

Le petit Mot de la présidente

La morosité de novembre est enfin terminée et c'est après avoir profité de la première tempête de neige en faisant du ski de fond que je m'installe pour vous écrire ce petit mot.

C'est dans le tourbillon de décembre que nous nous hâtons de produire ce Cordon qui se fait trop rare malheureusement. Plusieurs petits articles de ce numéro vont vous mettre au courant des actualités : congrès, site web, sans oublier la nomination de deux collègues impliqués en périnatalité qui ont été nommés « Médecin de famille de l'année » par deux associations différentes. Le dr Alain Demers vous décrit aussi avec humour une consultation pour la vaccination d'un poupon telle que nous la vivons ces temps-ci...

Sur une note plus sérieuse, notre «expert» Gilles Brunet nous informe sur une complication rare mais qu'il faut essayer d'anticiper lorsqu'on effectue un accouchement par ventouse : l'hémorragie sous-galéale chez le nouveau-né. Cette question est d'autant plus d'actualité qu'un coroner nous a demandé de vous informer à ce sujet suite au décès d'un nouveau-né.

Mais il y a aussi les controverses. Alain Demers se penche sur la question des AVAC qui ne pourront plus se faire que dans des centres tertiaires si l'on respecte les recommandations de la SOGC. Nous reproduisons aussi la réponse de notre collègue Mélanie Béliveau à un article du Devoir où une sage-femme accuse les médecins de «terrorisme».

Pour ma part, j'ai participé au congrès de santé publique où deux journées étaient consacrées à l'obstétrique. Quelques médecins et plusieurs sages-femmes et infirmières se sont penchées sur la problématique de la multiplications des interventions autour de la grossesse et l'accouchement. On ne peut nier que, ces dernières années, le piège des « données probantes » nous ont amenés à médicaliser encore plus l'accouchement : induction à 41 semaines, césariennes pour tous les sièges et maintenant, restrictions sévères pour les AVAC. Tout ceci c'est sans compter les effets pervers du dépistage prénatal, de la généralisation de la péridurale et du monitoring foetal.

Mais tout comme la Dr Mélanie Béliveau, je m'oppose à une vision manichéenne de ce débat où les « méchants » médecins imposent aux femmes des pratiques contre lesquelles les « bonnes » sages-femmes essaient de les défendre. C'est nier la réalité où nous nous sentons coincés devant les demandes de la société : accoucher sans douleur, avec très peu d'interventions, d'un bébé parfait. C'est donc d'un débat de société très large dont il s'agit.

Comme médecin de famille, « spécialiste de la normalité », nous avons un grand rôle à jouer dans ce débat. Il faut y impliquer les nombreux gynécologues qui se sentent mal à l'aise face à cette médicalisation à outrance et bien sûr les infirmières et les sages-femmes. N'est-il pas temps de démystifier l'utopie de l'accouchement sans douleur au résultat garanti auprès de notre clientèle ? Ceci ne peut pas se faire individuellement dans notre bureau ou à l'hôpital. Il faut, je le répète un débat public et largement médiatisé sur cette question. Et vous qu'en pensez-vous ?

Dr Sylvie Berthiaume

Table des matières

Page 2	..... À venir Assemblée générale 040520 DP
	..... Dr Francine Léger, médecin de famille de l'année 2004
page 3	..... Hémorragie sous aponévrotique GB
page 4	..... L'agonie de l'AVAC AD
page 5	..... Programme STABLE SB
page 5	..... Nouveau et amélioré Le site www.aopq.org MSC
page 6	..... "Terrorisme " technologique (Le Devoir)
	..... GESTA à Montréal 1-2 mai; ALSO/ANLS Québec 8-10 juin 2005
page 7	..... Accoucher avec son médecin de famille dr Mélanie Béliveau
	..... Prix du mérite de l'AMLF 2004 dr Vania Jimenez
page 8	..... Doit-on en rire? AD

Joyeuses Fêtes

Congrès de Périnatalité 2005!

L'hiver a déjà frappé à nos portes et c'est le temps de céduer vos activités hivernales!

Je vous invite donc au prochain congrès de la FMOQ-AOPQ qui porte sur la périnatalité. Comme médecins accoucheurs nous n'avons pas beaucoup d'occasions de se rencontrer et d'échanger. Ce congrès sera idéal pour favoriser les rencontres tout en mettant nos connaissances obstétricales à jour!

Ce congrès aura lieu dans le magnifique site de l'hôtel Chanteclerc dans les Laurentides les 28 et 29 janvier 2005. Les sujets seront diversifiés et intéressants abordant le diabète gestationnel, le dépistage des anomalies chromosomiques, la dépression post-partum, les infections en grossesse et l'épidurale en 2005! Le congrès comprendra également des ateliers où il sera question entre autre de bioéthique, de surveillance intra-partum, de thrombophilies, d'hypertension gravidique et des conséquences des accouchements sur le plancher pelvien. Le congrès débutera vendredi matin le 28 janvier avec des plénières suivi des ateliers en après-midi. Les conférences continueront le samedi matin pour se terminer vers 12h15. Ceci vous permettra à vous et à votre famille de profiter du site hivernal du Chanteclerc et peut-être d'aller skier ou faire de la raquette!

C'est également lors de ce congrès que les **membres de l'AOPQ pourront se réunir et tenir leur assemblée annuelle**. En effet, cette réunion se tiendra **le vendredi soir** à l'hôtel Chanteclerc à **17h avec un cocktail** offert par votre association. Nous vous attendons en grand nombre pour venir exposer vos revendications et discuter de sujets CHAUDS

(compétences des omnis, dossier sage-femmes, rémunération...)

Nous avons besoin de votre opinion et de vos idées!

Je vous rappelle que votre association est là pour VOUS et pour vous représenter.

Je vous invite donc à inscrire ces dates à votre agenda et à vous inscrire à ce congrès, si ce n'est déjà fait!

J'espère vous voir à l'assemblée afin d'avoir le plaisir de vous rencontrer et d'échanger avec vous.

Dominique Pilon M.D.

<http://www.lechantecler.com/>

Dre Francine Léger, médecin de famille canadien de l'année 2004

Nous sommes fiers de vous faire part de cette nomination d'un membre de notre association. L'AOPQ tient à la féliciter chaleureusement. Diplômée de l'Université de Montréal, Dre Francine Léger exerce la médecine depuis 21 ans et fait toujours des accouchements. Elle pratique à la Clinique médicale du Quartier Latin.

Aujourd'hui, en plus d'être chef du Service de périnatalité de l'Hôpital Saint-Luc à Montréal, elle supervise également des étudiants en médecine et des résidents et est professeure au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Dre Léger a joué un rôle important dans la promotion du Collège québécois des médecins de famille auprès de ses pairs. Elle a participé à la planification du 10e anniversaire de la Journée des femmes en médecine. Puis, durant son mandat à la présidence, elle et son équipe ont utilisé des tactiques uniques pour promouvoir la section québécoise, notamment, organiser de nouveaux ateliers de formation médicale continue, établir des partenariats avec diverses organisations de la santé et collaborer au journal MedActuel.

Dre Léger a aussi pris position et soutenu le rôle de la médecine familiale au Québec à une époque où cette discipline n'était pas considérée importante. Elle est également impliquée au sein de nombreux comités provinciaux et fédéraux de la santé, dont la nutrition, la vaccination et les MTS. En 1994, elle a été nommée fellow du Collège des médecins de famille du Canada. Pour bon nombre de femmes médecins de famille, Dre Léger est un modèle de rôle parce qu'elle est un exemple de réussite dans sa vie professionnelle et personnelle, et un mentor pour beaucoup de ses étudiantes. Adolescente, Dre Léger a toujours aimé aider les autres et sa famille a joué un rôle important dans son choix de carrière : son père, son grand-père et ses oncles étaient tous médecins.

En dépit d'un horaire chargé, Dre Léger est mère de deux adolescents et fait du bénévolat au sein de plusieurs comités d'école.

DERNIÈRE MINUTE

Nous venons d'apprendre qu'il reste plusieurs places de disponibles pour le congrès de périnatalité.

Vous avez l'adresse ci-contre

Un diagnostic sous-estimé et potentiellement mortel : **Hémorragie Sous-Aponévrotique (HSA)**

Au cours des dernières années, à titre d'expert médical, je fus plusieurs fois confronté à des décès néonataux ou à des nouveaux-nés avec handicaps sérieux dont l'origine était l' HSA (aussi appelée hématome sous-galéal ou hématome extensif du cuir chevelu). À chaque occasion, le diagnostic avait été ignoré et faisait suite à l'application "appropriée" de la ventouse.

Bien que rare, les organismes médicaux et gouvernementaux officiels rappellent que la fréquence de cette pathologie est en hausse constante à cause de l'utilisation de plus en plus fréquente de la ventouse au détriment des forceps, surtout par les plus jeunes médecins. Comme ce diagnostic met en cause le pronostic vital du nouveau-né dans 20 à 30 % des cas, je crois utile de faire un bref rappel concernant cette entité clinique car sa prise en charge exige un diagnostic précoce.

1- L'HSA est un épanchement sanguin extra crânien traumatique du nouveau-né au même titre que la bosse séro-sanguine et le céphalhématome mais avec 20 à 30 % de décès néonataux. L'HSA siège entre le périoste en profondeur et l'aponévrose épicroânienne sur laquelle repose le cuir chevelu. Cet espace peut donc couvrir toute la surface sous le cuir chevelu, n'étant pas limité aux sutures (céphalhématome). Le volume potentiel de cet espace a été évalué 260 ml, alors que le volume sanguin du nouveau-né est de 80 ml / kg. Pas étonnant donc que ce dernier évolue vers un choc hypovolémique car la fonction cardiaque a peu de réserve pour augmenter son débit cardiaque. Même des pertes de 50 à 100 ml peut conduire à un choc hypovolémique très sérieux.

2- Le risque d'HSA est le plus souvent secondaire à une aide instrumentale par ventouse, même en l'absence de difficulté technique. Bien que le risque de traumatisme du cuir chevelu augmente lors des applications supérieures à 10 minutes ou lors d'absence de descente de la tête fœtale, l'application appropriée et respectant les directives cliniques de la S.O.G.C. (août 2004) peut provoquer aussi une HSA.

3- A) Signes cliniques précoces : pâleur, hypotonie, tachycardie, tachypnée, chute de la tension artérielle exigeant souvent une réanimation.

B) Signes cliniques tardifs (moins de 8 heures) : anémie (chute de HT > 25 %) et œdème important du cuir chevelu.

Malheureusement, et c'est ce qui est dramatique, ces signes ne sont pas toujours évidents à la naissance et peuvent se manifester plusieurs heures après la naissance. D'ailleurs, dans certains cas, le diagnostic est découvert à l'autopsie. Le diagnostic est souvent confondu avec de l'hypoxie ou de la septicémie, ce qui explique l'évolution potentiellement catastrophique.

4- Prise en charge

A) Diagnostic précoce (IL FAUT Y PENSER!!!)

B) Bon monitoring : FSC, TA, gaz sanguins, pouls

C) Réanimation appropriée : penser circulation (le traitement est symptomatique et fait appel aux transfusions sanguines, un support respiratoire et hémodynamique est souvent nécessaire).

5- Recommandations

A) Respecter les recommandations quant aux indications de l'accouchement vaginal opératoire et aux processus d'application de la ventouse. L'absence de descente de la tête fœtale en présence de contractions efficaces est préférable à des limites de temps arbitraires de deux à trois heures au deuxième stade.

B) Savoir que l'HSA existe même en l'absence de toute difficulté technique lors d'utilisation de la ventouse.

C) Être alerte et penser choc hypovolémique face à tout nouveau-né à la naissance ou dans les heures qui suivent, qui est pâle et hypotonique malgré une réanimation avec ventilation efficace, surtout après utilisation de la ventouse.

D) Le traitement préventif nécessite d'une part une meilleure connaissance de l'HSA par les médecins intervenants et d'autre part, une surveillance attentive (8 heures) de tout enfant ayant bénéficié d'une extraction instrumentale, surtout si elle fut difficile.

Dr. Gilles Brunet, Centre Hospitalier Pierre Boucher

AGONIE DE L'AVAC

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) publiait en juillet dernier sa directive clinique la plus récente concernant l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Je l'ai tout juste reçu avant de partir en vacances et je n'ai pu m'empêcher de l'amener avec moi. Bien assis sur ma chaise sur les magnifiques plages du Lac Huron, un parasol protégeant du soleil ma calvitie déjà plus que naissante, j'ai parcouru en entier le court document. Sursautant à certains endroits, je relisais plusieurs fois certains énoncés afin d'être bien certain d'en avoir compris le sens.

Déjà, tout comme plusieurs d'entre vous d'ailleurs, j'avais été mis au parfum que ce document allait voir le jour sous peu lors du congrès de périnatalité de l'hôpital Sacré-Cœur tenu au Château Bonne Entente en mai 2004. Le dr Robert Gauthier de Ste-Justine y tenait un atelier nous informant de la nouvelle directive à paraître concernant l'AVAC. Piqué sur le vif, j'y avais montré mon désaccord en sortant brièvement de mes gonds... Depuis, j'ai un peu décanté le tout et analysé les différentes recommandations (au nombre de 18) sous différents angles pour en arriver toujours aux mêmes impressions.

L'AVAC a débuté un peu partout au Québec à la fin des années '80 suite à une déclaration du consensus canadien sur l'AVAC publié en 1985. On y faisait mention, entre autres, de la possibilité d'effectuer une épreuve de travail chez toute patiente ayant subi dans le passé une césarienne transversale basse pour autant que le centre obstétrical puisse garantir une césarienne d'urgence en dedans de trente minutes.

La 3ème recommandation du dernier document de la SOGC parle maintenant d'une césarienne " immédiate ". Relisons ensemble la dite recommandation : " Pour assurer la sûreté du travail après une césarienne, le fournisseur de soins devrait convier la patiente à accoucher dans un hôpital où l'exécution immédiate d'une césarienne est possible. La patiente et son fournisseur de soins doivent avoir été informés des ressources du milieu hospitalier où ils se trouvent et de la possibilité d'avoir recours à du personnel d'obstétrique, d'anesthésie, de pédiatrie et de salle d'opération " . Le texte explicatif accompagnant cette recommandation m'apparaît encore plus explicite : " L'essai de travail chez une patiente ayant déjà subi une césarienne est toujours associé à un risque de rupture utérine, si faible soit-il. Pour cette raison, il ne devrait être envisagé qu'au sein d'un hôpital disposant des ressources nécessaires pour procéder à une césarienne immédiate. (...). Les femmes qui demeurent

dans des régions où les hôpitaux locaux ne sont pas en mesure de procéder à des césariennes immédiates devraient se voir offrir l'occasion d'être transférées dans un établissement offrant ce service, ... "

En clair, l'AVAC devient à toute fin pratique interdit à l'extérieur de Montréal, Québec ou Sherbrooke, centres tertiaires où une équipe complète de salle d'opération est physiquement présente sur les lieux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

La lecture de la recommandation peut nous faire croire qu'un médecin ne pouvant offrir la césarienne immédiate dans son hôpital pourrait expliquer la dernière recommandation de la SOGC à la patiente et offrir quand même l'accouchement vaginal au centre local si la patiente le désire. Il faudrait bien sûr avoir soigneusement consigné au dossier l'ensemble des explications fournies concernant le risque de rupture, la morbidité fœtale et la mortalité. On pourrait alors parler d'un certain consentement éclairé. Cependant, tel que précédemment mentionné, les explications données dans le texte de la SOGC laissent peu de place à une telle éventualité. Il est écrit noir sur blanc qu'un hôpital ne pouvant offrir de césarienne immédiate ne peut même pas envisagé la possibilité de l'AVAC. Ouf, ce n'est pas rien !

La notion de " consentement éclairé " dans ce document en prend pour son rhume. Pour la SOGC, les options offertes au couple se limitent à la possibilité d'une césarienne sur place ou au transfert dans un centre tertiaire pour tenter l'accouchement vaginal. On abandonne ainsi enfants et famille pour aller accoucher à l'extérieur. Dites-moi vraiment combien opteront pour cette deuxième possibilité ? Est-ce réellement une option ? J'en doute et quelque part elle me gêne un peu. J'ai franchement l'impression de m'éloigner d'une médecine dite familiale.

À quelques reprises le document fait mention de la faible possibilité de la rupture utérine (0,2 à 1,5% selon les études, et ce quand les conditions favorables sont respectées) et du fait que dans les cas de rupture, ce ne sont pas tous les bébés qui souffriront d'anoxie, bien que ce risque demeure élevé. On ajoute même que le délai très court pour la césarienne d'urgence n'a pu empêcher certaines acidoses chez le bébé. Alors pourquoi y aller d'une recommandation aussi restrictive ?

Je n'ai pas la réponse à cette dernière question mais je risquerai une hypothèse. Le taux de poursuite dans les cas de rupture lors d'AVAC a augmenté ces dernières années. Comme le disait si bien Maître Jean-Pierre Ménard, l'avocat qui nous poursuit, lors du dernier congrès de périnatalité de la FMOQ

tenu à Québec : " Vous avez commencé à faire des AVAC, j'en fais donc moi aussi ! " Il nous reprochait de mal consigner au dossier le risque réel de l'AVAC et de ne pas suffisamment noter toutes les explications fournies à la patiente. Ainsi, on se rendait vulnérable en cas de poursuite et la SOGC pourrait avoir jugé plus simple de limiter l'exercice de l'AVAC. Ça peut sembler un peu paranoïaque, mais pas impossible.

Je demeure amer de voir de telles recommandations voir le jour pour un risque de 0,2 à 1,5 %. Si on en retire l'importance de bien noter au dossier les explications fournies aux différentes personnes que nous côtoyons dans notre pratique, on pourra dire qu'elle aura eu au moins une retombée positive.

À propos, à quand une recommandation sur la présence obligatoire d'un neurochirurgien dans l'hôpital aussitôt qu'un motocycliste prend la route ? Le risque doit bien friser le 0,2%, non ?

Alain Demers

Le programme STABLE

Récemment, une enquête du coroner a été faite au sujet du décès d'un nouveau-né par HSA. Le coroner a conclu que c'était un diagnostic difficile à faire, même pour des spécialistes. Comme recommandation, il demande à l'AOPQ de faire la promotion du programme STABLE.

Ce programme est un atelier de formation conçu pour fournir des lignes directrices pour stabiliser les nouveaux-nés après une réanimation avant son transfert à un centre spécialisé. Il s'adresse à tous les professionnels ayant à assurer ces soins pendant cette période critique. Pour les omnipraticiens, il s'agit surtout de ceux qui n'ont pas accès rapidement, sur place, à un pédiatre. L'acronyme signifie S pour sucre, T pour température, A pour assistance respiratoire, B pour bonne perfusion, L pour laboratoire, E pour émotions.

À Québec, c'est la **Dr Geneviève Piuze** qui peut donner la formation et à *Montréal*, **Dr Louis Beaumier**. On peut rejoindre ce dernier au **514-412-4452** ou par courriel à l'adresse **louis.beaumier@muhc.mcgill.ca**. Le site web du programme est : **www.stableprogram.com**.

Par ailleurs, l'AOPQ tient à rappeler à tous les omnipraticiens accoucheurs qu'il est recommandé de refaire à tous les 2 ans la formation de réanimation néonatale.

Dr Sylvie Berthiaume CHUM St-Luc

Nouveau site Internet

Notre site Internet se refait une beauté. Nous espérons améliorer la communication envers et entre nos membres. Nouveautés à surveiller:

-Un forum de discussion réservé aux membres pour échanger sur sujet relié à la périnatalité amener des réflexions sur notre pratique et pour faciliter le recrutement des médecins intéressés à joindre un groupe d'obstétrique.

-Un " site de rencontre " pour MD cherchant une équipe et équipe cherchant MD permanent ou dépanneur.

-Une sélection de sites traitant d'obstétrique, de néonatalogie, de pédiatrie, de santé des femmes et d'allaitement deviendront une ressource précieuse pour votre pratique.

-Les activités de congrès et FMC seront affichées.

Nous sommes ouvert à vos commentaires, suggestions, idées et revendications. Vous pourrez communiquer avec nous par courriel.

-Le cordon sera aussi disponible en ligne.

Nous prévoyons le tout fonctionnel en début 2005, venez jeter un coup d'œil à **aopq.org**

Dr Mélanie Savard-Côté

Oyez, Oyez

**Assemblée générale annuelle
vendredi le 28 janvier 2005 à 17h
lors du congrès de périnatalité de
la FMOQ-AOPQ à l'hôtel
Chanteclerc**

L'entrevue - Le "terroristique" technologique

Louise-Maude Rioux Soucy

Le Devoir Édition du lundi 29 novembre 2004

Sorties de l'illégalité en 1999, les sages-femmes ont rejoint le système de santé québécois grâce à sept projets-pilotes qui, depuis, ne dérogissent pas. La structure est prête, la volonté politique est là, mais les femmes accouchent encore massivement à l'hôpital, et les nouvelles diplômées sont toujours sans emploi. La profession a manifestement atteint un point de non-retour. Ça passe ou ça casse? Il faut que ça passe, répond la présidente du Regroupement des sages-femmes du Québec, Céline Lemay, qui voit dans ce retour une saine riposte à la médicalisation croissante.

Oubliez l'image un brin ésotérique, résolument fleur bleue, invariablement grano qui colle à l'idée qu'ont les Québécois de la sage-femme typique. La professionnelle d'aujourd'hui a un baccalauréat de quatre ans, elle connaît toutes les technologies et s'embarrasse peu de la nature et de ses états d'âme. "On ne fait pas dans l'idéologie. Le retour à la nature, c'est bien, mais la nature, ce n'est pas parfait. Elle est complexe et elle a des ratés", explique Céline Lemay.

Entrée par hasard dans le petit monde de la natalité, il y a 25 ans, Céline Lemay n'a pas choisi son métier : "Il y avait un besoin, j'ai accepté le défi." Et il était de taille. Sans la volonté d'une poignée de femmes au tournant des années 70, le Québec n'aurait plus de sages-femmes.

Aujourd'hui, elles sont 75 à pouvoir pratiquer légalement leur art. Mais voilà, le système de santé freine leur progression. "On doit réfréner nos ardeurs parce que la force d'inertie du système est incroyable. Quand on arrive, on est nouvelle. Alors, chaque fois qu'on bouge, on aperçoit l'onde de choc que ça crée", confie-t-elle.

Et pour cause ! Là où la médicalisation est reine, la sage-femme prône un sain détachement qui peut paraître suspect. "Les femmes sont une clientèle captive, en quelque sorte. Toute femme enceinte veut le meilleur pour son enfant, et c'est légitime. Mais il faut leur rappeler que mettre au monde un enfant, ce n'est pas compliqué, que bien des choses viennent normalement et que la technologie, paradoxalement, nourrit le risque. J'appelle ça le "terroristique", dit la sage-femme.

Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si toutes les femmes que rencontre Mme Lemay sont si angossées depuis quelques années.

"Les femmes d'aujourd'hui sont surprises quand elles ont un bébé normal, alors que 97 % des bébés le sont. Comment en sommes-nous arrivés à une telle peur ?, s'indigne-t-elle en montrant du doigt l'appareil médical. Les menstruations, les grossesses ou la ménopause sont des événements de la vie d'une femme, mais les compagnies pharmaceutiques en ont fait des maux qui doivent être médicalisés, problèmes ou pas. On propose des solutions à quelque chose qui est normal en disant que c'est anormal, et on finit par y croire."

Donner naissance est même devenu une performance avec, à la clé, la mention "échec" ou "réussite". "On met la femme enceinte responsable du produit, comme si c'était une chaîne de production", dénonce la sage-femme. Échographies, prises de sang, examens à répétition se succèdent pour contrôler la "qualité", une façon de faire qui laisse Mme Lemay perplexe. "On sauve des bébés de 22 semaines à coups de milliers de dollars, des bébés qui, souvent, en gardent de graves séquelles. Mais, d'un autre côté, on insiste de plus en plus auprès des mères pour qu'elles passent une panoplie de tests et qu'elles avortent si l'enfant a la moindre malformation."

Dans les sept maisons de naissance québécoises, et depuis peu à l'hôpital LaSalle, les sages-femmes redéfinissent l'obstétrique en essayant d'y insuffler

une pointe d'humanité. À elles les 80 % de femmes qui connaissent une grossesse normale, aux spécialistes les 20 % restants qui nécessitent un suivi plus serré. Dans le meilleur des mondes de Céline Lemay, toutes les femmes iraient consulter une sage-femme en début de grossesse.

"Nous sommes en première ligne, nous gérons la normalité. C'est à nous de les orienter. Imaginez le poids de moins pour le système de santé. Une femme qui choisit de vivre sa grossesse avec une sage-femme ne verra ni médecin ni infirmière. Il n'y aura pas de pédiatre, de gynécologue, de néonatalogiste, de psychologue ou de travailleuse sociale. Parce qu'on s'occupe du normal et que le normal ne nécessite pas de tels professionnels", explique Mme Lemay.

Cette méthode rapporte. Une étude québécoise a montré que, parmi les patientes à bas risque, il y avait deux fois moins de prématurités chez celles qui ont opté pour une sage-femme plutôt que pour un médecin.

Nourrir l'insécurité

Selon Mme Lemay, il ne fait aucun doute que le suivi personnalisé fait la différence. "Accoucher dans un milieu que l'on ne connaît pas, alors qu'on est privé de boire et de manger, est un facteur de stress. Exiger qu'on accouche couchée dans un lit, les pieds dans des étrières, insister pour qu'on ait une épidurale, ce sont des choses qui entraînent toutes une cascade d'interventions et qui nourrissent l'insécurité."

Pour Mirabelle Lavoie, qui a eu ses deux premiers enfants à l'hôpital et son petit dernier dans une maison de naissance, il était capital qu'on intervienne le moins possible dans son accouchement après avoir vécu un "succès médical sur papier" à l'hôpital, succès qu'elle avait pourtant reçu comme une "tragédie personnelle". Des patientes comme Mme Lavoie, Céline Lemay en a rencontré des centaines et prévoir qu'elles seront de plus en plus nombreuses à exiger la différence.

Seul hic -- et de taille, pour plusieurs ! -- l'épidurale n'est pas offerte dans les maisons de naissance, faute d'anesthésiste. Ce qui est loin de déplaire à Mme Lemay. "La douleur et la douleur de vivre ont une fonction, mais on ne prend plus la peine de le reconnaître. Proposer le chair lift à tout le monde pour monter dans la montagne, je ne suis pas sûre que ça a la même valeur que de soutenir quelqu'un dans son épreuve. La vie est difficile, mais on refuse de l'admettre."

Cette recherche du contrôle agace Mme Lemay au plus haut point. Elle dénonce d'ailleurs vertement le double discours de l'industrie de la santé, qui prône un mode de vie sain d'un côté, mais fabrique des pilules miracle pour maigrir et arrêter de fumer de l'autre. "Ou bien on nourrit l'angoisse et l'illusion qu'on a du pouvoir, ou bien, tranquillement, on vit sa vie en prenant soin de soi-même. Il faut trancher", croit-elle.

C'est aussi ce qu'auront à faire toutes les agences de santé et de services sociaux du Québec dans ce dossier, car c'est à elles que le ministre a donné le pouvoir de gérer les maisons de naissance. Déjà, dans certaines régions, des projets prennent forme. Mais il faudra plus qu'une volonté politique et la gratuité de la carte d'assurance maladie pour que cette approche devienne universelle.

Ce sont les femmes qui auront le dernier mot. Céline Lemay est confiante : le temps et l'expérience sauront faire glisser ces dernières réticences.

- Aujourd'hui et demain, l'Association pour la santé publique du Québec tient un colloque pour discuter de tous ces enjeux, auquel prendra part Céline Lemay. Intitulé "Obstétrique et santé publique", l'événement a pour ambition d'élargir les perspectives sur les réalités de la naissance. Renseignements : <http://www.inspq.qc.ca/jasp/programme/2004/>.

Si vous voulez réagir à ce texte et à la réponse du dr Beliveau : aopq@videotron.ca

Cours GESTA (en français)

1-2 mai 2005 Montréal

Hôtel Gouverneur, Place Dupuis

Le cours GESTA est une session intensive de deux jours pendant laquelle on aborde, entre autres les plus récentes directives cliniques traitant de situations à risque élevé durant le travail et de l'accouchement. Cette formation comprend des ateliers pratiques, des discussions en petits groupes et une évaluation des connaissances. Ce cours canadien s'adresse aux spécialistes, médecins de famille, sage-femmes et infirmières.

Linda Kollesh, SOGC

Tél. : 1-800-561-2416 Fax/Téléc. : (613) 730-4314

Courriel : lkollesh@sogc.com

Cours ALSO/ANLS

8 au 10 Juin 2005

Université Laval à Québec.

Cours avancé en réanimation obstétricale
Cours avancé en réanimation néonatale - Normes 2000

Ces 2 programmes s'adressent aux médecins de famille, résidents en médecine familiale ou en obstétrique gynécologie, gynécologues, anesthésistes, pédiatres, infirmiers et infirmières qui auront à dispenses des soins d'urgence en obstétrique et néonatalogie.

Pav. La Laurentienne, Université Laval

(418)656-5958 et fax.:(418)656-2465.

<http://www.fmed.ulaval.ca/fmc>

courriel_fmc@fmc.ulaval.ca

Libre opinion: **Accoucher avec son médecin de famille**

Mélanie Béliveau

Omnipraticienne en périnatalité à l'Hôpital Charles LeMoine

Le Devoir Édition du lundi 6 décembre 2004

L'article publié à la une du Devoir du lundi 29 novembre 2004, dénonçant le «terroristique» technologique en matière d'accouchements a suscité chez moi un grand étonnement.

J'ai peine à croire qu'en 2004 une professionnelle de la santé, qui de surcroît oeuvre dans le domaine obstétrical, puisse avoir une conception aussi diabolisée, voire obtuse de la médecine.

À entendre les propos de Céline Lemay, présidente du Regroupement des sages-femmes du Québec, on croirait vivre dans un monde où tout est noir ou blanc, normal ou anormal, où se côtoient l'humaine sage-femme et l'eugéniste médecin spécialiste ! Mais où est donc la médecine familiale dans tout cela ? En fait, cela fait preuve d'une profonde méconnaissance de la science médicale : bien avant de viser la guérison, le médecin généraliste s'attache à la promotion et à la prévention de la santé au sein d'une communauté.

De fait, assimiler bêtement utilisation massive de moyens technologiques à la pratique médicale contemporaine occulte une réalité beaucoup plus complexe. Le médecin de famille accoucheur, par sa formation, recherche l'accouchement le plus naturel, avec le moins d'interventions possible (*primum no nocere*, serment d'Hippocrate !).

La médecine a évolué

Dans sa relation avec la future maman, l'omnipraticien pose le principe d'humanité au coeur de son accompagnement. Car la pratique de la médecine a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, et heureusement ! Aujourd'hui, le conjoint est impliqué dès les débuts; il participe au suivi de grossesse et assiste sa compagne dans tous les efforts qui autorisent le passage à la vie.

Par ailleurs, la femme enceinte ou en travail a toujours le choix parmi les diverses thérapeutiques mises à sa disposition. Dans ma pratique, jamais je n'ai vu un médecin contraindre sa patiente à la péridurale. Mais il est fort heureux que nous puissions, en situation d'urgence, compter sur des moyens thérapeutiques sûrs et approuvés. Comme l'a

d'ailleurs déjà mentionné un collègue, «on sait qu'un accouchement s'est bien déroulé une fois qu'il est terminé «...

Enfin, peut-être serez-vous surprise d'apprendre, Mme Lemay, que je suis ouverte à toute forme de collaboration. Toutefois, surtout dans votre position d'autorité, il faut savoir adresser de tels problèmes fondamentaux d'une façon plus respectueuse, dans la perspective d'obtenir l'assentiment de tout collaborateur.

Votre conception manichéenne de la périnatalité porte un sérieux préjudice à celles que vous croyez défendre. Ce n'est pas en fustigeant les pratiques différentes de la vôtre que vous parviendrez à tailler votre place dans le coeur des femmes du Québec. Bien au contraire, c'est en permettant aux femmes d'exercer leur libre choix que nous aménageons l'espace nécessaire à l'épanouissement de la société de demain.

L'AMLFC décerner sa médaille du mérite 2004 au dr Vania Jimenez

Un autre de nos membres est honoré!

La dr Jimenez est chef des services médicaux et directrice de l'unité de médecine familiale depuis plus de 12



ans au CLSC Côte-des-Neiges, le CLSC le plus multiethnique du monde. Elle est également impliquée dans l'enseignement que ce soit en tant que professeure agrégée au département de médecine familiale à l'Université McGill qu'au CLSC. Depuis le début de sa carrière, cette femme se consacre à l'obstétrique tout en ayant sept enfants!

Elle a écrit plusieurs articles tels *La médecine moderne et les autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle*. Enfants témoins de violence conjugale: enjeux actuels. *La place des particularités culturelles dans l'approche des femmes*. L'intégration des sages-femmes dans le système de santé. *La communication interculturelle*

De plus, elle a publié son premier roman en 2004 *Le Seigneur de l'oreille* chez Hurtubise HMH, un deuxième devrait voir le jour bientôt. Elle trouve le temps d'écrire même pendant ses gardes de fin de semaine en obstétrique!

À cette mère, épouse, chercheuse, clinicienne, professeure, conférencière et toujours médecin accoucheur, l'exécutif de l'AOPQ la félicite!

Visitez notre nouveau site internet rajeuni

<http://aopq.org>

Joyeuses Fêtes

DOIT-ON EN RIRE

- Bonjour Julie ? Comment vas-tu ? Et le beau Félix, toujours en forme ?
- Salut Alain. Tout le monde va bien chez nous. Et toi, toujours aussi occupé, si j'en juge par ta salle d'attente!
- Tu m'emmènes ton petit amour pour les vaccins de 12 mois ? Au fait, quel âge a-t-il maintenant ?
- 13 mois. Impossible de te voir avant et en plus, depuis qu'il a commencé la garderie, il est tout le temps malade. Je suis chanceuse, il semble bien aller depuis 2 jours. Les vaccins ne le maganeront pas trop j'espère...
- Ça dépend. Le RRO est un peu plus "rough", mais il devrait s'en sortir.
- C'est quoi, Alain, le "RRO" ?
- Ah ! C'est le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. Il donne des effets secondaires sous forme de température un peu plus souvent que les autres.
- Bof ! Ça changera pas grand-chose. C'est le seul que tu lui donnes aujourd'hui ?
- Euh... non. Il y a aussi un vaccin contre la méningite.
- Bon, deux c'est pas la fin du monde. Quoique pour un gars...(petits rires narquois)
- Hum..., il y a aussi les options.
- Tu parles comme un vendeur de chars !
- Bien c'est un peu ça. On peut aussi lui donner celui contre la varicelle. Il coûte seulement \$70.00.
- Un vaccin contre la picotte ? Qu'est-ce que ça donne ?
- Il a moins de chance de la faire, puis s'il l'a fait, ce sera moins étendu.
- Bon. OK d'abord. Il vaut quand même plus que soixante-dix piastres ce petit trésor.
- Hum..., il y a aussi le vaccin contre le pneumocoque.
- Contre qui ?
- Le pneumocoque. Surtout les infections invasives telles méningites et infections sanguines. Ce n'est pas fréquent, mais ça peut arriver.
- C'est celui dont tu m'avais parlé à 2 mois qui coûtent \$100/dose pour 4 doses ? Mais je t'avais déjà dit non.
- Oui je sais, mais maintenant il est gratuit et on peut toujours le vacciner.
- Ah bien gratuit, je le prends.
- Hum...
- Quoi encore.
- La grippe.
- Qu'est-ce qu'elle a, la grippe ?
- On peut le vacciner.
- Coudonc toi, t'en as combien comme ça ?
- Julie, c'est le dernier. Je ne t'en offrirai pas d'autres.
- Tous aujourd'hui ?
- Ben... oui.
- Tu les mélanges ensemble hein ?
- ...Non, pas vraiment.
- Cinq piqûres ? Tu veux rire ?
- Non Julie, c'est bien cinq piqûres.
- Mais il a juste deux bras et deux jambes.
- Il a des fesses...
- Alain, est-ce qu'il y a une mère de famille sur votre comité recommandant tous ces vaccins ?
- Bonne question. Je ne sais pas.

-
Après les vaccins.

- Ah oui Julie. Pas de bain aujourd'hui.
- Pourquoi, pauvre Ti-pit ?
- Avec tous les trous qu'il a sur le corps, il pourrait se remplir d'eau et couler au fond.
- Merci du conseil.

dr Alain Demers

Votre Exécutif 2003

Présidente **Dre Sylvie Berthiaume**
Secrétaire-trésorier : **Dr Gilles Brunet**
Directeurs : **Dre Mélanie Savard-Côté**
Dr Alain Demers **Dre Micheline Desgagné**
Dre Lisanne Papin **Dr Dominique Pilon**
Dre Ann Rothman

Le Cordon est publié par l'AOPQ

505 Boul. Adoncour, Bureau 200, Longueuil, QC J4G 2M6
Courriel: **aopq@videotron.ca** réponse assurée

Page Internet **aopq.org**

Tél.: (514) 990-8890 Fax: (450)651-6674

Le Cordon est distribué à tous les membres de l'Association, ainsi qu'aux résidents en médecine familiale.

