive causée par des ménorragies, prescrivez-lui du fer : tout d'abord par voie orale, puis par intraveineuse. Ayez recours à une transfusion uniquement si la patiente présente des effets indésirables graves, par exemple, de l'hypotension, une douleur thoracique, une syncope ou de la tachycardie.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources sont en place de manière que les patientes ayant des ménorragies aient le même accès à toutes les options de traitement pour corriger leur anémie ferriprive. Assurez-vous que les cliniciens ont accès à des analyses de laboratoire appropriées pour leurs patientes et aux protocoles pour éviter des transfusions inutiles chez cette population.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Interventions visant à prendre en charge l'anémie et la carence en fer

L'anémie et la carence en fer devraient être traitées au moyen de l'administration de fer par voie orale ou intraveineuse, dans l'ordre suivant :

1. Administration orale de fer pour un minimum de 3 mois pour corriger le taux d'hémoglobine et traiter les symptômes de carence en fer (fatigue, trouble cognitif, intolérance à l'exercice, jambes sans repos)<sup>9</sup>
2. Administration intraveineuse de fer aux patientes atteintes d'anémie grave (taux d'hémoglobine inférieur à 90 g/l), qui présentent des symptômes d'anémie graves, qui ne réagissent pas au traitement ou qui sont intolérantes à la prise de fer par voie orale ou aux patientes qui ont besoin d'augmenter leur taux d'hémoglobine rapidement avant une intervention opératoire<sup>9</sup>
3. Transfusion, mais uniquement si la patiente présente des effets indésirables graves, par exemple, de l'hypotension, une douleur thoracique, une syncope ou une tachycardie. La transfusion est associée à des événements indésirables, y compris un risque de 1 sur 13 d'allo-immunisation foëto-maternelle qui peut compliquer les prochaines grossesses<sup>10</sup>

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic d'anémie ou de carence en fer qui ont été traitées avec du fer, selon le mode d'administration (par voie orale ou par intraveineuse)**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui ont reçu diagnostic d'anémie ou de carence en fer
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur traitées avec du fer, selon le mode d'administration :
  - Voie orale
  - Intraveineuse
- Source de données : collecte des données locales

**Remarque :** Chaque type de traitement doit être calculé séparément, ainsi que le taux global.

**Pourcentage de patientes ayant des ménorragies qui ont reçu un diagnostic d'anémie et qui ont reçu une transfusion de sang**

- Dénominateur : nombre de patientes ayant des ménorragies qui étaient atteintes d'anémie
- Numérateur : nombre de patientes du dénominateur qui ont reçu une transfusion de sang
- Sources de données : collecte de données locales; à l'échelle du système, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients

# Remerciements

## Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer la présente norme de qualité :

### **Adrian Brown (coprésident)**

Professeur agrégé, département d'obstétrique et de gynécologie, Université de Toronto, chef du département d'obstétrique et de gynécologie médicale et directeur des programmes médicaux, Programme des soins à la mère et au nouveau-né, Hôpital général de North York

### **Catherine Caron (coprésidente)**

Médecin de famille et professeure adjointe, Clinique de santé des femmes, Centre de médecine familiale Bruyère, Université d'Ottawa

### **Jeannie Callum**

Directrice de la médecine transfusionnelle, pathologie clinique, Centre Sunnybrook des sciences de la santé

### **Elizabeth David**

Radiologiste vasculaire interventionnelle, Centre Sunnybrook des sciences de la santé

### **Sheila Dunn**

Directrice de la recherche et professeure agrégée, département de médecine familiale et communautaire, Hôpital Women's College, Université de Toronto

### **Mary Johnston**

Urgentologue, professeure adjointe, Hôpital Queensway Carleton et Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa

### **Frances Kilbertus**

Professeure agrégée, médecine familiale, École de médecine du Nord de l'Ontario

### **Lisa McCarthy**

Scientifique en pharmacie, pharmacienne, Hôpital Women's College et école de médecine Leslie Dan, Université de Toronto

### **Christine Miller**

Infirmière praticienne, clinique dirigée par du personnel infirmier praticien Lakehead

### **Ally Murji**

Obstétricien et gynécologue, professeur adjoint, Hôpital Mount Sinai, Université de Toronto

### **Diana Poulsen**

Consultante en situation de vécu, professeure d'histoire de l'art, Collège Fanshawe et intégratrice de systèmes, S&E Manufacturing

### **Rebecca Rich**

Médecin résident, obstétrique et gynécologie, épidémiologie clinique, Université de Toronto

### **Jacqueline Rivier**

Coordonnatrice de programme, Soins continus Bruyère

### **Magdalena Turlejski**

Consultante en situation de vécu, Programme d'amélioration des services de santé, Agrément Canada

# Références

1. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: clinical guideline [Internet]. London: The Institute; 2007 [consulté en janv. 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg44/chapter/1-recommendations>
2. Southern California Permanente Medical Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J [Internet]. 2013 [consulté en janv. 2016]; 17(3):43-56. Accessible à l'adresse : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783080/pdf/permj17\\_3p0043.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783080/pdf/permj17_3p0043.pdf)
3. Nelson A. Managing acute heavy menstrual bleeding. Contemporary OB/GYN [Internet]. 2014 [consulté en janv. 2016]; 59(1):1-5. Accessible à l'adresse : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103949561&site=eds-live>
4. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2013 [consulté en janv. 2016]; 35(5):473-9. Accessible à l'adresse : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/07/gui292CPG1305E.pdf>
5. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2015 Feb [consulté en janv. 2016]; 37(2):157-81. Accessible à l'adresse : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2015/02/gui318CPG1502ErevB1.pdf>
6. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Clinical practice guideline: endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2015 [consulté en févr. 2016]; 37(4):362-76. Accessible à l'adresse : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2015/04/GUI322CPG1504E2.pdf>
7. Organisation mondiale de la Santé. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2016 [consulté en sept. 2016]. Accessible à l'adresse : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/)
8. Organisation mondiale de la Santé. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. [Internet]. Genève (Suisse) : L'Organisation; 2008 [consulté en avril 2016]. Accessible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf)
9. BCGuidlines.ca. Iron deficiency—investigation and management [Internet]. Vancouver: British Columbia Ministry of Health Services; 2010 [consulté en avril 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/iron-deficiency>
10. Schonewille H, Honohan Á, van der Watering L, Hudig F, te Boekhorst P, Koopman-van Gemert A, et al. Incidence of alloantibody formation after ABO-D or extended matched red blood cell transfusions: a randomized trial (MATCH study). Transfusion (Paris) [Internet]. 2015 [consulté en avril 2016]; 56(2):311-20. Accessible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1111/trf.13347>

# À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes motivés par un seul et unique objectif : **améliorer la santé de tous les Ontariens et Ontariennes.**

## Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

## Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariens et Ontariennes, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

## Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes motivés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

## **Vous désirez obtenir plus d'information?**

Veuillez visiter notre site Web à **hqontario.ca** et communiquer avec nous à l'adresse **qualitystandards@hqontario.ca** si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

**Qualité des services  
de santé Ontario**

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

**Tél.** : 416 323-6868

**Sans frais** : 1 866-623-6868

**Télééc.** : 416 323-9261

**Courriel** : qualitystandards@hqontario.ca

**Site Web** : hqontario.ca

ISBN 978-1-4606-9640-8 (Imprimé)  
ISBN 978-1-4606-9641-5 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017