



Le Cordon

Volume 14 n°1, mai 2005

Bulletin officiel de l'Association des Omnipraticiens en Périnatalité du Québec

Mot du président

Bonjour à tous,

C'est le premier Cordon de 2005. Votre exécutif s'est remis du congrès de périnatalité 2005 et nous sommes maintenant impliqués dans d'autres projets certains nouveaux et d'autres plus anciens.

Votre exécutif a changé lors de la dernière assemblée. Nous avons recruté un nouveau membre, il s'agit du Dr Lucie Bessette qui représente les régions tout comme Dr Micheline Desgagnés qui s'est joint à nous à l'automne. Dr Bessette viendra ajouter sa vive énergie et sa franchise dans nos discussions et nos actions. Bienvenue Lucie!

Malheureusement, je dois vous annoncer le départ d'une personne chère à l'exécutif. Michael Lyons, notre secrétaire enthousiaste, prend sa retraite (en fait sa 2...!). Michael est professeur retraité et aimerait bien profiter un peu plus de son temps. Il s'est impliqué beaucoup dans notre association et en a été le pilier pendant plus de 8 ans. Nous tenons à le remercier sincèrement de toute son implication et de son indéfectible dévouement. C'est avec regret que nous le voyons quitter l'exécutif, mais avec la joie de savoir qu'il pourra profiter de son temps de retraite. Un gros merci Michael!

Un des objectifs principaux que nous nous sommes donnés pour le prochain mandat est l'augmentation de la visibilité des omnipraticiens accoucheurs. Bien sûr c'est à nous de définir notre place et c'est ce que nous avons tenté de faire dans les dernières années. D'ailleurs, le projet du Dr Demers sur la reconnaissance des compétences des omnipraticiens accoucheurs avance bon train et nous attendons des développements sous peu. Il est aussi de notre devoir de se faire voir!! Le projet VISIBILITÉ nous permettra de se faire mieux connaître du public. Les femmes doivent savoir quelles gammes de services nous offrons, afin de pouvoir mieux choisir le médecin qui les accompagnera dans leur suivi de grossesse. Nous voulons également prendre notre place dans le débat sur l'intégration des sages-femmes et faire en sorte que l'équation ne se joue plus à deux (sages-femmes et gynécologues) mais à trois.

Si vous avez des commentaires ou des suggestions à nous transmettre sur le projet VISIBILITÉ, nous serons très heureux de les entendre ou de les lire... Vous pouvez communiquer avec nous via le site internet .

N'oubliez pas que pour qu'un site soit vivant, il doit être visité! Dr Savard-Côté s'affaire à le mettre à jour régulièrement. Il y a de nouveaux liens, de nouveaux textes, sans oublier le forum de discussion. ALLEZ VOIR!!

Dans ce Cordon, Dr Rothman vous offre, ainsi qu'à nos collègues anglophones, un résumé de certaines présentations faites au congrès de périnatalité de janvier 2005.

Dr Demers nous résume aussi la nouvelle position de la SOGC sur les AVAC, qui est en fait un retour du balancier! Il se fait également romancier ou nouvelliste en démontrant combien nous avons besoin d'être encore plus visibles auprès du public. Je suis sûr que vous avez déjà vécu la situation décrite!

Dr Berthiaume nous donne le fruit de sa recherche sur les externes. Des résultats très intéressants, certains même surprenants. Ces données viennent certainement appuyer les efforts que nous mettrons à augmenter la visibilité des omnis accoucheurs dans les prochaines années.

Enfin, nous vous rappelons que votre exécutif travaille actuellement sur un projet de congrès en périnatalité pour 2006; les détails suivront plus tard. Le travail ne manque pas!!

Bonne lecture

Dominique Pilon M.D.

Président de l'AOPQ

Table des matières

Page 2 À venir Congrès de Pédiatrie AD	AVAC : La SOGC fait volte-face AD
page 3 Enquête sur les internes : Résumé de l'enquête SB	
page 4 <i>English resumé of our perinatality Congress of January 2005</i> AR	
page 5 AOPQ.org MSC	
page 6 Un moment magique (La Presse 050501) Andrée-Anne Beaulieu	
 Salon Maternité, Paternité&Enfants; ALSO/ANLS Québec 8-10 juin 2005	
page 7 Compétences... : la suite AD	
page 8 C'est quoi au juste, un médecin de famille? AD	

Congrès de pédiatrie

Les 16 et 17 juin prochains se tiendra le congrès de pédiatrie de la FMOQ, à l'hôtel Delta de Sherbrooke. Les sujets ont été particulièrement choisis pour intéresser tout(e) omnipraticien(ne) qui voit des enfants dans le cadre de ses consultations régulières, et particulièrement les médecins impliqués en obstétrique. Nous profiterons de ce congrès pour organiser de concert avec la FMOQ une première activité pour publiciser l'image de l'omnipraticien. Il s'agira d'une conférence de presse ou nous soulignerons le travail de médecins accoucheurs ayant plus de 30 ans d'expérience et qui seront présents au congrès. Ça n'aura probablement qu'un impact local, mais c'est déjà ça! On vous y attend tous.

Pour tout renseignements, veuillez vous adresser à Mme Annie Alberro au (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499. Si vous ne retrouvez pas votre dépliant sur le congrès, vous pouvez le voir à www.fmoq.org
Alain Demers

DERNIÈRE MINUTE

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

Vous avez l'adresse ci-haut

AVAC : La SOGC fait volte-face

Dans un article publié dans la revue de la SOGC et daté de février dernier, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada revenait sur l'opinion émise en juin dernier concernant la pratique des accouchements vaginaux après une césarienne.

On se rappellera que le guide de pratique de la SOGC avait soulevé un certain tollé au Québec (peusement ailleurs aussi mais je n'en ai jamais entendu parler) concernant l'obligation pour les centres hospitaliers désirant pratiquer des avac de devoir être en mesure de pratiquer une césarienne d'urgence immédiate. Hormis Québec, Montréal et Sherbrooke, peu de centres dans la province peuvent se permettre de maintenir une équipe complète de salle d'opération, incluant l'anesthésiste et le chirurgien (qu'il soit gynécologue ou chirurgien général) à toute heure du jour et de la nuit lorsqu'une patiente ayant déjà subi une césarienne se présente en travail au département.

La SOGC est revenue sur ce sujet en février en mentionnant qu'un délai de trente (30) minutes pour l'exécution de la césarienne apparaissait maintenant convenable, comme d'ailleurs il l'était avant que le guide ne le modifie en juin 2004. Cette modification fut possible puisqu'aucune donnée de la littérature ne venait étoffer la position émise par la SOGC. Comme nous l'a d'ailleurs démontré le dr Emmanuel Bujold, gynécologue au dernier congrès de périnatalité de la FMOQ en janvier dernier, une césarienne plus rapide pourrait possiblement sauver plus de bébés, mais augmente malheureusement le taux de morbidité sévère. (paralysie cérébrale).

Donc, il est maintenant redevenu possible pour les centres périphériques de pratiquer des avac pour autant que l'on puisse pratiquer une césarienne en dedans de 30 minutes, ce qui est la norme pour toute urgence obstétricale.

Alain Demers

Déterminants du choix de carrière face à une pratique obstétricale en médecine au Québec : résumé

Sylvie Berthiaume, Marie-Josée Bédard, Alain Demers, Ann Rothman, Céline Leclerc, Marie-Dominique Beaulieu, Ronald Lebeau

Objectifs :

Une étude a été réalisée pour identifier les facteurs qui influencent les étudiants en médecine dans leur décision de pratiquer l'obstétrique dans leur future carrière comme médecin de famille ou comme gynécologue et à quel moment de leur formation pré-doctorale ce choix intervient-il.

Méthode :

Un questionnaire a été distribué à tous les étudiants en médecine des quatre universités de la province de Québec (Canada) au début (temps 1 en 2002-2003) et à la fin de leur externat (temps 2 en 2003-2004)

Résultats :

485 étudiants ont complété le questionnaire au temps 1 et de ce nombre 353 l'ont aussi complété au temps 2 pour un taux de réponse de 72.8% sur le nombre total des étudiants. 33.5% (n=162) des externes envisagent de faire des accouchements au temps 1 avec 29.4% d'indécis (n=142) et ils ne sont plus que 21.8% (n=77) à envisager cette pratique à la fin de l'externat, 14.7% d'indécis (n=52). À ce moment, 23.4% (n=18) pensent faire cette pratique comme gynécologues et 72.7% (n=56) comme omnipraticiens. Les étudiants qui considèrent la pratique obstétricale comme gratifiante ont 6.7 fois plus de chances d'envisager faire des accouchements. Ceux qui perçoivent cette pratique comme exigeante ont 6 fois moins de chance de l'envisager. Ces perceptions évoluent plutôt négativement

entre le temps 1 et le temps 2.

Au temps 2, 8% des étudiants ont changé d'idée favorablement face à une pratique obstétricale contre 20% qui ont changé d'idée négativement. Des événements déterminants pendant le stage, positifs ou négatifs, sont le meilleur prédicteur de ces changements d'orientation.

Au temps 1, 47.2% des étudiants ne se considèrent pas informés de la possibilité de concilier la pratique de la médecine familiale et de l'obstétrique. Au temps 2, 28.8% ne sont toujours pas informés de cette possibilité. 28% des étudiants n'ont eu aucun contact avec un omnipraticien au cours de leur stage d'obstétrique. Lorsqu'ils ont des contacts avec un patron omnipraticien, 67% des étudiants le trouvent propice à un climat sécurisant contre 52% avec les gynécologues.

Conclusion :

L'externat emmène une certaine défection face à une pratique obstétricale. Les perceptions jugeant la pratique obstétricale comme gratifiante ou exigeante sont les meilleurs prédicteurs de ce choix. Des expériences négatives ou positives pendant le stage semblent avoir une certaine influence. Plusieurs étudiants ne sont toujours pas informés qu'ils peuvent concilier la pratique obstétricale avec la médecine familiale et ce, même à la fin de leur externat. Une bonne proportion d'entre eux, n'ont aucun contact avec des omnipraticiens pendant leur stage.

LA PERINATALITE EN 2005 ; AOPQ-FMOO
CONFERENCE

Hotel Chantecler, Ste Adele, QC 20050128-29

Summary by Ann Rothman, MD

A) VBAC- Dr. Emmanuel Bujold, Ste. Justine Hosp.

There was a superb talk by the Ob Dr Emmanuel Bujold on VBAC's. He's running the VBAC Clinic at Ste Justine, which will fully evaluate your patient's risks and chance of success at a VBAC in a standardized way, yet taking into account the specifics of each case. Here are some of his points:

- 1)The risk of uterine rupture during a VBAC is 0.5%, or 1 case in 200.
- 2)The additional risk of neonatal death with a VBAC, over and above the risk of same with a vaginal delivery, is 1 death per 7000 cases, or 1/7000.
- 3)The additional risk of neonatal neurological deficit, over and above the risk of same with a vag delivery, is 1/1000.
- 4)Maternal mortality, at 1/18,000, is higher for elective CSx than for VBAC's at 1/62,000.
- 5)Maternal morbidity is much lower for a successful VBAC than for an elective CSx.
- 6)Our efforts should be maximized to have our VBAC's be SUCCESSFUL, ie screen patients carefully. Here are the factors to consider:
 - a)Newborn weight less than 4000g-75% success vs 60% if >4000g. He will deliver a VBAC over 4 kg, but only if there has been a previous vag delivery.
 - b)Spontaneous labour (no induction) 80% success vs 65% if induced. But 77% success if cervix is favorable. He says never induce VBAC unless cervix is favorable (good Bishop score), but he says you CAN induce them.(JGH doesn't)
 - c)Previous vaginal delivery-85% success vs 70% if has never before delivered vaginally
 - d)Nonrecurrent cause for previous C section (ie not for dystocia or CPD)-80% success vs 65% if Csection in past was done for dystocia or CPD
 - e)no need to ripen cervix-80% success vs 55% if poor Bishop score. Never use Prostaglandins, only Foley catheter to ripen cervix.
 - f)maternal age less than 35 yr- 78% success vs 70% if over 35 yr
 - g)Two layer closure of uterine wall (to keep it simple for us all. Actually, the study at Ste Justine showed that single layer closure is acceptable, as long as it's NON locked running suture, or a single layer of interrupted sutures, neither of which style anyone ever used in past years-so when the OR report says single layer closure, they mean LOCKED running suture, which style increases the risk of uterine rupture. More than you wanted to know, eh?)
 - h)Interval between births of less than 24 months-markedly decreases risk of rupture from 2.7% to 0.9%
 - i)uterine scar thickness overall of at least 3.5mm.

He measures this by ultrasound at his VBAC Clinic at 35-38 wks GA

P.S. These same factors select for patients with lower risk for uterine rupture.

PPS the newest SOGC Guidelines of Feb 2005, go back to the original more reasonable time limit for available CS of within 30 min

B) Prenatal Genetic Screening- Dr. Johanne Dube, CHUM

As the data for false positives and sensitivity for each available test or combo of tests show below, the best test is the " Test Integre", ie maternal age + nuchal translucency + first trimester screen + second trimester screen. The first place to offer this has been Clinique OVO, but others will follow.

- a) maternal age-sensitivity 30-40%, false + 10%
- b) second trimester ultrasound-sensitivity 75%, false + 10-15%
- c) nuchal translucency-sensitivity 70-77%, false + 5-7%
- d) first trimester screen (BHCG, PAPP-A)-sensitivity 65%, false + 5%
- e) second trimester screen (BHCG, AFP, estradiol,)-sensitivity 60-70%, false + 5% -with inhibin added-sensitivity 75%
- f) nuchal translucency plus first trimester screen-sensitivity 90%, false + 5-7%
- g) maternal age plus first trimester screen plus second trimester screen-sensitivity 85%, false + 5%
- h) maternal age plus nuchal translucency plus first trimester screen plus second trimester screen-sensitivity 90-95%, false + 2.5-3%
- i)

C) Depression in Pregnancy-Dr. Sylvie Cusson, St. Jean- Sur- Richelieu

References:

- Med Actuel, FMC 2002: 1 : 40-45
Med Actuel, FMC 2004: 15sept : 3-4
Medecin du Quebec Mai 2003
IMAGE Database Ste Justine
Third Trimester

If your patient is on SSRI's, you have to progressively decrease the dose, starting 2-3 weeks before the due date, to be weaned by the due date. This is to prevent the withdrawal syndrome in the neonate associated with maternal use of SSRI's. If the patient's depression is severe, then you can start the weaning at 5-10 days before the due date, and restart immediately after delivery at the antepartum dose.

Postpartum

If there is a history of postpartum depression, start the antidepressant 24h after delivery. This decreases the incidence of PP depression from 62% to 6.7%.

If there is a history of bipolar depression, the rate of recurrence postpartum is 30-50%. So start lithium or other treatment during the 3rd trimester and/or within 24h postpartum.

If patient has taken an antidepressant during pregnancy, decrease the dose postpartum by 30% for 7-10 days, then increase to the original antepartum dose.

Breastfeeding

Lithium is contraindicated. All drugs enter breastmilk at less than 10% of the maternal dose.

Diagnosis

A good tool to use is the Edinburgh Postpartum Depression Scale. This should be done antepartum with the patient. The physician should also speak with the patient's partner, with the patient's permission. A plan for postpartum care and therapy should be made antepartum.

D) Preterm Labour-Dr Francois Beaudoin, Hopital Ste Justine

Primary Prevention

- *optimize nutrition
- *remove patient from dangerous work situation
- *stop smoking
- *avoid multiple gestation

All of the above have shown no demonstrable effect on the overall incidence of preterm labour, in studies to date.

Secondary Prevention

For select population at risk:

- *previous preterm labour
- *multiple pregnancy
- *uterine malformation
- *second trimester bleeding
- *short cervix or funneling sign on ultrasound
- *positive fibronectin test
- *Gardnerella

Using antibiotics, tocolysis, and/or progesterone has, in studies to date, not decreased the rate of preterm labour significantly, even in these patients at risk for it.

Tertiary Prevention

The third option is to treat patients who are having contractions and cervical changes. This has been found to have no effect on the incidence of preterm birth, but has been shown to decrease infant morbidity and mortality.

The treatments used include: tocolytics, antibiotics, corticosteroids, and cerclage. Two studies have shown that there is no significant difference in the outcomes of patients given bedrest alone vs. bedrest and hydration.

Corticosteroids

These have, as we all know, been proven by studies to significantly decrease the risk of neonatal morbidity and mortality, RDS, intraventricular hemorrhage, and necrotizing enterocolitis. The

effect is best after 24h treatment, and the effect lasts up to 7 days.

Magnesium Sulfate

This has been shown to have no effect whatsoever in neonatal morbidity, or on the rate of preterm delivery. The MAGNET study (Lancet 1997, OBS Gyn 2001, Am J Obs Gyn 2002) showed a dose related increase in risk of fetal and neonatal mortality, when mothers were treated with MgSO4.

Indomethacin

This showed an increase in neonatal morbidity, after 24h use. There was an increase in intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, pulmonary hypertension, oligohydramnios, and nephrotoxicity.

Nitrous Oxide

This entails a risk of severe hypotension, if used at doses to control preterm labour.

Nifedipine

Nifedipine has been shown to be more effective than ritodrine, which was the only tocolytic proven to be effective as per the 1996 SOGC Guidelines for Tocolysis. Ritodrine has since been taken off the market due to serious side effects. Nifedipine has far fewer and far less severe side effects. It improves neonatal outcome, with less risk of RDS, fewer NICU admissions, less risk of necrotizing enterocolitis, less risk of intraventricular hemorrhage, and less risk of jaundice.

It has no effect on fetal heart rate, or uteroplacental blood flow. The gestational age at birth was, overall, increased.

Cochrane states that nifedipine results in a reduced number of women giving birth within a week of starting treatment, and with fewer maternal adverse drug reactions.

...

aopq.org

Avez-vous visité notre site Internet? Plusieurs mises à jour y ont été apportées.

Nouveautés à surveiller, lien pour vous inscrire au forum de discussion du Dr Michael Klein tel que discuté à la dernière assemblée générale. Aider- nous à alimenter le site d'information précieuse : un congrès, un article un lien Internet que vous désirez partager avec vos collègues ou autres.

Mélanie Savard-Côté

Un moment magique Article qui a paru dans La Presse du dimanche 1er mai 2005

Une Montréalaise témoigne de son accouchement en milieu hospitalier

Andrée-Anne Bourgeois L'auteur est Montréalaise.

La récente décision qui permet aux Québécoises d'accoucher à domicile sous la supervision professionnelle d'une sage-femme m'a fait réfléchir sur la mauvaise réputation qu'ont les accouchements en milieu hospitalier. En effet; on reproche souvent l'inhospitalité, le manque de chaleur, l'éclairage froid des néons et la surmédicalisation d'un accouchement à l'hôpital alors qu'il s'agit d'un acte naturel plutôt que médical.

J'aimerais cependant raconter ma propre expérience d'accouchement en milieu hospitalier laquelle s'est avérée des plus merveilleuses.

J'ai accouché le 11 mars dernier à la Cité de la santé à Laval. A notre arrivée, mon conjoint et moi sommes installés dans une chambre de naissance qui ressemble davantage à une chambre d'hôtel qu'à une salle de chirurgie: éclairage tamisé (les néons sont restés éteints durant toute la durée de l'accouchement), fauteuil, chaîne stéréo, armoires pour ranger nos effets personnels. Nous avons passé les quelques heures qui ont suivi la plupart du temps seuls, avec une infirmière qui venait de temps en temps vérifier la progression du travail. J'ai utilisé le bain à remous qui se trouvait dans une petite salle où on se serait cru dans un spa plutôt qu'à l'hôpital ! Et encore une fois, j'y étais seule avec mon conjoint. Au moment où j'ai demandé l'épidurale, c'est vrai, l'environnement est devenu plus médical : deux infirmières, mon médecin, un anesthésiste, des solutés, des seringues. Mais je voulais être soulagée et ne désirais pas autre chose ! Par la suite, nous sommes restés près d'une heure et demie au repos avant la poussée finale, mon conjoint lisant tranquillement dans une chaise près de moi, et moi, couchée dans mon lit, somnolente. De la musique de notre choix nous accompagnait. Enfin, notre petite Estelle est venue au monde en pleine nuit de neige, dans l'intimité d'une chambre chaude à l'éclairage doux, au son de la musique du Grand Bleu, avec comme seuls témoins, son papa, un médecin et une infirmière, qui ont été aussi chaleureux que discrets et efficaces. Un moment magique ! Merci au Dr François Lacombe et aux infirmières du module de naissance de la Cité de la Santé. Durant notre séjour à l'hôpital, finalement, Estelle est demeurée avec moi tout le temps et j'ai eu toute la liberté d'en prendre soin, de l'allaiter et de la cajoler à ma guise.

Bref, je ne peux que me réjouir que les femmes aient le choix en matière de suivi de grossesse et d'accouchement. Et tant mieux si celles qui se sentent plus à l'aise d'accoucher à domicile puissent désormais le faire librement, mais je tenais à partager une expérience positive d'accouchement en milieu hospitalier.

Salon Maternité Paternité Enfants

L'AOPQ désire augmenter la visibilité et valoriser le travail en périnatalité des omnipraticiens. Un des moyens d'y parvenir sera de participer comme exposant au salon Maternité Paternité Enfants qui se tient annuellement à la Place Bonaventure de Montréal au printemps 2006. La FMOQ nous appuie dans ce projet.

Si vous désirez vous impliquer ou si vous avez des idées, communiquez avec moi.

Mélanie Savard-Côté

melaniescote@hotmail.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

COMPETENCES

Le dossier des compétences pour les médecins de famille semble vouloir enfin progresser. Vous vous souviendrez peut-être du fameux document que nous avons adopté en assemblée générale au Manoir du Lac Delage, lors du premier congrès de l'AOPQ, en janvier 2004. Les conjoints avaient patiemment attendu notre sortie de l'assemblée pour le souper tant la discussion avait été vive.

Ce document a été soumis depuis quelque temps déjà à l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec (AOGQ) de même qu'au Collège des médecins du Québec. Dernièrement, comme me le disait si bien le dr. Pierre Blanchard, directeur des études médicales au Collège, les planètes semblent favorables et bien alignées pour l'adoption de notre document. D'ailleurs, le docteur Blanchard s'est montré favorable à notre document et ne voyait pas de problèmes avec la notion de consultations recommandées plutôt qu'obligatoires. On souhaitait cependant que l'AOPQ et l'AOGQ puissent en venir à une entente avant d'entériner notre document et de l'envoyer aux différents départements de la Province et aux responsables des programmes de formation universitaire en médecine de famille.

Le docteur Claude Fortin, président sortant de l'AOGQ a, à mon sens, bien piloté le dossier pour nous au sein de l'Association des gynécologues. Deux conférences téléphoniques auraient eu lieu. Une première avec les chefs de département des milieux universitaires

Votre Exécutif 2005

Président **Dr Dominique Pilon**

Secrétaire-trésorier : **Dr Gilles Brunet**

Directeurs : **Dre Sylvie Berthiaume**

Dr Lucie Bessette Dr Alain Demers

Dre Micheline Desgagné Dre Lisanne Papin

Dr Ann Rothman Dr Mélanie Savard-Côté

et une seconde avec ceux des régions. Chaque chef de département avait préalablement reçu notre document et pouvait commenter. Suite à ces discussions, le docteur Fortin nous a convoqué, Sylvie Berthiaume et moi-même, pour une rencontre qui aura lieu ce jeudi 12 mai à Montréal. Elle aura probablement eu lieu au moment où vous lirez ces lignes. Dans la lettre d'invitation, le docteur Fortin se montre ouvert aux consultations recommandées, mais aimerait voir apparaître la notion de « fortement recommandées ». De plus, il souhaite certaines modifications dans le document dont il nous fera part lors de la rencontre du 12 mai.

Personnellement, je me montre optimiste pour l'adoption de ce document par l'ensemble des parties concernées. Bien sûr nous devons accorder quelques concessions. C'est le jeu de la négociation. De plus, nous avons eu vent que les conférences téléphoniques ont fait déraiper certains gynécologues, notamment à Valleyfield, mais dans l'ensemble, le dossier commence enfin à progresser à mon goût. Je vous tiens au courant des futurs développements et merci aux gens de Valleyfield de nous avoir fait connaître ce qui se passe chez eux.

Alain Demers

.....
Visitez notre nouveau site

internet rajeuni

http://

www.aopq.org

Bon été

.....
Le Cordon est publié par l'AOPQ

505 Boul. Adoncour, Bureau 200, Longueuil, QC J4G 2M6

Courriel: **aopq@videotron.ca** réponse assurée

Page Internet **www.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.

Secrétaire : Michael Lyons -31-

C'est quoi au juste, un médecin de famille?

- « *Stéphanie Rochette, s'il vous plaît.* » Annonçais-je dans ma salle d'attente. Un charmant jeune couple se leva illico, probablement heureux que leur attente soit enfin terminée. Je réalisai alors que je les voyais pour la toute première fois.

- « *Bonjour Stéphanie... Et toi ? ... Hum, ton nom c'est comment ?* »

- « *François Rodrigue.* »

- « *Elle t'a dit que tu étais le père, je suppose.* »

- « *Ben... Oui !* »

- « *Et tu l'as cru ?* »

Après un petit rire sympathique, j'ai alors senti la tension diminuée chez le nouveau futur papa, peu habitués qu'ils sont à fréquenter les cabinets médicaux. D'ailleurs, j'ai souvent l'impression qu'ils se demandent eux-mêmes ce qu'ils foutent là, probablement conciliants envers madame qui a dû tenir un discours convaincant à la maison.

Poignées de mains chaleureuses, voire vigoureuse de la part de monsieur qui doit sûrement travailler à autre chose qu'à pousser des crayons à longueur de journée. On se retrouve tous assis, face à face, pour débiter une des plus belles aventures de la médecine que seule la pratique obstétricale peut offrir.

- « *Donc, c'est pour une première visite de grossesse ?* » dis-je sur un ton interrogateur, sachant pourtant très bien que tel était le but de cette visite puisque bien inscrit sur mon horaire de rendez-vous.

- « *Oui, mais je ne crois pas être à la bonne place.* » me dit Stéphanie tout de go. Son conjoint lui jette alors un regard incrédule, sûrement moins expressif encore que le mien.

- « *Ah bon ! Et pourquoi ça ?* » rétorquai-je aussitôt.

- « *Ça doit déjà faire une bonne demi-heure que nous sommes arrivés à la Clinique et nous n'avons vu que des enfants sortir de ton bureau. Je ne crois pas avoir besoin d'un pédiatre pour mon accouchement, mais plutôt d'un gynécologue. Il me fera cependant plaisir de revenir après la naissance pour le suivi du petit, mais là, j'ai sincèrement l'impression de m'être trompée de place.* »

- « *Ah ! mais c'est que je suis médecin de famille qui de surcroît pratique l'obstétrique.* »

- « *Tu veux dire que tu vas me suivre jusqu'à la fin de ma grossesse pour ensuite me transférer à un gynécologue ?* »

- « *Non, pas vraiment. Je peux suivre ta grossesse et également pratiquer l'accouchement.* »

- « *Et c'est aussi bon qu'un gynécologue, ça, un médecin de famille ?* »

- « *Voyons, Stéphanie !* » intervient François. « *Excusez-la docteur, elle a un peu changé depuis le début de la grossesse. Vous savez, les hormones... On serait probablement mieux de partir et on vous rappellera, d'accord ?* »

Quand même difficile de répondre à cette question en toute objectivité et sans froisser personne. Mais acculé que j'étais, je n'avais pas d'autre choix que de défendre mon groupe du mieux que je le pouvais avant que son costaud de conjoint ne la fasse sortir. Je débutai par ce que je croyais nécessaire de situer d'entrée de jeu.

- « *Au Québec, trois groupes de professionnels peuvent pratiquer des accouchements. On parle des sages-femmes, des médecins de famille et des gynécologues.* »

- « *Tu viens de me les énumérer par ordre hiérarchique ou par ordre des connaissances acquises ?* » m'interrompt Stéphanie.

Ouf ! Vraiment pas reposante la petite dame !

- « *Non, non, ça n'a absolument rien à voir l'ordre dans lequel je les ai placés. Chaque groupe offre un service qui lui est propre, avec des compétences tout aussi bonnes mais avec un champ d'application qui varie d'un groupe à l'autre.* »

Je continuai mon exposé en vantant les mérites de la pratique familiale, sa globalité de soins non limitée dans le temps ni par le groupe d'âge, sa versatilité et son horizontalité de connaissances plutôt que sa verticalité. Le tout sans jamais dénigrer les autres intervenants. Je dus être assez convaincant, puisque l'entrevue a pu se poursuivre jusqu'à la toute fin. Après l'examen, on se rassait pour conclure.

- « *Je te remercie Alain, j'ai bien apprécié cette première rencontre. J'ai appris beaucoup de choses sur la grossesse et les médecins de famille.* »

- « *On a donc des chances de se revoir ?* » me risquai-je.

- « *Mais absolument ! Dans un mois, n'est-ce pas ?* »

- « *Tout à fait !* » clamai-je, ne cachant aucunement ma fierté.

- « *Juste une dernière question avant de quitter. Comment ça se fait qu'on entend jamais parler de vous autres dans les conversations ou même dans les journaux lorsqu'ils discutent accouchements ? On dirait qu'il n'y en a que pour les gynécos ou les sages-femmes. Vous n'avez jamais pensé faire parler un peu plus de vous ? Au salon de la maternité par exemple, on ne vous voit pas. Ça ne te tenterait pas d'aller y faire un tour au moins une fois ?* »

- « *Que veux-tu, nous sommes si peu et le temps nous manque. Mais on y pense Stéphanie, on y pense sérieusement à part ça.* »

dr Alain Demers