



Mot de la présidente

DANS LE FEU DE L'ACTION

Voici votre Cordon 2009! Comme la plupart d'entre-vous le savez déjà, l'exécutif de l'AOPQ manque de relève et c'est pourquoi nous avons dû retarder cette parution de quelques mois. Nous souhaitons nous faire pardonner en vous présentant ce bulletin grand format!

Tout d'abord, même si la politique de périnatalité a été publiée il y a plusieurs mois, elle est toujours bien d'actualité et fera sentir ses effets plusieurs années encore. Nous publions donc les nombreuses réactions que nous avons reçues à ce sujet ainsi que la réponse de l'exécutif qui a été publiée dans Le Devoir en juin 2008. Espérons que ces réactions qui convergent pour la plupart auront du poids auprès du Ministère.

activités de groupe qui auront lieu de jour. Pour ceux qui sont dans l'équipe de formateurs, ce tarif sera d'environ 125 \$ de l'heure pour les activités de groupe. Cette entente sera rétroactive au 1^{er} avril 2008 pour ceux qui ont déjà commencé.

Nous profiterons aussi de l'envoi de ce Cordon pour faire parvenir à nos membres en règle le document tant attendu sur la facturation en périnatalité avec les dernières nouveautés. Ce document est le fruit du travail acharné du Dr Alain Demers. Pour ceux qui ne sont pas membre, il est encore temps d'adhérer pour recevoir le document et encourager votre association. Vous pouvez le faire via notre site internet : www.aopq.org.

Les nombreux articles que signe Dr Andrée Gagnon, dans ce numéro, reflètent bien son implication exceptionnelle dans différents comités du CMFC et de la SOGC, en plus de ses 300 accouchements par année. Lecture intéressante assurée!

Dr Mélanie Savard-Côté quant à elle, nous fait part du début de son expérience avec le programme AMPRO. D'ailleurs, nous apprenons en toute dernière heure qu'une entente est enfin survenue entre la FMOQ et le Ministère pour la rémunération d'une partie des activités de ce programme. Nous serons rémunérés l'équivalent du tarif horaire pour les

Bonne lecture!

Sylvie Berthiaume, M.D.
Présidente par intérim de l'AOPQ

Sommaire

NOUVELLE POLITIQUE	
Accessibilité, humanisation	3
SAGES-FEMMES	
Question de point de vue!	8
TRISOMIE	
Dépistage et choix	12
FACTURATION	
On s'améliore	13

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

5^e FMC DU QUÉBEC EN OBSTÉTRIQUE

LES 19 ET 20 NOVEMBRE 2009

MONTRÉAL (QUÉBEC)

Le programme sera offert : Fairmont Le Reine Elizabeth



CE PROGRAMME
DE FMC EST
OFFERT EN
FRANÇAIS.



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

780 promenade Echo, Ottawa (Ontario) K1S 5R7

Tél.: 1 800 561-2416 ou (613) 730-4192 Téléc.: (613) 730-4314 events@sogc.com www.sogc.org



NOUVELLE POLITIQUE EN PÉRINATALITÉ

Montréal, le 10 juin 2008

M. le Ministre de la santé,
Dr Philippe Couillard

Suite à la publication de la nouvelle politique en périnatalité du Québec, l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ) désire vous faire part de ses réactions concernant certains aspects. L'AOPQ accueille favorablement la nouvelle politique de périnatalité annoncée récemment. Elle comporte des initiatives et des actions concrètes pour faciliter le suivi de grossesse et l'accouchement, autant pour les futures mères que pour les professionnels qui les accompagnent et ceci en favorisant l'accès à ces soins en première ligne.

L'accessibilité aux soins périnataux et au suivi du nourrisson est certainement le point qui nous préoccupe le plus. Les femmes enceintes et leurs nourrissons ont besoin d'une utilisation judicieuse de tous les professionnels concernés : sages-femmes, gynécologues, omnipraticiens et infirmières.

Six pour cent des omnipraticiens (environ 400) assurent près de 40 % des suivis de grossesses et des accouchements de la province à l'heure actuelle. Déjà débordés, ils peinent à augmenter leur offre de service (50 à 150 accouchements par médecin par année) devant la hausse récente de la natalité. Les récentes ententes entre le Ministère et la FMOQ visent à favoriser l'implication de plus d'omnipraticiens dans les soins périnataux par le biais d'augmentation de certains tarifs et la rémunération du parrainage des nouveaux médecins accoucheurs. Ces mesures pourront aider quelque peu. Cependant, leurs effets seront marginaux dans un contexte où il y a pénurie d'omnipraticiens avec peu d'ajouts nets au niveau des effectifs dans la majorité des régions. Par ailleurs, on nous demande d'en faire plus dans à peu près tous les domaines de la santé, incluant la deuxième ligne.

Une avenue plus prometteuse et dont votre politique ne fait pas mention, serait de favoriser l'embauche d'infirmières dans nos cliniques pour nous aider à faire certaines visites de suivi de grossesse et de nourrisson. La

politique actuelle de deux infirmières par GMF engagées par le CSSS n'est pas assez généreuse et trop rigide. Elle ne permet pas non plus de recruter des infirmières retraitées du milieu hospitalier qui seraient intéressées à travailler avec nous à temps partiel. Dans un contexte de pénurie d'infirmières, il est regrettable que cette ressource compétente ne soit pas utilisée.

Également, pour favoriser la rétention de nos infirmières dans les salles d'accouchement nous proposons qu'elles obtiennent le même statut que leurs collègues des soins intensifs et de l'urgence. Cette amélioration salariale inciterait la venue de nouvelles infirmières et augmenterait le taux de rétention de celles déjà en place. Il est important d'augmenter les effectifs des infirmières dans les salles d'accouchements afin d'assurer un ratio de un pour un auprès des femmes en travail comme l'offrent actuellement les sages-femmes. Ce support plus étroit permet de réduire le recours à la péridurale et le taux d'interventions obstétricales.

Nous sommes d'accord que les sages-femmes soient mises à contribution pour favoriser l'accessibilité aux soins périnataux et ce, dans une approche alternative qui peut tous nous enrichir. Par contre, pour « rentabiliser » l'ouverture de 13 maisons de naissance, on devrait les inciter à assumer plus que les 20 suivis de grossesses et les 40 accouchements que chacune fait par année actuellement. Je vous rappelle que les omnipraticiens font de 50 à 150 accouchements par an en plus d'une pratique générale déjà accaparante. En attendant l'ouverture de nouvelles maisons de naissance, les sages-femmes actuellement chômeuses pourraient travailler dans certains CLSC et faire leurs accouchements en centre hospitalier et à domicile pour les rares femmes qui font ce choix. Ce travail en CLSC leur permettrait une meilleure intégration avec les différents services du réseau et la prise en charge de plus de femmes vulnérables au niveau psychosocial.

Parallèlement à l'ouverture de maisons de naissances, nous souhaitons que des fonds soient spécifiquement dédiés à rénover certains

départements d'obstétrique en milieu hospitalier qui sont désuets. Il est temps que ces milieux offrent enfin des chambres de naissance plus accueillantes, dans une atmosphère plus conviviale. Après tout, 70 % des femmes souhaitent toujours accoucher en milieu hospitalier !

D'autres objectifs de votre politique en périnatalité ont retenu notre attention. L'AOPQ se réjouit que le ministère mette enfin en œuvre un programme de dépistage de la trisomie gratuit et accessible dans toutes les régions. Nous sommes aussi d'accord que ce programme ne soit pas présenté aux femmes comme une norme de pratique mais bien comme un choix qui leur est offert.

L'AOPQ se montre aussi très ouverte à toutes les mesures proposées pour diminuer les interventions obstétricales. Elle est prête à participer activement à ce processus. Pour que celui-ci entraîne des changements, il devra comporter une part importante d'information auprès de la clientèle et du grand public. Il devra aussi influencer les directives cliniques dictées par nos sociétés savantes qui emprisonnent souvent les médecins soucieux de diminuer leurs interventions.

Nous espérons que ces commentaires contribueront à mettre en place une politique de périnatalité favorisant l'accessibilité, la continuité, la globalité, l'humanisation des soins périnataux.

Nos salutations les plus distinguées,

Sylvie Berthiaume, M.D.

pour les membres de l'exécutif de l'AOPQ

Dr Gilles Brunet
Dr Alain Demers
Dr Micheline Desgagnés
Dr Dominique Pilon
Dr Mélanie Savard-Côté
Dr Andrée Gagnon

PLUS DE RESSOURCES...

C'est un document massif comportant plusieurs changements d'attitude très positifs pour les femmes enceintes.

L'implication beaucoup plus importante de la première ligne comme porte d'entrée dans le système, tout en soulignant l'aspect physiologique et naturel de la grossesse et de l'accouchement, en est un majeur qui devra amener des changements importants dans la société puisque, comme cité dans le texte à la page 20, la majorité des femmes (près du 3/4) choisissent ou choisiraient un obstétricien-gynécologue pour leur suivi de grossesse et leur accouchement.

De plus, évidemment, les ressources doivent venir avec, ce qui est loin d'être le cas actuellement. Il faudra donc améliorer l'exposition des étudiants en médecine à des modèles diversifiés, différents et positifs afin de favoriser ce choix de pratique (médecine familiale +/- obstétrique) puisque la volonté politique tend de plus en plus vers un suivi longitudinal de première ligne. Il faudra aussi améliorer grandement les conditions de pratique des médecins de famille et des infirmières afin d'arrêter l'hémorragie de « burn-out » qui sévit actuellement. Des modèles multidisciplinaires existent déjà sur

papier, mais il faudra une implication gouvernementale plus grande pour les implanter dans les différents milieux.

La reconnaissance de l'importance des pères et de la paternité est aussi un phénomène nouveau dans les politiques de périnatalité. Ceci est sûrement un atout majeur pour maintenir nos familles québécoises en meilleure santé psychologique et relationnelle.

Pour ce qui est de la diminution des actes dits médicaux lors de l'accouchement, le fait de favoriser la première ligne devrait améliorer les statistiques. Cependant, il y a encore et toujours un manque de ressources (infirmières, doulas, accompagnantes de tout genre) pour aider les femmes à gérer plus adéquatement leur douleur. Un milieu plus sain pour la naissance de l'enfant en milieu hospitalier est souhaitable avec des chambres plus accueillantes, des lumières tamisées, une atmosphère non médicale et surtout assez d'espace pour que l'équipe médicale ne soit pas coincée lorsqu'une femme a un travail plus long et que plusieurs autres parturientes attendent cette chambre, elles aussi, pour accoucher. Ainsi, c'est beau de mettre beaucoup d'argent dans les maisons de naissance mais les sages-femmes ne feront probablement pas plus de

10 % des accouchements alors que, selon la nouvelle politique, les médecins de famille devraient en faire près de 80 %. Il faudra donc penser agrandir, réorganiser et moderniser les départements d'obstétrique afin de favoriser l'implantation de cette politique.

Pour ce qui est de l'avis de grossesse, je pense que c'est un point positif mais encore, les ressources doivent venir avec, de même qu'une rémunération appropriée pour remplir le formulaire. Pour avoir fait un essai avec notre CLSC à St-Jérôme n'impliquant que moi et une de mes collègues, les membres du CLSC n'arrivaient même pas à contacter toutes nos patientes par manque de personnel pour faire les appels. Alors imaginez si tous les médecins remplissaient ce formulaire!

Pour le reste du document, je tiens à souligner l'effort gouvernemental pour diminuer les impacts négatifs de plusieurs modes de vie sur la grossesse et l'accouchement. Ce n'est pas complet, mais il faut faire des choix et je pense que ceux-ci ont été faits avec un bon jugement et une volonté certaine d'améliorer les issues des grossesses.

Andrée Gagnon, M.D.

Je trouve désolante la politique du Dr Couillard. Comment justifier la dépense d'autant d'argent pour potentiellement 10 % des femmes qui accouchent et laisser les nôtres pâtir en se partageant les quelques infirmières disponibles dans nos salles d'accouchement. Je ne sais pas comment ça se passe chez vous, mais chez nous, nos infirmières ont souvent des quarts de travail de 16 heures. Il y a constamment un manque de personnel, elles sont épuisées et ni l'été, ni les vacances, sont encore arrivés.

Pourquoi ne pas réclamer des doulas pour nos patientes payées par le gouvernement au même titre que les sages-femmes en attendant d'avoir d'autres infirmières? Pourquoi nos patientes ne mériteraient pas un aussi bon accompagnement psychologique que celles des sages-femmes? Après tout, c'est le même prix! L'AOPQ ne pourrait-elle pas se prononcer là-dessus dans les médias sans être contre les sages-femmes?

En passant, l'accouchement naturel c'est-à-dire sans épidurale, n'est pas aussi populaire que l'on croit. Je travaille dans le territoire de la maison de naissance du Lac Saint-Louis et je reçois beaucoup de leurs patientes pour un deuxième accouchement. Lorsque je leur demande pourquoi, on me répond « pour avoir l'épidurale » car leur sage-femme a refusé de les transférer lorsqu'elles la réclamaient.

Josyane Thomassin, MDCM CCFP

**DOULAS ET
SAGES-FEMMES
MÊME PRIX!
TANT D'ARGENT
POUR 10 %...**

ÉTATS D'ÂME

Le titre des gens ayant travaillé à cette politique reste un mystère.

Les sages-femmes devraient faire partie d'un CSSS comme les autres professionnels.

Les cours prénataux devraient être plus accessibles et devraient mieux répondre aux besoins des futurs parents.

« Il faut donc doter chaque établissement qui pratique l'obstétrique, de moyens pour promouvoir une approche physiologique de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement. »

Actuellement, le manque de ressources humaines (le ratio, infirmière-parturiente en pratique, permet rarement un accompagnement de qualité) et les lieux physiques froids, exigus et sans intimité des centres hospitaliers font que malgré la bonne volonté des intervenants en périnatalité, il est difficile d'offrir l'ambiance souhaité par les femmes et leur famille. Les centres hospitaliers doivent gérer les crises à l'urgence et à l'hospitalisation, les infections, le recrutement de personnel... alors l'amélioration des lieux devient secondaire. Je me demande si une enveloppe budgétaire dédiée en périnatalité ne serait pas plus appropriée, comme c'est le cas pour les maisons de naissance qui sont capables d'offrir cette ambiance chaleureuse, invitante et conviviale propice à la naissance.

La politique est timide pour éviter les grossesses multiples liées aux techniques de reproduction assistée. Le fardeau économique à moyen et à long terme reliés à leur complication est encore trop important.

Le dépistage prénatal de T21 devrait être offert sans frais.

Le rôle des infirmières pendant l'accouchement est passé sous silence. La politique devrait viser un ratio 1:1 pendant le travail tel que suggéré prôné par la SOGC surtout pour la patiente désirant éviter les approches pharmacologiques pour la gestion de la douleur.

En santé mentale, on oublie la dépression et les troubles de l'humeur pendant la grossesse...

Bien que l'omnipraticien prenne une plus grande place en 1ère ligne, j'espère vraiment que nous serons en plus grand nombre.

Mettre sur pied ou consolider un comité interdisciplinaire visant à assurer la qualité des soins périnataux et la pertinence des interventions obstétricales.

Oui, mais le médecin payé à l'acte n'a pas à faire du bénévolat pour ce genre d'activité qui est très importante par ailleurs.

Mélanie Savard-Côté, M.D.

Médecin de famille
accoucheur



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



ensemble pour la vie...



SANS LES DENTS SANS LES DENTS SANS LES DENTS ?

C'est dommage qu'il y ait deux versions, car la version abrégée est quand même de plus de 60 pages et je déteste le dédoublement, lequel augmente mon travail et mène à la confusion.

La Politique mentionne dès le départ le rôle des médecins de famille : c'est une bonne chose.

Je suis d'accord avec l'avis de grossesse. Cependant, il y aura des enjeux éthiques : devrions-nous nommer le père? Quelle autorité aura accès aux avis de grossesse? Qui aura le droit de contacter la patiente? Comment? Où?

Je suis d'accord avec l'ajout d'une section sur la santé prénatale dans le livre « Mieux vivre avec son enfant ».

Je suis heureux de voir l'emphase mise sur l'arrêt du tabagisme. Cependant, il faudrait mentionner que les médecins de famille sont aussi une ressource importante et ne pas simplement envoyer les patientes aux centres d'abandon du tabac.

Je m'inquiète du fait que la responsabilité du dépistage génétique va passer des CHU aux CSSS. Les CSSS sont-ils préparés? Ont-ils l'expertise? Je crois que la Politique mélange deux entités : le dépistage de la Trisomie 21 et l'évaluation des maladies spécifiques lorsque les patientes sont à risque en raison des antécédents familiaux. Aussi, la Politique n'offre pas encore le dépistage sanguin gratuit pour la T-21. Pourquoi le MSSS n'introduit-il pas un programme de dépistage génétique « graduel »?

Je ne comprends pas comment cette politique diminuera les interventions intrapartum excessives. Que signifient ces énoncés? Il me semble y avoir des beaux souhaits, mais « pas de dents » et trop d'emphase sur les interventions pédagogiques, lesquelles n'influencent pas beaucoup la pratique des médecins.

1. Mettre sur pied ou consolider un comité interdisciplinaire visant à assurer la qualité des soins périnataux et la pertinence des interventions obstétricales.

2. Désigner des professionnels qui agiront à titre de consultants ou de leaders d'opinion auprès de l'équipe de périnatalité en vue de renforcer l'adhésion de ses membres aux lignes directrices diffusées par les sociétés savantes.

En ce qui a trait aux habiletés parentales, je trouve la Politique très vague encore une fois. Quels moyens sont prévus par les énoncés suivants?

1. Mettre en place des moyens pour renforcer les aptitudes des parents à exercer leur rôle et accompagner ceux-ci à toutes les étapes du développement de leur enfant.

2. Adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant.

Face à la prévention de la prématurité, je suis très surpris de lire et ne suis pas d'accord avec l'énoncé suivant : « Il est possible de prévenir efficacement la prématurité au moyen d'interventions anti-infectieuses, notamment par le dépistage de la bactériurie symptomatique et asymptomatique durant la grossesse. » La bactériurie asymptomatique n'est pas la cause

la plus fréquente des accouchements prématurés, et la plupart des traitements préventifs de la MTPT sont inefficaces sauf, peut-être, pour la progestérone.

Je comprends leur préoccupation quant à la consommation des substances pendant la grossesse. Cependant, le dépistage me semble ambigu : « Mettre en place ou consolider des mécanismes de détection des symptômes de l'exposition à l'alcool ou aux drogues afin d'intervenir de façon précoce auprès des enfants qui y ont été exposés in utero ». La Politique propose-t-elle un dépistage universel? Sûrement pas dans le cas de toutes les femmes enceintes.

Je ne crois pas que le cannabis soit responsable des torts mentionnés dans la Politique : « Quant au cannabis, il serait associé à la prématurité, à l'insuffisance de poids à la naissance et à la mortinaissance. » J'aimerais consulter leurs données. Ils ne citent qu'une source, le Dr Jocelyne Lecompte, une pédiatre au CHUM qui n'a pas fait de recherche originale à ce sujet.

La priorisation du rôle des omnipraticiens et des sages-femmes est merveilleuse! Comment arriver à augmenter le nombre d'omnipraticiens faisant les suivis de grossesse? (Promotion des cours ALSO et GESTA ... ???)

Bref, une politique intéressante mais très « molle » à mon avis.

Respectueusement,

Steve Di Tommaso, M.D.

Membre de l'AOPQ

Juin 2008

LA FMOQ SALUE
L'ACCOMPAGNEMENT
AMÉLIORÉ
DES FUTURES MÈRES
ET UNE APPROCHE
PLUS NATURELLE
DE LA PÉRINATALITÉ

SOURCE : FMOQ, 6 juin 2008

COMMUNIQUÉ

La FMOQ accueille favorablement la nouvelle politique de périnatalité annoncée aujourd'hui. Elle comporte des initiatives et des actions pragmatiques pour faciliter le suivi de grossesse et l'accouchement, autant pour les futures mères que pour les professionnels qui les accompagnent.

Parmi celles-ci, on note des mesures proposées par la FMOQ, notamment celles qui visent à parrainer les omnipraticiens qui en sont à leurs premiers accouchements et à favoriser un meilleur suivi prénatal. « Les omnipraticiens qui exercent en périnatalité (environ 400) effectuent 40 % des accouchements au Québec ou y participent. Avec le nombre croissant de naissances que nous connaissons depuis quelques années, il importe d'encourager la pratique de la périnatalité chez les omnipraticiens. Pour cela, il faut mettre davantage de moyens à leur disposition », déclare le Dr Louis Godin, président de la FMOQ.

La Fédération maintient que pour la sécurité de la mère et de l'enfant, il est préférable que les accouchements se déroulent au sein d'un centre hospitalier où l'équipement et les ressources spécialisées sont rapidement disponibles. « En ce sens, la conclusion d'ententes de collaboration formelle au sujet des sages-femmes entre les CSSS et les établissements hospitaliers où se pratique l'obstétrique, tout comme le fait de rattacher chaque maison de

naissance à un établissement, sont des pas de plus vers une meilleure intégration des sages-femmes à l'environnement hospitalier », ajoute le Dr Godin.

La FMOQ est aussi satisfaite des initiatives visant à mieux informer et accompagner les futures mères. L'émission d'un avis de grossesse comportant des indicateurs de santé permettra au CSSS d'entrer en contact avec la future mère dès le début de sa grossesse afin de lui apporter les informations et les ressources dont elle aura besoin pour vivre cette période dans des conditions optimales. Celles qui habitent en régions éloignées et dont l'état nécessite des soins spécialisés pourront aussi compter sur des ressources accrues pour une prise en charge plus rapide.

Enfin, la FMOQ est en accord avec l'orientation de la politique pour une approche plus naturelle de la périnatalité. La politique prévoit l'élaboration, par la profession médicale, de lignes directrices visant à diminuer le nombre d'interventions obstétricales, dont certaines, notamment la césarienne, sont à la hausse.

La politique fera la promotion de l'allaitement, dont les bienfaits sont reconnus, et de la prévention par de saines habitudes de vie. « En consultation, les médecins omnipraticiens préconisent déjà ces choix et poursuivront leurs efforts », conclut le Dr Godin.



RÔLE ET CHARGE DE LA SAGE-FEMME

Dans un article paru dans *Le Devoir* du 23 juin dernier, votre association a exprimé ses réactions à la publication de la nouvelle politique de périnatalité annoncée par l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard. L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) souhaite préciser certains aspects de la pratique de ses membres.

Tout comme votre association, l'OSFQ a favorablement accueilli la politique de périnatalité. Nous sommes heureuses que vous souteniez le développement de nos services; vous pouvez d'ailleurs compter sur notre collaboration.

Nous tenons toutefois à rectifier votre perception selon laquelle la charge de travail assumée par une sage-femme ne correspondrait qu'à 20 suivis de grossesses et à 40 accouchements. La réalité est tout autre.

Une sage-femme travaillant à temps plein effectue 40 suivis de grossesses, auxquels s'ajoutent un certain nombre de suivis partiels (parce qu'il y a, par exemple, déménagement de la femme, transfert de soins en cours de grossesse, etc.) et entre 70 et 80 accouchements par année.

Rôle psychosocial

Il est important de spécifier par ailleurs que dans la pratique québécoise, le rôle de la sage-femme n'est pas strictement médical. Au-delà

du suivi « clinique », elle fait aussi les prélèvements, le suivi des Winrho, le suivi des résultats d'examen de laboratoire, la prise de rendez-vous pour les situations particulières. Son rôle est aussi d'accompagner les femmes — et leur conjoint — dans la préparation de la naissance, lors de l'accouchement et dans les soins du nouveau-né.

Le suivi de grossesse par une sage-femme prévoit la réalisation d'une moyenne de dix visites prénatales et de trois visites postnatales — dont certaines au domicile de la femme — d'une durée de 60 minutes chacune afin d'offrir un soutien périnatal et psychosocial aux femmes enceintes et à celles qui viennent d'accoucher. En outre, les sages-femmes occupent différents mandats parallèles tels que l'animation de cours prénataux pour les futurs parents, le soutien à l'allaitement, l'information sur la maternité dans des groupes scolaires, l'information sur la profession, etc.

Il est donc difficile de comparer les réalités de pratique des omnipraticiens avec celles des sages-femmes.

Assurance professionnelle

En ce qui concerne le lieu de pratique des sages-femmes, il est important de préciser qu'actuellement, en vertu de la loi qui régit leur pratique et l'obligation de posséder une assurance professionnelle, les sages-femmes ne peuvent exercer leur profession sans avoir un

contrat de services avec un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Bien que vous proposiez que certaines sages-femmes accompagnent des femmes souhaitant accoucher à domicile ou à l'hôpital sans l'institution de nouvelles maisons de naissance, il est nécessaire que ces sages-femmes soient à l'emploi d'un CSSS afin d'avoir une assurance responsabilité professionnelle (négociée par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux).

Nous essayons de chercher d'autres avenues pour permettre ce type de travail, mais nous devons avant tout pouvoir trouver une couverture d'assurance professionnelle indépendante des établissements de santé et dont le prix doit être abordable pour une sage-femme.

L'Ordre des sages-femmes du Québec espère, tout comme les membres de l'AOPQ, que la nouvelle politique en périnatalité du Québec favorisera l'accessibilité, la continuité, la globalité et l'humanisation des soins périnataux afin de répondre aux différents besoins des femmes.

Dominique Porret

Présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

ÉTUDE AMÉRICAINE

Dans le « *Journal of Midwifery and Women's Health* » de mars 2009 (volume 54, issue 2, pages 119-126), nous trouvons un article intitulé : « *Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth* ».

Approximativement 1 % des femmes américaines donnent naissance à la maison et font face à des obstacles substantiels lorsqu'elles font ce choix. Cette étude décrit les raisons pour lesquelles ces femmes choisissent d'accoucher

ACCOUCHER À LA MAISON

chez elles. Une analyse secondaire qualitative et descriptive a été effectuée sur un recueil de données qui avait été obtenu auparavant par un sondage par internet. L'échantillon consistait en 160 femmes résidentes des États-Unis et qui avaient planifié, au moins une fois, un accouchement à domicile. L'analyse a étudié les réponses des femmes à une question : « Pourquoi avez-vous choisi de donner naissance à la maison? ». Les femmes qui ont participé dans l'étude étaient mariées (91 %), et blanches (87 %). La majorité (62 %) avait une éducation collégiale ou universitaire. L'analyse a révélé 508 déclarations différentes en réponse à la question posée. Les réponses ont été codées et catégorisées en 26 thèmes communs. Les raisons les plus communes données pour désirer accoucher à la maison étaient :

LE SUCCÈS EN DÉPEND!

OUVERTURE D'ESPRIT SVP

Les femmes enceintes doivent parfois faire preuve de beaucoup de patience et de persévérance pour obtenir leur premier rendez-vous chez le médecin. C'est une des conséquences du baby-boom québécois, avec le manque à gagner de la caisse d'assurance-parentale et les listes d'attente dans les garderies.

Le ministre de la Santé, Philippe Couillard, compte sur sa nouvelle politique en périnatalité pour désengorger les salles d'attente des gynécologues et faciliter les suivis de grossesse. Il souhaite que davantage de sages-femmes et d'omnipraticiens accompagnent les femmes dont la grossesse se déroule sans complication.

À première vue, on pourrait croire qu'il s'agit d'un simple réaménagement des ressources en périnatalité. Mais quand on y regarde de plus près, c'est, ni plus ni moins, une petite révolution que propose le ministre Couillard avec cette politique.

Au Québec, depuis des décennies, les femmes accouchent surtout à l'hôpital. La majorité sont suivies par un gynécologue, les autres par un obstétricien (environ 40 % des grossesses). Une minorité fait appel aux services d'une sage-

femme. La politique du Dr Couillard, une fois implantée, changerait les façons de faire. En effet, pourquoi les femmes en parfaite santé devraient-elles être vues durant neuf mois par des médecins spécialistes formés pour intervenir et pour superviser des grossesses à risque? La philosophie à l'origine de la nouvelle politique replace donc la grossesse et l'accouchement dans leur contexte, c'est-à-dire que ce sont des actes naturels qui ont besoin d'un accompagnement, certes, mais pas nécessairement d'un environnement hypermédicalisé.

Les omnipraticiens semblent enthousiastes. Ils suggèrent même de déléguer certains actes médicaux à des infirmières qui pourraient se charger d'une partie du suivi de grossesse.

Le ministre Couillard, lui, voit la situation d'un autre oeil. Sa politique mise davantage sur l'expertise des sages-femmes. Le ministre voudrait qu'elles travaillent en première ligne, en parallèle ou en équipe avec le milieu médical, selon la situation. Pour ce faire, la politique prévoit la création d'une dizaine de nouvelles maisons de naissance en plus d'appeler un plus grand nombre de sages-femmes à travailler dans les hôpitaux.

C'est peut-être là que la politique risque d'accrocher, car elle met en opposition deux écoles de pensée. Contrairement à la France, où les sages-femmes ont abdiqué une certaine manière de pratiquer pour mieux intégrer le milieu médical, les sages-femmes québécoises tiennent mordicus à leur approche particulière. Quand les médecins leur reprochent de ne faire que 40 suivis de grossesse par année, elles répondent qu'elles ont besoin de temps. Leur suivi n'est pas que médical, il comprend aussi la préparation à l'accouchement et le vécu de la future mère. Cette démarche n'est pas exclusive aux sages-femmes — bon nombre de médecins ont eux aussi une approche très humaine — mais disons qu'elle détonne dans un milieu où les médecins qui effectuent des suivis de grossesse disposent de très peu de temps avec leur patiente.

Les sages-femmes doivent accepter de suivre quelques grossesses de plus. L'approche de leur pratique ne sera pas menacée pour autant. De leur côté, les médecins doivent lâcher prise et accepter de partager leur pouvoir. Le succès de la politique du Dr Couillard dépendra de l'ouverture d'esprit de chacun.

Nathalie Collard, journaliste, La Presse, publié le 23 juin 2008

- 1 la sécurité (n=38);
- 2 l'évitement d'interventions médicales non nécessaires communes dans les hôpitaux (n=38);
- 3 une expérience antérieure négative en milieu hospitalier (n=37);
- 4 plus de contrôle (n=35);
- 5 le confort et l'environnement familial (n=30).

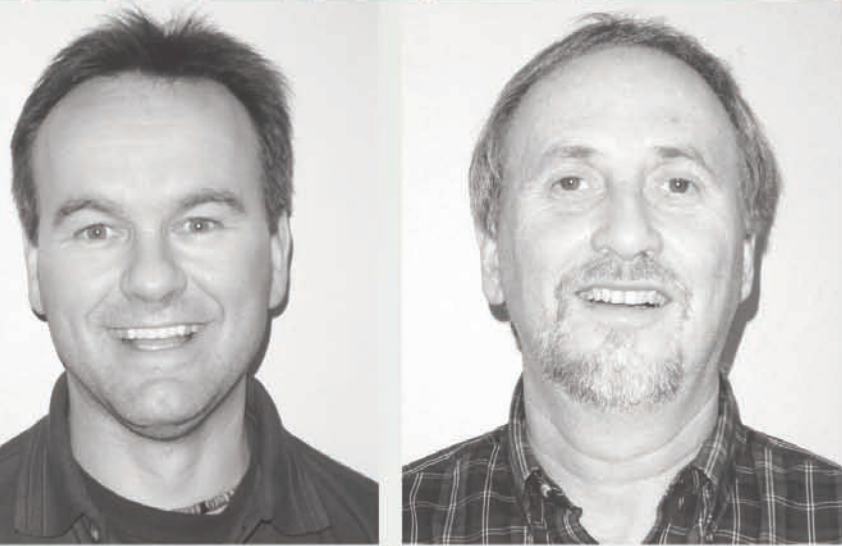
Un autre thème qui a ressorti était la confiance de ces femmes dans leur capacité à gérer leur accouchement (n=25). Pour elles, les interventions médicales réduisaient la sécurité et elles faisaient confiance en l'habilité inhérente de leur corps à donner naissance sans interférence.

Bien sûr, le nombre de patientes n'est pas assez important pour tirer des conclusions de masse, mais ce qui m'a personnellement surpris, (et c'est pourquoi j'ai décidé de partager cet article avec vous)

c'est le fait que l'hôpital était vu comme menaçant au niveau de la sécurité. J'avais l'impression que le milieu hospitalier était plutôt vu comme sécurisant mais j'ai l'impression que pour cette catégorie de patientes, c'est plutôt l'inverse qui se passe. Il faudrait donc peut-être revoir nos attitudes et interventions qui les effraient tant. Pour ce qui est du confort, plusieurs de nos vieux hôpitaux ont encore du chemin à faire, ça c'est sûr!

Andrée Gagnon, M.D.

ALAIN ET GILLES



SAVIEZ-VOUS?

Dr Alain Demers et Dr Gilles Brunet, membres de l'équipe, ont décidé de diminuer leur implication au sein de l'exécutif, sans pour autant quitter l'AOPQ bien sûr!

Ces deux membres ont donné beaucoup de leur temps à l'association au cours des dernières années et nous voulons souligner leur implication exceptionnelle en les remerciant vivement pour leur dévouement...

merci!

ATTITUDES ET CONVICTIONS RELATIVES AUX SOINS DE MATERNITÉ

Comme nous réalisons possiblement tous actuellement, l'écart séparant les désirs des consommatrices de soins de maternité et les soins qu'il est plus que probable qu'elles reçoivent devient de plus en plus important.

C'est pourquoi, les 29 janvier (en anglais) et 2 février (en français) 2009 avaient lieu à l'hôtel Ruby Foo's de Montréal, deux groupes de discussion qui incluaient des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille, des sages-femmes, des infirmières en périnatalité, des doulas ainsi que des femmes enceintes de leur premier enfant. Ces mêmes groupes de discussion ont eu lieu dans plusieurs villes dans toutes les provinces canadiennes.

Cette recherche financée par l'Institut de recherche en santé du Canada et dont l'investigateur principal est le docteur Michael Klein tente de mieux comprendre comment les attitudes et convictions vis-à-vis l'accouchement et les soins de maternité se développent et changent au niveau canadien, quels facteurs

influencent ces attitudes et croyances, et comment ces dernières peuvent avoir un impact sur le comportement de chacun. Les informations recueillies ont pour but éventuel d'aider à façonner les pratiques futures ainsi que la formation, l'éducation, les politiques et les modèles organisationnels dans le domaine de la périnatalité.

C'était la deuxième étape de la recherche. Le premier volet consistait en un questionnaire envoyé aux différents intervenants dans les soins de maternité. Plus de 2500 questionnaires de partout dans le Canada ont été reçus. Des femmes enceintes de leur premier enfant continuent encore à remplir le formulaire et donc les résultats préliminaires ne sont pas disponibles pour l'instant. Comme le contenu des discussions était confidentiel, je ne peux vous dire ce qui est ressorti de celles-ci. Cependant, il est encore évident qu'il y avait une sous représentation des médecins. Plusieurs sages-femmes, doulas, infirmières ainsi que quelques femmes enceintes étaient

présentes mais, en proportion, les médecins ne faisaient pas le poids. Une chance que ceux qui étaient présents ne laissaient pas leur place et ont su donner leurs impressions et opinions sur les différents sujets.

Un troisième volet devrait bientôt se concrétiser et consister en une table ronde des intervenants et acteurs principaux au niveau des politiques de périnatalité canadiennes. De par mon rôle au Collège des médecins de famille du Canada, je devrais y participer si les fonds de recherche débloquent pour déplacer un grand nombre d'intervenants de toutes les provinces. Les résultats préliminaires devraient alors être présentés et des discussions sur la manière de formuler des recommandations aux autorités nationales et d'amener des changements d'attitudes, comportements et organisations de travail afin de subvenir de façon plus adéquate aux besoins et demandes des femmes enceintes devraient commencer à s'ébaucher. Nous verrons bien vers quoi ceci nous amènera.

Andrée Gagnon, M.D.



C'EST UN DROIT!

Le ministère de la Santé et des Services sociaux envisageait et envisage toujours de mettre en oeuvre, au Québec, un programme de dépistage prénatal de la trisomie 21.

Comme ce projet a soulevé des enjeux éthiques importants, le projet de dépistage a été retardé pour pouvoir consulter la population. Le MSSS a confié, en décembre 2007, le mandat de tenir une consultation à ce sujet au Commissaire à la santé et au bien-être.

Ce Commissaire a publié récemment son rapport intitulé Consultation sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21, ou syndrome de Down, au Québec - Des choix individuels qui nous interpellent collectivement.

Voici les principales conclusions de cette consultation :

Le dépistage prénatal de la trisomie 21 soulève beaucoup d'intérêt auprès des citoyennes et des citoyens. Les enjeux éthiques qui en émergent sont majeurs d'où la pertinence de mener cette consultation. L'importance du principe du libre arbitre des parents en matière de procréation a été réitéré tout au long de la consultation. Il existe actuellement une demande importante pour accéder au

dépistage prénatal de la trisomie 21 et pourtant la situation actuelle est caractérisée par une iniquité d'accès aux différents tests de dépistage ainsi qu'à de l'information de qualité.

Si l'on souhaite honorer ce principe du libre arbitre des parents, il est essentiel de miser sur la nature de l'information qui leur est communiquée, sur la façon dont celle-ci est transmise et sur les ressources allouées pour ce faire afin de permettre aux parents de prendre une décision éclairée relativement à la poursuite ou non de la grossesse. Il ne faut pas séparer l'offre du test et l'information qui l'accompagne.

Enfin, l'accueil des personnes présentant une déficience intellectuelle et le soutien qui leur est accordé ainsi qu'à leur famille pourraient être grandement améliorés. Non seulement ce manque de soutien nous interpelle par rapport à notre devoir social de solidarité envers les personnes vulnérables, mais il a aussi un impact sur la possibilité des parents de faire un choix libre en ce qui concerne la poursuite ou non de la grossesse en présence de trisomie 21.

Le rapport propose donc que toutes les femmes puissent se voir offrir un test de dépistage prénatal pour la trisomie 21

accompagné de l'information nécessaire à une prise de décision libre et éclairée, et ce, lors du suivi de grossesse. Si le test de dépistage indique un risque élevé de trisomie 21, une amniocentèse devra être menée pour le confirmer. Quels choix s'offrent alors aux parents? En présence de trisomie 21, ils doivent pouvoir décider, en toute connaissance de cause, s'ils choisissent ou non de poursuivre la grossesse. Les parents doivent également être libres de faire ce choix et être soutenus, peu importe l'option retenue. La nature de l'information transmise aux parents et la manière de la transmettre seront primordiales. Il en va ainsi des ressources allouées pour permettre cette transmission d'information.

À l'AOPQ, nous sommes tout à fait en accord avec ces conclusions et avons toujours soutenu que chaque couple doit « avoir le droit de savoir » de façon à pouvoir prendre une décision juste et éclairée. Ce dépistage doit être une option offerte à tous les couples sans discrimination géographique ou financière. Nous espérons que ce dépistage universel pourra être offert rapidement à toutes les québécoises qui le désirent.

Dominique Pilon, M.D.



INTERPRÉTATION DE FACTURATION EN OBSTÉTRIQUE

Enfin, le document sur l'interprétation de facturation en obstétrique a été mis à jour. Vieux de plus de huit ans, le document nécessitait un sérieux rafraîchissement. Plusieurs énoncés de ce document n'étaient plus appropriés et de nouveaux codes ont été créés. Dans un certain sens, autant de changements témoignent de l'action de votre exécutif pour améliorer sans cesse les conditions de pratique des omnipraticiens oeuvrant en périnatalité!

Vous remarquerez d'abord que les tarifs des différents actes n'ont pas tellement évolués. Ils continuent de suivre globalement les augmentations tarifaires de l'Entente. Nous nous sommes surtout affairés à rémunérer des gestes que nous posions et qui ne l'étaient pas antérieurement. Je pense ici surtout au partage du tarif de l'accouchement lorsqu'il y a un changement de garde et accouchement rapide. Dans le même ordre d'idée, le mentorat pour un nouveau facturant en obstétrique sera maintenant rémunéré. Bientôt, soit autour du mois de juin, le forfait du post partum et celui du nouveau-né en santé seront partageables entre deux médecins, toujours lorsqu'il y a un changement de garde.

Votre exécutif a également régularisé certaines situations. Je pense particulièrement ici au libellé de l'examen complet qui inclut maintenant le suivi de grossesse. Vous n'aurez plus à examiner le cou, le cœur et les poumons pour le réclamer! Pensons aussi au nouveau code de prise en charge de la grossesse, majorant l'examen complet majeur étant donné toute l'information à transmettre en début de grossesse. Ce nouveau code permet également de ne pas être soumis à la règle d'un seul examen complet majeur par année civile. Le supplément pour l'AVAC ne sera dorénavant plus conditionnel à sa réussite.

La liste des pathologies justifiant l'inscription d'une clientèle dite « vulnérable » ne s'adresse pas vraiment à notre clientèle. Fortement occupés que nous sommes avec l'obstétrique et les enfants, nous pouvons difficilement suivre ce type de clientèle. Ce faisant, il y avait un manque à gagner avec nos confrères oeuvrant principalement dans d'autres sphères de la pratique médicale. Les suppléments additionnels de prise en charge au premier trimestre et de suivi de grossesse devraient permettre de contrebalancer cet effet.

Des situations demeurent problématiques. Je pense particulièrement à l'impossibilité de facturer les soins du post partum en cas de césarienne. Aucun forfait n'existe pour les médecins impliqués dans le counselling pour allaitement. Le supplément de suivi des enfants est conditionnel à une règle tout à fait absurde, soit celle qui nous oblige à voir ces enfants à proximité de leur date anniversaire! Comme si on devait refuser un rendez-vous parce qu'il est trop éloigné de l'anniversaire de l'enfant.

Je laisse ces demandes (et les autres...) au prochain exécutif, mais je continuerai à me battre, au sein de mes nouvelles fonctions, pour que les conditions de pratique des omnipraticiens impliqués en périnatalité ne cessent de s'améliorer. Au plaisir de se sourire lors d'un prochain congrès!

Alain Demers, M.D.



AMPRO RÉMUNÉRATION ET FORMATION

AMPRO – Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux est un programme complet de trois ans, visant la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel (médecins, infirmières et sages-femmes) et l'amélioration de la performance des professionnels de la santé et des administrateurs des unités obstétricales hospitalières. On y aborde la sécurité en tant que priorité, la communication efficace, le travail d'équipe, la mise de côté de la hiérarchie en situation d'urgence, la répétition des urgences et l'apprentissage réflexif. Cette approche contribue à améliorer les soins de manière sécuritaire, efficace et centrée sur la patiente.

AMPRO intègre les normes de pratiques professionnelles et les lignes directrices de la SOGC. Actuellement le Collège des Médecins de Famille du Canada reconnaît les crédits MAINPRO. Certains CSSS ont déjà débuté le

programme, éventuellement tous recevront la formation, ce n'est qu'une question de temps avant que le programme soit disponible dans toute la province. En novembre dernier, l'AOPQ a fait une demande à la FMOQ pour que ces activités puissent être rémunérées car elles demandent beaucoup de temps.

Les 28 chapitres de lecture et les 15 études de cas en 3 modules doivent être lus par chaque participant avant les ateliers de groupe. Ces lectures demandent de la concentration et durent environ 1 heure par chapitre et 1 heure par étude de cas. Les ateliers en groupe de 8-10 participants durent une demi-journée. À cela s'ajoute les simulations pratiques surprises pendant les heures de travail (jour-soir-nuit).

Il est utopique de penser que ces activités de formation peuvent être faites en attendant un accouchement. On oublie trop facilement que

les gardes en obstétrique sont beaucoup plus que des accouchements : les congés, le support à l'allaitement, les nouveaux-nés, les visites en externe, le bureau et j'en passe... En plus, on n'a pas de contrôle sur l'achalandage et les nuits peuvent être très courtes. Le temps requis pour la préparation, les ateliers en groupe et les mises en situations demande du temps réservé. De plus, l'équipe de formation composée de médecins et d'infirmières investit encore plus de temps pour la préparation et la coordination. La formation des formateurs dure 2 jours et ils se rencontrent 1 à 2 fois par mois.

Il est clair que pour toutes ces activités de formation, nous devons prévoir un temps dédié à ce beau projet AMPRO. Nous attendons une réponse de la FMOQ.

Mélanie Savard-Côté, M.D.
accoucheur, Hôpital St-Eustache,
Membre CE AOPQ

GRAND BESOIN D'OMNIPRATICIEN EN PÉRINATALITÉ À STE-AGATHE-DES-MONTS

L'équipe des médecins accoucheurs du CSSS des Sommets à Ste-Agathe-des-Monts, dans les Laurentides, est à la recherche d'un omnipraticien pour combler les récents départs à la retraite. Notre équipe est jeune et dynamique et notre milieu, stimulant en plus d'être au centre d'une région magnifique où les amoureux de plein air seront choyés. Nous sommes à moins d'une heure de Montréal. Un PREM d'ancien facturant serait disponible pour une pratique en périnatalité (bureau, salle d'accouchement) ou pour une pratique mixte (urgence, hospitalisation).

Contactez-nous via Mme Louise St-Aubin au (819) 324-4018
(chef de département : Louis-Jean Deslauriers)

Memo

**Bonjour à tous et à toutes,
bon début de printemps!**

Durant l'année 2008, le Comité des Soins Maternels et Néonataux (MNCC) du Collège des médecins du Canada a été impliqué dans plusieurs dossiers.

En premier lieu, un sondage a été effectué auprès de toutes les facultés médicales universitaires canadiennes pour évaluer et comprendre quelle est l'exposition des résidents en médecine familiale à l'obstétrique et aux soins d'urgence reliés à cette pratique (formation ALSO ou GESTA, réanimation néonatale). Ce processus voulait vérifier s'il y avait une possibilité de standardiser et d'améliorer cette formation afin de rendre les étudiants plus confortables et ainsi les amener à considérer les accouchements dans leur pratique future. Les résultats sont actuellement en analyse mais il est évident qu'un des problèmes importants réside dans le fait que les résidents sont peu exposés à de l'obstétrique de bas risque (hôpitaux de niveau 1 et 2).

Deuxièmement, il y a eu révision et endossement éventuel (après multiples revues, réajustements et compromis), de la prise de position de la Société d'Obstétrique-gynécologie du Canada (SOGC) sur « L'accouchement normal ». Ce document qui est disponible sur le site de la SOGC (www.sogc.org) pour ceux qui ne l'auraient pas vu, est loin d'être parfait mais constitue toutefois un pas important vers la reconnaissance d'une normalité au processus de l'accouchement et à la minimisation des interventions non nécessaires.

La SOGC a aussi publié un document imposant sur le manque de ressources spécialisées en obstétrique-gynécologie. Un manquement majeur de cette publication est l'absence de considération des médecins de famille dans leur apport à ces soins spécialisés, tout particulièrement en région éloignée où les spécialistes diplômés brillent par leur absence mais où certains omnipraticiens effectuent des césariennes, accouchements de siège, ... D'ailleurs les calculs dans le document ont été

basés sur une absence totale des autres intervenants en obstétrique. Une réponse a donc été envoyée au président de la SOGC, le docteur André Lalonde, afin de lui faire réaliser que les déclarations étaient, en partie, inexactes.

Ensuite, certains membres du MNCC (dont moi-même) ont révisé, pour la SOGC, le contenu d'un manuel sur la Surveillance du Cœur Fœtal afin de standardiser la lecture et l'interprétation des tracés de cœurs fœtaux en intégrant les nouvelles recommandations de la SOGC datant de 2007. Ce livre de 400 pages et plus, est un recueil très intéressant d'exercices pratiques permettant d'appliquer les données théoriques. Je souhaite ardemment qu'il devienne disponible rapidement (il y a même un plan d'en faire un cours sur le Web pour en améliorer l'accès). Je vous tiendrai au courant.

Le Forum de médecine familiale (FMF) de l'automne 2008 a eu lieu cette fois-ci à Toronto du 27 au 29 novembre. Le Comité des Soins Maternels et Néonataux du Collège a, encore une fois, organisé une journée de périnatalité, le vendredi, qui fut un énorme succès. En fait, tellement de congressistes ont assisté aux présentations, que les locaux ont paru beaucoup trop exigus. Cependant, c'était la plus importante assistance à un congrès du Collège des médecins de famille du Canada depuis le début des FMF annuels et je crois que les organisateurs ne s'attendaient pas à une audience aussi importante. Je vous donne maintenant rendez-vous pour la prochaine édition du FMF qui se produira à Calgary du 29 au 31 octobre 2009 (Joyeux Halloween!) et pour laquelle un programme passionnant de périnatalité est encore planifié.

Je suis aussi la représentante du Collège des médecins de famille du Canada sur le « Fœtus and Newborn Committee » de la Société canadienne de pédiatrie (SCP). J'y siège afin que les lignes directrices qui nous impliquent puissent s'appliquer à tous les milieux de travail et non pas seulement aux centres surspécialisés. Plusieurs nouvelles lignes directrices sont

en cours d'élaboration dont une qui devrait être publiée très bientôt et qui concerne les congés chez les prématurés de 34 semaines et plus de gestation.

J'ai aussi un nouveau mandat avec la SOGC : je représente le Québec, donc vous tous, sur le « MD Advisory Committee » qui, comme son nom l'indique, recommande des modifications aux lignes directrices, des nouveaux sujets pour ces dernières, des projets de formation, de recherche ainsi que des sujets de présentations lors des congrès. Je serais donc très contente de lire vos commentaires, idées, conseils, préoccupations qui ont un lien avec l'obstétrique/périnatalité et/ou les autres multiples comités sur lesquels je siège. Vous pouvez le faire via le site officiel de l'AOPQ (www.aopq.org). Soyez assurés que le suivi sera fait.

Un petit commentaire avant de terminer. Trop peu de médecins s'impliquent dans les organisations qui les représentent. C'est beaucoup plus facile de se laisser porter par la vague et de se donner comme excuse le manque de temps. Nous, qui vous représentons, avons aussi une famille, une pratique à temps plein et d'autres obligations, activités et loisirs que nous réussissons tout de même à intégrer à notre vie. C'est donc possible! Dans toutes ces organisations (CMFC, AOPQ, SOGC, CPS, FMOQ, ...), la relève est nécessaire. La responsabilité de vous représenter ne peut pas toujours incomber aux mêmes personnes. De plus, en vous impliquant, l'organisation que vous choisirez n'aura pas le choix de mieux représenter vos besoins, vos valeurs et vos désirs. C'est important car après un certain temps, il faut renouveler le pool de participants afin d'obtenir de façon constante des idées innovatrices. La plupart des comités ne demandent pas beaucoup d'heures de travail par année et amènent des discussions et rencontres extrêmement intéressantes et plaisantes. Pensez-y fortement!

À la prochaine,

Andrée Gagnon, M.D.

PRECONCEPTIONAL VITAMIN/FOLIC

Overview

An extensive review of the scientific literature, including the most recent publications, was performed to develop the Joint SOGC-MOTHERISK Clinical Practice Guideline *Preconceptional Vitamin/Folic Acid Supplementation 2007: The use of Folic Acid in Combination With a Multivitamin Supplement for the Prevention of Neural Tube defects and Other Congenital Anomalies*¹.

This new clinical guideline replaces the previous SOGC guideline *The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies*² published in 2003. The use of prenatal vitamin supplements combined with 5 mg of folic acid to decrease the incidence of neural tube defects (NTDs) and other congenital anomalies should be based on patient age, ethnicity, genetics, medical and nutritional status, and compliance in using vitamin supplements or medications in general.

It has been previously established that women with an increased risk for a pregnancy complicated by NTDs should be taking a high dose folic acid supplement. These women often have a history of a previous foetus or child with an NTD, a family history of NTDs, pre-existing maternal diabetes as well as insulin-dependent (type 1) diabetes, epilepsy and the ingestion of medications such as valproic acid or carbamazepine for seizure control, or use of medications known as folic acid antagonists (i.e., amniopterin, methotrexate).

The most recent guideline suggests that women in these high risk categories, including women that are obese (BMI > 35 kg/m²), belonging to a high risk ethnic group (e.g., Sikh), having a history of poor compliance with medications and additional lifestyle issues of variable diet, no consistent birth control, and possible teratogenic substance use (alcohol, tobacco, recreational non-prescription drugs) should take a prenatal vitamin supplement combined with 5 mg of folic acid at least 2 or 3 months before conception and continuing until 10 to 12 weeks post conception in order to obtain protective red blood cell folate levels.

It has been previously suggested in the literature that higher levels of folate intake may mask pernicious anemia arising from vitamin B12 deficiency. However, since the implementation of the folate fortification program, several studies have failed to show increased rates of either vitamin B12 deficiency or pernicious anemia. The short course of supplementation with 5 mg folic acid, a few months before pregnancy and during the first trimester, is unlikely to mask vitamin B12 deficiency. Physicians always have the option of measuring serum levels of vitamin B12, anytime they have a concern and would like to monitor levels.

Risk reduction of NTDs

There is clear evidence that folic acid supplementation helps women decrease their risk of having a pregnancy affected by an NTD such as spina bifida and anencephaly³.

In a 2001 publication, Wald showed the protective effect of folic acid in the prevention of NTDs⁴. He demonstrated that a prenatal daily dose of 1 mg folic acid decreases the risk

of NTDs by approximately 57%, whereas a daily dose of 5 mg folic acid decreases the risk by approximately 90%⁵.

Risk reduction of other birth defects

A meta-analysis⁶, conducted by Motherisk in 2005, showed that women who supplemented with a prenatal vitamin supplement combined with folic acid during or before the first trimester of pregnancy had a lower risk of having children with:

- cardiovascular malformations: the odds ratio was 0.72, correlating to a prevention rate of about 28%;
- congenital hydrocephalus: about 60% prevention;
- limb defects: over 70% prevention;
- cleft palate: about 30% prevention;
- urinary tract anomalies: about 50% prevention.

Women planning pregnancy or already pregnant would benefit from using a prenatal vitamin supplement combined with folic acid instead of a folic acid supplement alone not only to reduce the risk of having a baby affected by an NTD but also to decrease the risk of other specific birth defects.

Risk reduction of early pediatric cancers

Another meta-analysis⁷ showed that the use of prenatal vitamin supplements containing folic acid was associated with a protective effect for early pediatric cancer, including pediatric brain tumors, neuroblastoma and leukemia. Since the implementation of flour fortification with folic acid in Canada in 1998, a 60% reduction in the incidence of neuroblastoma has been observed in Ontario.⁸

Auteur de cet article :

Gideon Koren, MD, FRCPC

Programme Motherisk

Chair Ivey – Toxicologie moléculaire

ACID SUPPLEMENTATION 2007

Conclusion

All women planning pregnancy or already pregnant should take a prenatal vitamin supplement combined with folic acid before conception and throughout pregnancy. The recommended amount of folic acid supplementation and its treatment duration should be based not only on their family history of NTDs, but also on their age, ethnicity, medical and nutritional status, and compliance in using vitamin supplements or medications in general. Physicians may choose between the two following recommendations:

- Women who are at increased risk of having a baby with a congenital anomaly or have a history of poor compliance with medications or supplements should begin a folate-supplemented diet with a daily prenatal vitamin supplement combined with 5 mg of folic acid at least three months before conception and continue until 10 to 12 weeks post conception.
- Women with no personal health risk, who plan their pregnancies and show good compliance to their daily supplementation require a good diet with folate-rich foods and a daily prenatal vitamin supplement combined with 0.4-1.0 mg of folic acid starting two to three months before conception and throughout pregnancy and the postpartum period (4-6 weeks) and as long as breastfeeding continues.

References

- 1 Wilson et al. Joint SOGC-Motherisk Clinical Practice Guideline: Pre-conceptional Vitamin/Folic Acid Supplementation 2007: The Use of Folic Acid in Combination With a Multivitamin Supplement for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(12):1003-13.
- 2 Wilson et al. SOGC Clinical Practice Guideline: The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can* November 2003; 1-7.
- 3 Oakley GP Jr. et al. Recommendations for accelerating global action to prevent folic acid-preventable birth defects and other folate-deficiency diseases: Meeting of experts on preventing folic acid-preventable neural tube defects. *Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol* 2004;70(11): 835-7. Review.
- 4 Wald NJ. Folic acid and the prevention of neural-tube defects. *N Engl J Med* 2004;350:101-3.
- 5 Koren G, Goh, YI. Motherisk Round: Increasing Folate Supplementation for Selected Groups of Canadian Women. *JOGC* December 2007; 992-6.
- 6 Goh YI et al. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006 Aug;28(8):680-9.
- 7 Goh YI et al. Prenatal Multivitamin Supplementation and Rates of Pediatric Cancers: A Meta-Analysis. *Clin Pharmacol Ther* May 2007;81(5):685-91.
- 8 French AE et al. Folic acid food fortification is associated with a decline in neuroblastoma. *Clin Pharmacol Ther* 2003;74:288-94.



CONGRÈS ANNUEL DE GYNÉCOLOGIE-PÉRINATALITÉ

L'AOPQ
A BESOIN DE VOUS
AU SEIN DE
L'ORGANISATION.

VOTRE IMPLICATION
EST ESSENTIELLE À
L'AMÉLIORATION
DE NOS SERVICES
DE SANTÉ.

LE PARTAGE DES IDÉES
ET DES OPINIONS EST
UN GAGE DE RÉUSSITE
POUR TOUS!



27-28-29 MAI

Hôtel Estrimont
Orford

le Cordon

Le bulletin LE CORDON est publié par L'AOPQ
505, boul. Adoncourt, Longueuil (Québec) J4G 2M6

Fax : 450.651.6674

info@aopq.org ■ www.aopq.org

AOPQ

Dr Sylvie Berthiaume,
présidente par intérim

Dr Gilles Brunet, *trésorier*
Dr Alain Demers
Dr Micheline Desgagné
Dr Andrée Gagnon
Dr Dominique Pilon
Dr Mélanie Savard-Côté
Stéphanie Julien, *secrétaire*

Aide à la rédaction

Dr Josianne Thomassin
Dr Steve Di Tommaso

Coordination

Dr Dominique Pilon

Concept / réalisation

Graphidée

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



Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Pr DICLECTIN®

Succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine
Comprimé à action retardée

Effacité  innocuité
démontrées



Remboursé par tous les régimes publics d'assurance des provinces

- La combinaison succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine s'appuie sur un imposant volume de données probantes sur l'efficacité et l'innocuité publiées dans la littérature médicale révisée par des pairs.
- Diclectin® est considéré comme le **traitement de première ligne** dans les directives cliniques et les algorithmes de prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse (NVG).
- La formulation à action retardée de Diclectin® agit à son meilleur lorsqu'il est pris de 4 à 6 heures avant l'apparition anticipée des NVG. Elle permet à la dose prise le soir (2 comprimés au coucher) de soulager les symptômes du lendemain matin; en ajoutant 1 comprimé le matin et 1 comprimé au milieu de l'après-midi, les symptômes seront contrôlés toute la journée.
- Diclectin® **ne devrait pas** être prescrit p.r.n.

Pr DICLECTIN®

Succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine
Comprimé à action retardée

L'effet indésirable le plus courant est la somnolence. D'autres effets indésirables peuvent survenir, notamment : les vertiges, la nervosité, les douleurs épigastriques, les céphalées, les palpitations, la diarrhée, la désorientation, l'irritabilité, les convulsions, la rétention urinaire ou l'insomnie.





P PregVit®


Supplément vitaminique-minéral
prénatal + **Postpartum**

Selon la Directive clinique conjointe SOGC-MOTHERISK, une supplémentation quotidienne au moyen de multivitamines contenant de l'acide folique (0,4 à 1,0 mg) devrait se poursuivre tout au long de la période postpartum (4 à 6 semaines et tant et aussi longtemps que se poursuit l'allaitement).¹

PregVit est spécialement formulé pour les femmes avant la conception, pendant la grossesse et dans la période postnatale.

P PregVit®


Sans lactose, gliadine-gluten et tartrazine

Certifié
Casher



Certifié
Halal

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

(1) Wilson RD et al. Directive clinique conjointe SOGC/Motherisk. Supplémentation préconceptionnelle en vitamines/acide folique 2007 : Utilisation d'acide folique, conjointement avec un supplément multivitaminique, pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales. *JOGC*. 2007 Déc;29(12):1014-26.



DUCHESNAY

Pour le bien-être de la femme enceinte et de son enfant

Brevets : Canada 2,478,163, É.-U. D501,252

AUTRES BREVETS EN INSTANCE É.-U., Canada et autres pays

©© Duchesnay Inc. 2004-2009

Pour information médicale : 1 888 666-0611
infomedicale@duchesnay.com
www.pregvit.com