

Il sera bientôt temps de faire le bilan de l'année dernière et nous le ferons lors de notre prochaine assemblée annuelle. Cette réunion se tiendra le 17 mai prochain au Manoir du Lac Delage dans le cadre du congrès de gynécopérinatalité de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Nous espérons vous voir en grand nombre! Il sera question, des dernières négociations mais aussi celle que nous entreprendrons, tant bien que mal d'ici 2010, soit l'occasion de la dernière

Entente. Nos demandes restent semblables puisque certaines n'ont pas été prise en compte (mentorat des 15 premiers accouchements, suivi post-partum après césarienne).

On se rappellera également des négociations des gynécologues (et des spécialistes en générale) qui ont causé bien des mois en fin d'année. L'AOQP s'est impliquée en démontrant la situation et en faisant part aux diverses parties de l'industrie que nous avons quant aux suivis et aux accouchements des patientes si la négociation ne se poursuivait pas. Nous avons également souligné que nous ne pourrions pas absorber le surplus de clientèle. Heureusement le tout s'est réglé avant le 1^{er} janvier.

Un des problèmes criant, auxquelles les patientes ont eu à faire face cette année, est le manque de médecin accoucheur. La pénurie de médecin est connue, mais celle des accoucheurs est importante puisqu'elle nécessite une prise en charge rapide en cours de grossesse. Vous retrouverez, dans ce Cordon, un article d'une patiente paru dans un journal montréalais, mais aussi la réponse du Dr Béliveau à cette même lettre.

Nous avons vu, du moins à Montréal, certaines problématiques quant aux accommodements raisonnables. En effet, certains hommes médecins se voyaient refuser l'accès

à la chambre par le mari de la patiente, sous prétexte qu'il était un homme. Certains ont pris la position d'accueillir ces patientes dans la mesure du possible, d'autres n'ont jamais adhéré à ceci. Réalisant le risque compromettant la sécurité des patientes, la plupart des départements ont décidé de réagir. Dr Berthiaume nous expose la situation. Un consentement doit être signé par les patientes, acceptant de se faire traiter au département d'obstétrique-gynécologie.

Notre objectif de VISIBILITÉ est toujours d'actualité et nous avons l'impression d'avoir réussi ou du moins s'être approché de notre but. Nous sommes impliqués dans plusieurs comités au niveau du Ministère, du Collège ou même régional. Vous trouverez plusieurs articles faisant état de notre implication dans ces comités. L'AOQP reçoit de plus en plus de courriels des médias afin qu'il soit possible de réagir ou de donner notre opinion sur des sujets d'actualité. Nous croyons également que ce soit une bonne façon de se faire connaître du grand public. D'ailleurs, nous recevons aussi plusieurs courriels de patientes qui se cherchent un médecin accoucheur. Notre site est aussi lu par les patientes (et il semble apprécier!) comme en fait foi un article que nous avons reçu de Madame MZlanie Giard. Je me suis permis de demander à cette patiente de nous raconter son expérience avec ses médecins accoucheurs. Une belle histoire!

Saire

NOUVEAU

R PregVit folic5

Avec 5 mg d'acide folique

Relation dose-effet entre la prise d'acide folique et les anomalies du tube neural (ATN)

Augmentation de la prise quotidienne d'acide folique	% d'ATN évitables
0,4 mg	36 %
1,0 mg	57 %
1,1 mg	59 %
4,0 mg	82 %
5,0 mg	85 %

Adapté de *Wais N. J. (Eng J Med. 2004 Jan; 301(2): 301-3)*

Recommandé pour toutes les femmes qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes et qui recherchent une diminution du risque d'ATN pouvant aller jusqu'à 85 %, et aussi pour les femmes :

- qui ont déjà eu une grossesse affectée d'une ATN
- qui ont des antécédents familiaux d'ATN (3 générations)
- qui souffrent de diabète
- qui souffrent de troubles de malabsorption
- qui prennent des antagonistes de l'acide folique ou des anticonvulsivants
- ou qui nécessitent un supplément à dose élevée d'acide folique selon l'avis de leur médecin

1 comprimé rose
le matin*



FER

Bêta-carotène
Vitamine E
Vitamine C
Vitamine B₁₂

1 comprimé bleu
le soir*



CALCIUM

Acide folique 5 mg
Vitamine D₃
Vitamine B₁₂

Grandeur réelle

- Sur ordonnance de 30 jours

Remboursé par la plupart des régimes privés d'assurance

DUCHESNAY

Laval, Québec, Canada

US Patent D601292
OTHER PATENTS PENDING IN U.S., CAN and other countries
© 2004 Duchesnay Inc. 2004-2006

Supplément vitaminique-minéral prénatal à dose élevée d'acide folique

Disponible sur ordonnance seulement



R_x

Pour : _____

Adresse : _____

Date : _____

PregVit folic 5

1 p.o. a.m. X 30 jours
1 p.o. p.m.

Signature : _____

Rep:

*Le dosage devrait débiter au moins 2 ou 3 mois avant la conception et se poursuivre jusqu'à 10 à 12 semaines après les dernières règles, ou pendant toute la grossesse si, selon l'avis du médecin, les bénéfices découlant de la prise de suppléments à dose élevée d'acide folique surpassent les risques potentiels.

Ce produit est contre-indiqué chez les patientes qui ont une hypersensibilité connue à l'un ou l'autre des ingrédients.

Pour information médicale : 1.888.666.0611

Communiqué gynéco

Voici le communiqué de presse que nous avons émis en lien avec les revendications de nos collègues gynécologues en novembre dernier.

LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN PÉRINATALITÉ S'INQUIÈTENT DE LA SITUATION EN OBSTÉTRIQUE
Montréal, 22 novembre 2006.

L'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec déplore le climat de grande incertitude qui règne concernant les accouchements à partir du 1^{er} janvier 2007. Faute d'une entente avec le gouvernement concernant leur assurance responsabilité, les gynécologues-obstétriciens prévoient suspendre leur pratique obstétricale dans plusieurs centres hospitaliers à cette date. Les omnipraticiens, qui effectuent 40 % des accouchements au Québec, ont absolument besoin du support de leurs collègues obstétriciens en cas de complications nécessitant une césarienne ou un forceps difficile. Par ailleurs, nous ne pouvons évidemment pas assurer le service d'accouchements pour la clientèle des gynécologues, étant nous-mêmes déjà débordés. Nous doutons fort que les hôpitaux qui ne sont pas touchés pourront absorber ce surplus de clientèle. Déjà, nos patientes sont devenues très anxieuses devant cette situation et multiplient les appels dans nos cliniques.

Nous faisons donc un appel aux deux parties pour qu'elles se remettent à négocier de toute urgence, dans le respect du professionnalisme et de l'autonomie des médecins spécialistes. Ces négociations devraient aussi tenir compte de la capacité de payer de l'État québécois, des besoins en santé de la population et des besoins de formation des futurs médecins.

Les médecins de famille accoucheurs sont regroupés sous l'Association des omnipraticiens en périnatalité (AOPQ), un organisme officiel, sans but lucratif, regroupant les médecins omnipraticiens du Québec oeuvrant en périnatalité. Il a été fondé en 1992. Son rôle principal est de faire connaître et de promouvoir cette pratique médicale. Les activités de l'AOPQ sont axées sur la formation, l'élaboration de ressources adéquates, la recherche tant démographique que médicale, la communication et la représentation de ses membres auprès d'organismes partageant les mêmes intérêts.»

Sylvie Berthiaume M.D.

Membre de l'exécutif et porte-parole de l'AOPQ (relations avec les médias)

Actualité et VISIBILITÉ

Nous avons accordé des entrevues aux magazines *Châtelaine* et *Coup de Pouce*. Ces magazines informent le grand public sur divers sujets. Vous pourrez lire nos articles, traitant d'actualité en périnatalité, dans les éditions du mois d'avril 2007.

Il ne faut pas manquer également le dossier en deux temps de l'*Actualité médicale* sur l'implication des sages-femmes, des médecins de famille et des obstétriciens en périnatalité. Ces articles ont été publiés dans les éditions du 21 et du 28 mars dernier. Quoi demander de plus comme visibilité!

ADHÉRER À L'AOPQ : SIMPLE!



Il est encore temps de renouveler votre adhésion à l'AOPQ pour l'année 2006-2007. Vous pouvez consulter notre site www.aopq.org et télécharger directement le formulaire de renouvellement.

C'EST FACILE DE FAIRE PARTIE DE L'AOPQ!

DU NOUVEAU FACTURE ET PÉRINATALITÉ

Nous travaillons actuellement sur un document explicatif concernant la facturation en périnatalité. Un premier document avait vu le jour, il y a quelques années. Bientôt, il sera mis à jour et rafraîchi pour le bénéfice de nos membres. Ce nouveau document sera présenté à notre prochaine assemblée. Une autre belle raison de faire partie de notre association!

ALLEZ VOIR...

Tout commence par une histoire très simple: une jeune femme tombe, très volontairement, enceinte de son mari. Contente, elle appelle rapidement la docteure qui la suit depuis presque 12 ans. L'air surpris, celle-ci lui demande pourquoi elle l'appelle. Effectivement, quelle étrange idée d'appeler un toubib dans ces circonstances! Résolue, la jeune femme ne se laisse pas débiter et rappelle poliment à sa docteure que c'est elle qui lui avait conseillé de la contacter une fois la grossesse entamée afin d'avoir des références pour le suivi gynécologique.

Enceinte de sept semaines, munie de quelques numéros de téléphone et d'aucun conseil préventif, la jeune femme se lance dans une aventure qu'elle ne soupçonnait pas à ce point tordue.

La jeune femme, c'est moi, vous l'aurez compris, mais cela pourrait être n'importe quelle femme enceinte au Québec et c'est pour cela que je souhaite relater cette désagréable aventure.

« Allez voir ailleurs! »

J'appelle dans une première clinique: il n'y a aucune possibilité de rendez-vous, ni pour maintenant, ni pour 2007. « Essayez ailleurs », me dit-on. Un peu interloquée par cette réponse, j'appelle la clinique externe de Sainte-Justine où je me fais seriner le même refrain. Non seulement on n'accepte pas de nouveaux rendez-vous, mais en plus il n'est nullement suggéré un autre endroit où s'adresser. Je veux bien, à la limite, me faire envoyer paître, mais encore faudrait-il que l'on m'explique pourquoi j'ai l'impression d'être une extraterrestre en demandant ce rendez-vous, et surtout, où je pourrais faire atterrir ma soucoupe volante de femme enceinte!

Au suivant! En l'occurrence, c'est la clinique obstétrique de l'hôpital St. Mary's. Je parviens à parler à une secrétaire qui me dit qu'une seule docteure accepte de nouvelles personnes et m'offre un rendez-vous pour le 30 janvier 2007! À cette date, je serai à quatre mois de grossesse et ce serait ma première rencontre de suivi: cela n'a aucun bon sens! Poliment, je fais savoir à mon interlocutrice que c'est un peu tard, ce à quoi elle réplique: « Vous n'avez qu'à aller chercher ailleurs. » La réponse est sans appel et je m'exécute d'assez mauvaise grâce. Au suivant!

Il s'agit de l'Hôpital juif de Montréal. Je crois que la palme de l'accueil revient à cet établissement (qui a par ailleurs très bonne réputation): je téléphone au numéro central car c'est celui que l'on m'a donné. Je suis accueillie par une toux assez peu hygiénique. La toux ne m'indique pas si j'ai appelé au bon numéro; interrogative, je demande si je suis bien à l'Hôpital juif, un grognement répond. Cela semble positif, je demande la clinique d'obstétrique et là, silence radio. Je crois que la toux est morte au bout du fil, mais elle éructe « La clinique quoi? ». J'articule « Ob-sté-trique ». Miracle, je suis transférée – sans avoir vraiment parlé avec la toux. Je tombe sur un répondeur: la clinique des femmes ne prend de rendez-vous que le lundi matin et le mercredi après-midi, et la boîte vocale ne prend surtout pas de message! Manque de chance, nous sommes mardi matin. Je subodore qu'il ne sert à rien d'attendre à mercredi après-midi. Au suivant!

Les épisodes s'enchaînent et deviennent une épopée. Au bord du désespoir, j'appelle la secrétaire de mon médecin (seule bonne âme de cette funeste matinée) qui me donne des numéros supplémentaires et me souhaite bonne chance.

J'appelle une clinique médicale pratiquant des accouchements à l'hôpital Saint-Luc. Je reste en attente pendant 30 minutes. C'est long, 30 minutes à écouter les Quatre Saisons, dans le désordre, de Vivaldi avec une petite voix fatigante rappelant régulièrement à quel point votre appel est important.

Trop tard!

Je suis au bord de l'apoplexie quand une voix féminine me sort de ma torpeur. « Un rendez-vous? Pas avant fin janvier ou début février 2007. » Tout en m'énervant, j'explique à la voix que, non, c'est trop tard, je ne peux attendre quatre mois, que c'est débile, que c'est le cinquième endroit où j'appelle, que je suis référée par mon médecin... D'un ton accusateur, je me fais répondre: « Vous appelez un peu trop tard et, en plus, c'est le temps des Fêtes. » Comment ça trop tard? J'aurais donc dû appeler avant de tomber enceinte pour être sûre d'avoir un rendez-vous?! Quant à l'argument des Fêtes, je l'ai trouvé assez fort de café: si nous avons une période des Fêtes, n'est-ce pas à cause d'une certaine Nativité? Devrions-nous oublier toutes les autres durant cette sacro-sainte période?

M'entendant vociférer contre l'absurdité de ses propos, la dame finit par me proposer un rendez-vous avec une infirmière avant les fameuses Fêtes, me permettant de gagner le gros lot: un rendez-vous avec un médecin pour le 4 janvier. Alléluia! J'avais réussi, mais au prix d'un énervement inutile et non recommandé dans mon état. En cette fin de matinée, ma colère n'avait d'égal que le côté kafkaïen de la situation.

Quel message?

Je suis une personne éloquente, éduquée et entourée, mais je ne peux m'empêcher de penser aux femmes qui sont moins bien nanties que moi et qui reçoivent un tel accueil. C'est tout simplement inadmissible et scandaleux. Ces pérégrinations m'amènent à poser des questions d'ordre général dépassant largement ma petite expérience.

AILLEURS!

LIBRE OPINION

Le médecin de famille accoucheur, cet inconnu

Quelle est donc cette société québécoise qui pleure sur son manque d'enfants et qui, par ailleurs, montre autant de mépris envers les femmes enceintes? Quel est le message que ces hôpitaux et cliniques envoient: que les femmes enceintes sont des « fatigantes » qui veulent non seulement accoucher dans de bonnes conditions, mais qui réclament en prime un suivi de grossesse qui commence le plus tôt possible? Qui est le plus à plaindre: les femmes ou une telle société?

Parmi toutes les conversations que j'ai eues avec le personnel de ces institutions de santé, on ne m'a jamais demandé quel âge j'avais, si je présentais une grossesse à risque, si c'était mon premier enfant, bref, des questions qui auraient pu être utiles pour juger de la pertinence de me donner un rendez-vous plus rapidement. Je n'ai senti aucune humanité, aucun intérêt et aucun respect pour ma situation. Est-ce acceptable qu'une femme enceinte soit moins bien traitée qu'un animal chez un vétérinaire?

Pas une seule personne ne m'a parlé de prévention: c'est peut-être cet aspect qui me choque le plus. Nous savons que la prévention en santé est une des clés du succès de l'amélioration collective de notre bien-être. À aucun moment, je n'ai entendu qu'une saine alimentation, que l'absence de tabac et d'alcool étaient recommandées (par exemple) ou encore que mon CLSC pourrait répondre à certaines de mes questions. Dois-je conclure que notre système de santé nous encourage à faire n'importe quoi pendant les trois ou quatre premiers mois d'une grossesse? Ce sont ces questions que j'aimerais que nous nous posions collectivement.

Sur ce, je vous laisse car je vais tenter d'inscrire mon foetus à la garderie pour août 2008!

Virginie Portes
Montréal

Le Devoir, 3 janvier 2007

Mon texte se veut une réaction à l'article publié dans la page Idées du *Devoir* du mercredi 3 janvier 2007 signé Virginie Portes et intitulé « Pérégrinations d'une femme enceinte ». D'abord, je tiens à me présenter: je suis un médecin de famille accoucheur qui travaille au sein d'une unité de médecine familiale située dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) en Estrie. « Un médecin de famille fait des accouchements? », me demandent encore trop souvent certaines personnes. Oui, un médecin de famille accoucheur, leur réponds-je avec conviction. Vous savez, juste entre les sages-femmes et les gynécologues!

« Ah! C'est vous qui vouliez faire la grève des accouchements en janvier? » — « Non, non Madame, ça ce n'était pas nous... »

Des situations similaires à celle relatée par Mme Virginie Portes, il y en a malheureusement beaucoup trop au Québec! Le problème est connu et les doléances aussi, et ce, depuis longtemps: le système est débordé, et il y a effectivement pénurie de médecins et d'infirmières. Et c'est ainsi que les futures mamans « magasinent » d'une clinique à l'autre, en priant le ciel pour qu'il reste encore de la place pour être suivies...

Toutefois, au-delà de toutes ces récriminations, un point demeure: l'éducation de la population dans ce domaine est nettement insuffisante. Les femmes ne connaissent pas les médecins de famille accoucheurs (ou omnipraticiens en périnatalité). En fait, on maintient les femmes en otage, dans une parfaite ignorance, tandis que le Collège des médecins du Québec, dans son immobilisme, se complaît à souligner le libre choix (théorique) des femmes dans le processus d'accompagnement qui mène à la naissance.

Or, quand une femme devient enceinte, le premier réflexe est souvent de se précipiter vers les bureaux de gynécologues-obstétriciens. Évidemment, la plupart de ces grossesses ne

pourront être suivies par ces spécialistes, lesquels se concentrent davantage, en deuxième et troisième ligne, sur les problématiques complexes reliées à la naissance.

Malheureusement, ce que ces femmes ne savent pas la plupart du temps, c'est que la majorité d'entre elles pourraient être suivies par un médecin de famille accoucheur de sa communauté.

Travaillant en étroite collaboration avec des infirmières qualifiées, nous sommes, à mon avis, davantage en mesure de faire le counselling préventif tant sur le plan génétique que des habitudes de vie, et ce, en temps opportun! Par exemple, dans ma clinique, une visite préconceptionnelle est offerte lors de l'examen annuel à toutes les femmes en âge de procréer, et les grossesses sont prises en charge entre quatre et huit semaines.

Par ailleurs, en plus du suivi de grossesse et de l'accouchement, nous offrons (la plupart du temps dans de nombreuses cliniques) le suivi pédiatrique ainsi que la prise en charge de toute la famille.

Si seulement Mme Portes avait su, peut-être aurait-elle contacté le Collège des médecins du Québec, qui (j'espère!) lui aurait parlé de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ). On lui aurait donné l'adresse électronique de cette association dont je fais fièrement partie, et, sur le site Internet www.aopq.org, ô miracle, un répertoire téléphonique de tous les médecins de famille accoucheurs au Québec!

Bienvenue aux futures mamans!

Mélanie Béliveau M.D.
Omnipraticienne en périnatalité,
Groupe de médecine familiale des Deux-Rives,
Sherbrooke

Le Devoir, 9 janvier 2007

ACCOMMODEMENTS

Si vous n'êtes pas trop « écœurés » d'entendre parler des « accommodements raisonnables », je vais vous entretenir de l'expérience du service d'obstétrique du CHUM.

Depuis quelques années, la clientèle musulmane nous demandait d'être suivie pendant leur travail par des externes et résidents de sexe féminin et aussi d'être accouchée par un médecin (gynécologue ou omnipraticien) du même sexe. Au début, comme c'était une clientèle marginale, on tentait de les accommoder. On leur désignait une externe ou une résidente et le médecin traitant masculin s'effaçait au moment de l'accouchement, laissant faire la résidente.

Cette stratégie a vite démontré ses limites. Tout d'abord, certains accouchements se sont moins bien déroulés, mettant en évidence (comme si c'était nécessaire...) l'importance que le médecin traitant, même si c'est un homme, soit présent dans la chambre au moment de l'accouchement, pour la sécurité de la parturiente et de son bébé.

D'autre part, la clientèle musulmane, d'abord marginale, a rapidement augmenté jusqu'à constituer plus de 30 % de nos accouchements et elle s'est faite de plus en plus intransigeante quant au sexe des intervenants. Les externes et résidents masculins sont donc devenus nettement défavorisés au point de vue de leur exposition pour remplir leurs objectifs de formation.

Dans un deuxième temps, nous avons donc décidé d'aviser verbalement nos patientes, pendant leur suivi de grossesse, qu'elles n'avaient pas le choix d'accepter un médecin accoucheur et des étudiants masculins. La majorité de la clientèle s'est adaptée mais quelques irréductibles ont provoqué de véritables crises à la salle d'accouchement. Il s'agit toujours, en fait, de conjoints qui affirmaient n'avoir pas été mis au courant de cette politique et qui insistaient pour qu'on appelle un autre médecin féminin qui n'était pas de garde. Ils réclamaient même une anesthésiste! À deux reprises, le gynécologue de garde, menacé par le conjoint et un iman, a dû organiser le transfert de femmes en travail en ambulance vers un autre hôpital (jusqu'à Joliette) où une gynécologue était disponible.

Suite à ces crises, nous avons donc consacré de longues réunions et consulté avocat et éthicien à la recherche d'une solution. Finalement, un texte écrit expliquant la vocation du

CHUM et la composition du personnel est remis à toute les patientes en début de grossesse. Elle doit le signer, confirmant ainsi qu'elles acceptent notre fonctionnement, c'est-à-dire la présence d'intervenants masculins (y compris le balayeur...) et d'étudiants.

Ce dernier élément est aussi très utile pour d'autres types de clientèle avec d'autres exigences... Dans le cas contraire, on les invite à consulter un autre professionnel dans une autre institution qui pourrait répondre à leurs demandes. Je joins à cet article, le contenu de cette lettre d'entente (voir page 9) dont le ton est malgré tout très conciliant. Vous pouvez vous en servir dans votre centre si c'est pertinent. Ainsi, vous éviterez peut-être quelques crises et des frais d'avocat, d'éthicien ou encore d'ambulance!

Sylvie Berthiaume M.D.

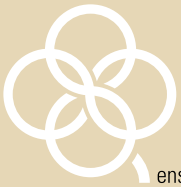


HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR
DE MONTRÉAL

Consentement à la non-discrimination envers l'équipe de soins

Je comprends qu'en aucun temps au cours de ma grossesse ou lors de mon accouchement, l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et le département d'obstétrique-gynécologie ne pourra accéder à une demande concernant le sexe, l'origine ou la religion d'un médecin ou d'un membre du personnel. Si mon médecin n'est pas disponible ou s'il s'avère nécessaire d'obtenir une consultation avec un spécialiste, il est possible que je doive être traité par un médecin de sexe masculin.

J'ai pris connaissance de ces limites et j'accepte de recevoir des soins dans ce contexte à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.



ensemble pour la vie...

Assemblée annuelle de l'AOPQ



N'oubliez pas
la prochaine
assemblée annuelle
de l'AOPQ le 17 mai 2007
à 17 h
dans le cadre du
congrès de
gynéco-périnatalité
de l'Hôpital du Sacré-Cœur
qui se tiendra
au Manoir du Lac Delage
près de Québec.

THE PRIMA PROJECT

The PRIMA project or the Pregnancy Related Issues in the Management of Addiction project is a national endeavour funded through Health Canada and the Lawson Foundation. It is mandated to develop educational tools to assist physicians, nurses, midwives, and other health professionals in supporting women with substance abuse issues during their pregnancy.

The PRIMA group consists of health professionals from across this country including Vancouver, Winnipeg, and Montreal. These caregivers hold a wide diversity of practice experiences.

The big question is what exactly does PRIMA offer to the clinician?

Perhaps one of the most nerve-wracking situations (whether they arrive into a general practitioner's office, emergency room, or caseroom) is a pregnant woman presenting with an identified substance use issue. If women with substance use issues do not comprise a significant proportion of your practice, the treatment regimes are not easily accessible.

A case in point. You are a family physician sitting in your office and a woman presents to you who is seven weeks pregnant. She informs you that she uses cocaine by injection three times a week.

What the PRIMA group would offer you is that ability to go to the website www.addictionpregnancy.ca and to look at the PRIMA documentation around cocaine use in early pregnancy.

As you open the website, you will notice that the information is available in both French and English. Under the right side of the page you scroll down to the information on cocaine and find appropriate information on the impact that cocaine can have on your patient and her baby.

In another section called 'Other Information', PRIMA provides education on treatment during labour, initial intake exams, important bloodwork, and common infections such as HCV and Hepatitis B and C. The material also provides information on the newborn as well as recommendations with respect to breastfeeding in the context of substance use.

PRIMA documents have been subject to a rigorous peer review process and currently reflect the best consensus on the management of women with problematic substance use. Within the next year, the PRIMA group will be producing addition practice guidelines that will provide more detailed information including a complete review of the literature surrounding problematic substance use in pregnancy.

PRIMA is a work in evolution and we are striving to meet the needs of all practitioners. We encourage you to take a look at the website and your feedback would be welcome.

Lisa Graves M.D.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE PRÉNATAL

Nous avons été consulté par les gens du Ministère pour donner notre opinion sur ce programme qui sera mis en place bientôt sur tout le territoire québécois. Il faut toutefois mentionner qu'il s'agit d'un programme qui sera mis en place par étapes, progressivement au cours des 3-4 prochaines années. La mise en place va débuter en 2007 et l'accessibilité dans l'ensemble des régions du Québec se fera progressivement. Voici quelques éléments que nous avons retenu de notre entretien avec eux :

Au Québec, quelques centres hospitaliers ont mis en place des services de dépistage prénatal du syndrome de Down. Il s'agit toutefois d'initiatives locales qui ne sont pas coordonnées centralement et qui peuvent différer les unes des autres et ces services ne sont pas accessibles sur l'ensemble du territoire québécois. Des cliniques privées offrent également des services de dépistage prénatal, moyennant des frais.

C'est dans le but d'assurer l'accessibilité et la qualité des services offerts que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit mettre en place un programme québécois de dépistage prénatal, qui sera éventuellement accessible partout au Québec. Cette orientation fait partie d'un projet de politique de périnatalité qui a fait l'objet d'une vaste consultation dans le réseau de la santé et des services sociaux et auprès de différents partenaires au cours de l'année 2006 et qui sera publiée par le MSSS au printemps 2007.

Méthode de dépistage retenue

Dépistage sérique intégré (mesure des marqueurs sériques aux 1^{er} et 2^e trimestres), avec échographie de datation* :

— Premier prélèvement sanguin destiné à mesurer un marqueur sérique dans le sang maternel (PAPP-A) (10+0-13+6 semaines).

— Deuxième prélèvement sanguin effectué au début du 2^e trimestre (14-16 semaines) pour mesurer 3 marqueurs (B-hCG, AFP et uE3).

* L'échographie de datation de la grossesse est pratiquée au 1^{er} trimestre, à partir de la 8^e semaine de grossesse. Elle est fortement conseillée, étant donné l'importance d'une datation exacte sur la performance du dépistage.

Le choix de la méthode de dépistage retenue pour le programme québécois a tenu compte des éléments suivants :

— La mesure de la clarté nucale au 1^{er} trimestre est sujette à une grande variabilité inter observateurs. Elle requiert le développement de mécanismes de contrôle de la qualité et exige un encadrement particulier qui n'est pas actuellement disponible partout au Québec.

— La combinaison du dépistage sérique et échographique au 1^{er} trimestre s'avère performante, mais elle implique la mesure de la clarté nucale, ce qui constitue une limite à la généralisation de la méthode à l'échelle provinciale.

— Selon les dernières études publiées et certains programmes organisés, le dépistage sérique intégré au 1^{er} et au 2^e trimestre montre une bonne performance. L'organisation de ce dépistage constitue un scénario réaliste pour le Québec.

Le programme de dépistage prénatal se veut flexible et évolutif afin de pouvoir s'adapter rapidement aux nombreux changements qu'entraîne la technologie dans ce domaine (nouveaux marqueurs, moments des prélèvements ou des interventions, etc.).

Souhaitant la naissance «expéditive» de ce programme!

Dominique Pilon M.D.

le Cordon

Le bulletin LE CORDON est publié par L'AOPQ
505, boul. Adoncourt, Longueuil (Québec) J4G 2M6
Fax : 450.646.5526
info@aopq.org • www.aopq.org

AOPQ

Dr Dominique Pilon, *président*
Dr Gilles Brunet, *trésorier*
Dr Sylvie Berthiaume
Dr Lucie Bessette
Dr Alain Demers
Dr Micheline Desgagné
Dr Andrée Gagnon
Dr Mélanie Savard-Côté
Valérie Allard, *secrétaire*

Aide à la rédaction

Dr Mélanie Béliveau
Dr Lisa Graves

Concept / réalisation

Graphidée

L'opinion exprimée par chaque auteur n'engage que ce dernier et non celle de l'AOPQ.



ensemble pour la vie...
Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec



La 3^e FMC du Québec en obstétrique :

De la préconception au post-partum



Les 15 et 16 novembre 2007
Montréal (Québec)

En collaboration avec l'Association des omnipraticiens
en périnatalité du Québec (AOPQ)

L'endroit est à confirmer.

**Bienvenue sur www.sogc.org et/ou
www.aopq.org pour obtenir
les détails.**



NOUVEAU

**Prix réduit d'inscription pour les omnipraticiens...
Seulement 250 \$ pour les membres
de la SOGC et/ou de l'AOPQ!**



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

788 promenade Echo, Ottawa (Ontario) K1S 3R7
Tél : 1 800 561-2416 ou (613) 730-4192
Télec : (613) 730-4314 events@sogc.com
www.sogc.org

