

## Mot de la présidente

## TENDANCES?

Bon printemps à tous nos membres, futurs membres et personnes intéressées par la périnatalité en médecine familiale au Québec. Je vous présente une autre édition *Le Cordon*, ce merveilleux journal de notre association et première publication depuis ma nomination à la présidence à la fin novembre 2009.

Quelles sont les priorités actuelles dans ce système de santé? On ne valorise pas assez la médecine familiale. On ne comble pas les postes en résidence, et ce, de façon répétitive d'une année à l'autre. Nous sommes actuellement assez chanceux du nouvel engouement pour l'obstétrique. Les étudiants en médecine augmentent légèrement nos troupes malgré les départs, le cas étant différent pour le reste de la faculté en médecine familiale. Cependant, comme vous le savez bien, plusieurs régions demeurent très dépourvues à l'idée d'une menace omniprésente de fermetures possibles

des départements par manque d'effectifs. Il est donc urgent de prioriser de nouveaux types de pratiques multidisciplinaires pouvant permettre une plus grande accessibilité et efficacité tout en restant très humains dans notre approche des femmes enceintes. L'AOPQ est impliquée activement dans tous les aspects de ce dossier complexe de différentes façons :

en agissant auprès de la FMOQ pour améliorer les conditions de pratique et promouvoir la médecine familiale (attention aux négociations musclées qui auront lieu dans les prochains mois!);

en améliorant le curriculum au niveau du Collège des Médecins de Famille du Canada et en exposant hâtivement les étudiants à l'obstétrique en médecine familiale;

en uniformisant les conseils et les renseignements donnés aux parturientes par les différents intervenants en périnatalité via le Tronc commun d'informations prénatales;

en s'impliquant dans le comité provincial d'accessibilité en médecine familiale, malheureusement pas très actif actuellement;

en vous soumettant des exemples de projets pilotes et des recommandations face à l'embauche d'infirmières;

en s'impliquant au cours des prochaines semaines, dans un comité de partenariat avec les sages-femmes afin de développer des stratégies innovatrices de collaboration entre les deux groupes;

et finalement, en participant à l'élaboration de plusieurs congrès touchant la périnatalité dont un « Enfanter le monde », décrit par Dre Maxine Dumas-Pilon, qui se veut un effort

d'ouverture à la discussion entre les différents intervenants pratiquant l'obstétrique. Cependant, comme il n'y a aucun porteur officiel provincial du dossier de la politique québécoise de périnatalité acceptée officiellement par le gouvernement en 2008, les choses évoluent très lentement. Il faudra trouver une solution à ce problème.

Je vous invite à lire nos articles sur le programme PRIMA touchant l'abus de substances chez la femme enceinte, sur la prochaine implantation du dépistage universel gratuit de la trisomie 21 et deux résumés d'articles de recherches récemment publiés, très intéressants et pertinents pour notre pratique.

Notre site internet a été revampé cette année pour être beaucoup plus convivial et facile d'accès. Pour les membres de l'AOPQ, il est important que vous alliez vous-même télécharger mensuellement le journal de la SOGC auquel vous avez droit. Cette décision a été prise par la SOGC qui ne désire plus publier de version papier afin de protéger l'environnement. Voici les liens pour effectuer le téléchargement :

*Français*

[http://sogc.org/members/jogcLauncher\\_f.aspx](http://sogc.org/members/jogcLauncher_f.aspx)

*Anglais*

[http://sogc.org/members/jogcLauncher\\_e.aspx](http://sogc.org/members/jogcLauncher_e.aspx)

La suite en page 3...

## Sommaire

ON VOUS PRÉSENTE...

La nouvelle présidente **3**

CSSS SAINT-JÉRÔME

Projet pilote **6**

INFIRMIÈRES « GMF »

10 choses à savoir **9**

DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

On y est presque! **12**

Inscrivez-vous  
en ligne dès  
maintenant  
[www.sogc.org](http://www.sogc.org)

# 66<sup>e</sup> assemblée clinique annuelle

## Du 2 au 6 juin — Montréal, Le Centre Sheraton

en conjonction avec l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ)

Consultez notre site Web à [www.sogc.org](http://www.sogc.org) pour obtenir plus de renseignements sur ce qui suit :

- Programme scientifique
- Activités sociales
- Inscription
- Réservations d'hôtel
- Rabais en ce qui concerne les déplacements

**Faites vite, inscrivez-vous!**



LA SOCIÉTÉ DES  
OBSTÉTRICIENS ET  
GYNÉCOLOGUES  
DU CANADA



ASSOCIATION  
DES OBSTÉTRICIENS  
ET GYNÉCOLOGUES  
DU QUÉBEC



Société des obstétriciens et gynécologues du Canada 780, promenade Echo, Ottawa, ON K1S 5R7 Tél. : 1 800 561-2416 ou (613) 730-4192 Téléc. : (613) 730-4314 [events@sogc.com](mailto:events@sogc.com) [www.sogc.org](http://www.sogc.org)

UN PROGRAMME AGRÉÉ DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE (FMC)

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

## 5<sup>e</sup> FMC DU QUÉBEC EN OBSTÉTRIQUE

Les 21 et 22 octobre 2010

Hôtel Omni Mont-Royal, Montréal (Québec)



CE PROGRAMME DE FMC EST OFFERT EN FRANÇAIS.



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS 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](mailto:events@sogc.com) [www.sogc.org](http://www.sogc.org)



## Mot de la présidente

suite

J'aimerais remercier de tout cœur cette merveilleuse équipe dont j'ai l'honneur et le bonheur de faire partie. Chacun y met de son précieux temps afin d'améliorer les conditions de pratique de la périnatalité pour les omnipraticiens-accoucheurs québécois.

L'appui inconditionnel des membres de l'exécutif rend mon travail des plus agréable et simplifié de beaucoup ma tâche. Évidemment, si l'un d'entre vous lit *Le Cordon* en ce moment et se sent l'âme généreuse ou si vous désirez vous impliquer temporairement dans un dossier spécifique, vous êtes toujours les bienvenus. Aucune qualification particulière n'est exigée; nous avons tous commencé à nous impliquer avec absolument aucune expérience et avons développé une expertise

simplement à côtoyer d'autres personnes plus qualifiées! Nous ne voulons que de la bonne volonté et un désir d'amener des changements et de partager des idées. Les rencontres sont toujours très amicales et chacun y met le temps et l'énergie qu'il peut.

De nouvelles idées, un peu de sang neuf, nous permettraient de nous améliorer et d'être plus représentatif de vos besoins. Il serait souhaitable que tous vos confrères et consœurs travaillant dans le même domaine soient membres de l'AOPQ afin d'augmenter notre visibilité, notre représentativité et notre impact dans tous les dossiers. C'est la petite contribution que je demande de chacun afin de potentialiser le travail de tous les membres de l'exécutif.

Cet automne, venez assister à l'assemblée annuelle qui a toujours lieu durant le congrès de la SOGC à Montréal afin de donner vos opinions et de nous transmettre directement vos besoins.

Je vous souhaite à tous une agréable lecture. Au plaisir de vous rencontrer!



**Andrée Gagnon, M.D., CCMF**

## LA NOUVELLE PRÉSIDENTE



Andrée Gagnon, M.D., CCMF, est la nouvelle présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec.

Elle œuvre également à de nombreux niveaux de son domaine d'expertise. Entre autres, elle est :

chef du service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;

représentante du Québec sur le *Programme des soins maternels et néonataux du Collège des médecins de Famille du Canada* (CMFC);

représentante du CMFC sur le *Comité du Fœtus et Nouveau-né de la Société Canadienne de pédiatrie* (SCP);

représentante du Québec et de l'AOPQ sur le *Comité Consultatif en Médecine Familiale de la Société d'Obstétrique-Gynécologie du Canada* (SOGC).

Nous lui souhaitons un mandat stimulant, productif et gratifiant. Bienvenue, madame la Présidente!

# ENFANTER LE MONDE

## **ENFANTER LE MONDE, un congrès national unique et incontournable pour tous ceux qui œuvrent en périnatalité**

Depuis plus de deux ans, j'ai le privilège de siéger sur le comité scientifique du congrès *Enfanter le monde*, organisé par l'Association pour la santé publique du Québec en partenariat avec l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec, la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec. Je dis privilège, car j'ai l'impression de participer concrètement à l'écriture d'une page importante de l'histoire de la périnatalité au Québec. Pour la première fois, nous aurons l'occasion de participer à un congrès interdisciplinaire unique réunissant non seulement les trois groupes d'accoucheurs, mais également l'ensemble des professionnels du réseau afin de bien rendre compte du continuum de la période périnatale, une période fondamentale de la physiologie humaine et de notre société.

En 1980, l'ASPQ organisait, en collaboration avec le ministère des Affaires sociales du Québec, un ensemble de colloques régionaux intitulés « Accoucher... ou se faire accoucher ». Ces colloques ont marqué l'histoire de la périnatalité au Québec. Trente ans plus tard, dans un contexte qui, à plusieurs égards, a énormément évolué, l'ASPQ propose de mettre en perspective nos aspirations collectives face aux premiers temps de la vie.

Le congrès *Enfanter le monde* se veut par conséquent un réel lieu de réflexion, de partage et de dialogue entre les professions.

Il se veut non partisan, mais gravitera autour du concept de la confiance, celle que nous avons dans la capacité naturelle de porter nos enfants, de les mettre au monde et de les nourrir physiquement et psychiquement.

Le comité scientifique élabore actuellement le contenu du congrès. Tous ont à cœur d'y voir des sujets explorés à la lumière des plus récentes évidences, mais aussi d'explorer les zones grises, les différences de perception, les cultures médicales et sociales qui influencent nos pratiques. Trois grands thèmes ont été sélectionnés.

Le premier est l'Accouchement physiologique. En 2008, le gouvernement du Québec publiait sa Politique de périnatalité du Québec et énonçait : « Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. »

Les diverses activités du congrès visent à explorer notamment cette question; que savons-nous de l'accouchement physiologique, de ce qui le favorise, de ce qui lui nuit, de ses avantages ou de ses inconvénients? S'agit-il d'une mode ou d'un réel enjeu de santé publique? Bien entendu, plusieurs autres sujets touchant l'interdisciplinarité, les pratiques obstétricales optimales, l'organisation des soins

et les controverses en obstétriques seront au rendez-vous pour en faire une véritable opportunité de formation médicale continue.

Le deuxième thème abordé est l'Allaitement. Bien sûr, ses bienfaits n'ont plus à être démontrés. Or, le sujet de l'allaitement demeure sensible et attise les passions. Dans le contexte des pays industrialisés, le lait maternel se démarque-t-il des laits industriels? En faisons-nous trop ou pas assez pour protéger et favoriser le processus normal de l'allaitement? Sommes-nous dans une ère de dogmes, ou tentons-nous, avec raison, de renverser une culture profondément influencée par l'industrie des préparations lactées pour nourrisson? Et la culpabilisation des mères, est-ce un mythe ou une réalité?

Au comité, nous avons appelé l'ensemble de ses questions: l'allaitement dans la nuance. L'occasion de faire le point. L'occasion aussi de raffiner nos connaissances et notre expertise, concrètement, pour nos pratiques cliniques.

Finalement, le thème de *Devenir parents* a été retenu pour décrire tout ce qui entoure les deux premières années de vie des enfants et par conséquent de leurs parents. Le passage à la parentalité constitue, tant pour le père que pour la mère, une période de transformations profondes et de constantes adaptations.

Les défis sont nombreux, pour les familles et les médecins. Que connaît-on de l'impact du stress maternel et familial sur le nouveau-né? Comment outiller les parents pour faire face à cette nouvelle réalité? L'abondance d'information contribue-t-elle à la confiance de ceux-ci, ou au contraire, vient-elle les insécuriser? Différentes questions, parfois cliniques, parfois philosophiques seront explorées.

## Les 24 et 25 novembre 2010 au Centre des congrès de Québec

Le congrès présentera une multitude de symposiums, d'ateliers et de conférences plénières visant un réel brassage d'idées à la lumière des évidences les plus récentes. Plusieurs conférenciers ont déjà confirmé leur présence, tels que :

**Dr Michael Klein** de la Colombie-Britannique, médecin de famille, pédiatre, néonatalogiste et chercheur en périnatalité

**Dr Guy-Paul Gagné**, obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO<sup>OB</sup> au Québec;

**Dre Miriam Labbok** des États-Unis, pédiatre, IBCLC, professeure en santé publique à l'Université de la Caroline du Nord et directrice du Carolina Global Breastfeeding Institute;

**Dre Françoise Molénat** de France, pédo-psychiatre à l'Unité de santé mentale périnatale du Centre hospitalier universitaire de Montpellier;

**Bridget Lynch**, sage-femme de l'Ontario, présidente de la Confédération internationale des sages-femmes.

Je vous invite chaleureusement à visiter le site internet d'*Enfanter le monde* pour en apprendre plus, mais surtout, je vous invite à vous inscrire en grand nombre à cette rencontre incontournable, qui, je l'espère, marquera encore une fois l'histoire de la périnatalité au Québec.

<http://www.enfanterlemonde.com/intro.aspx>

**Maxine Dumas-Pilon, M.D.**





# PROJET PILOTE

Je désire vous présenter un projet pilote intéressant qui a été initié à Saint-Jérôme en février 2009 à la suite d'un manque majeur d'effectif médical, surtout du côté des médecins de famille accoucheurs qui, à cause de circonstances hors de leur contrôle (retraites, maladies, etc.), ont vu leur nombre chuter rapidement, sans relève disponible dans un délai raisonnable. Voici comment le projet a été présenté au DSP, au DG de l'hôpital ainsi qu'au DRMG.

## CONTEXTE DES GROSSESSES DANS LA RÉGION DE SAINT-JÉRÔME

Le territoire du CSSS de Saint-Jérôme est affecté par une pénurie importante de médecins avec un des pires ratios de médecins omnipraticiens pour la population à couvrir de tout le Québec. Cet état entraîne un problème majeur d'accessibilité aux soins de santé. Ce dernier est tout particulièrement criant pour la clientèle obstétricale qui ne cesse de croître très rapidement dans la région depuis les trois dernières années. De plus, les statistiques régionales annoncent encore, pour la région des Laurentides, une augmentation des naissances de 10 % jusqu'en 2016.

Les ressources médicales insuffisantes en médecine familiale, en pédiatrie ainsi qu'en obstétrique-gynécologie se traduisent par une liste grandissante de parturientes sans suivi de grossesse, entraînant un bris de service majeur au sein de la clientèle mère-enfant. La construction d'une maison des naissances à Blainville avec l'apport de sages-femmes devait aider à consolider les soins obstétricaux mais les besoins grandissants de la région n'ont pu être compensés de cette façon.

Ainsi, un nombre croissant de femmes enceintes se retrouvent encore sans médecin ni sage-femme pour assurer leur suivi de grossesse. Certaines d'entre elles, rendues au

milieu de leur deuxième trimestre de gestation, se voient supplier les cliniques afin de trouver un médecin acceptant de les prendre en charge.

Quelques médecins accoucheurs, malgré leur débordement et leur surcharge de travail, acceptent de les suivre au risque de finir par s'épuiser complètement. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé à un des plus importants médecins de famille accoucheur de la région en 2008. Il est donc urgent d'envisager un nouveau modèle de soutien à la clientèle mère-enfant afin d'alléger le fardeau imposé sur la première ligne et améliorer l'accessibilité, le suivi, ainsi que la qualité des soins périnataux.

## ORIGINE DU PROJET PILOTE EN PÉRINATALITÉ

Lors du Forum de médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada à Winnipeg en octobre 2007, une signature importante entre le Collège et l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada est venue sceller une entente pour une collaboration beaucoup plus étroite entre les deux groupes afin de développer des nouveaux modèles de soins avec des stratégies d'implantation pour permettre d'améliorer l'accès des patients à des soins de santé de qualité sous forme de pratiques multidisciplinaires. Au Québec, pour l'instant, ces modèles se retrouvent tout particulièrement dans les groupes de médecins de famille (GMF) et cliniques-réseaux.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dans sa politique de périnatalité publiée en 2008 et couvrant la période de 2008 à 2018, mentionne dans ses stratégies, la création de GMS *Santé de la femme* : « Les GMS regrouperaient des médecins spécialistes d'une même discipline, telles la pédiatrie ou l'obstétrique-gynécologie. Les GMS *Santé de la femme* pourraient bénéficier du soutien de personnel infirmier qui prendrait en charge l'évaluation et l'enseignement

prénatals et qui ferait le lien avec les intervenantes et les intervenants de première ligne. Ils assureraient le soutien à la prise en charge des grossesses normales par la première ligne » (Politique de périnatalité 2008-2018, page 20).

Cette démonstration d'une volonté gouvernementale à améliorer l'accès au système de santé ainsi que le suivi des femmes enceintes par une collaboration importante entre les médecins, les infirmiers et les infirmières dans le partage des soins de grossesse, semble la seule voie actuelle pour alléger la pratique de l'obstétrique et réussir à attirer de nouvelles ressources dans la région. En effet, étant donné la lourdeur de la pratique dans le CSSS Saint-Jérôme, les résidents finissants appliquant au niveau des PREM dans ce domaine tournent rapidement le dos lorsqu'ils réalisent l'ampleur de la charge de travail qui leur sera imposée.

De plus, dans cette même politique de périnatalité, le ministère encourage fortement la première ligne (médecins omnipraticiens et sages-femmes) à être l'unique source d'entrée dans le système afin que les médecins spécialistes se consacrent éventuellement exclusivement à la deuxième ligne. « Pendant la période prénatale et perinatale, les services devraient être offerts par les professionnels des services de première ligne – les médecins omnipraticiens ou les sages-femmes – pour les grossesses et les accouchements qui se déroulent normalement, soit la très grande majorité. Les obstétriciens pourraient ainsi concentrer leur pratique dans les services spécialisés et fournir leur soutien aux ressources de première ligne. » (Politique de périnatalité 2008-2018, page 18)

## PROPOSITIONS POUR LE PROJET PILOTE

En attendant l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, une infirmière ayant une grande expérience clinique en obstétrique (salle d'accouchement)

# SUIVIS DE GROSSESSES AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

et désirant concentrer sa pratique dans le suivi des grossesses, pourrait immédiatement faire partie intégrante de l'équipe. Elle serait engagée par l'hôpital, acceptée, entraînée et supervisée de près ou de loin par le chef de service des médecins accoucheurs ou son remplaçant. Afin de ne pas enlever une infirmière habilitée en salle d'accouchement alors qu'il y a actuellement une pénurie importante de ces dernières, il serait possible d'utiliser une infirmière ayant pris sa retraite dernièrement ou ayant quitté la pratique en milieu hospitalier.

## **Durée du projet**

Un an (excluant la période d'entraînement).

## **Clientèle visée**

Femmes enceintes d'un seul fœtus dont la grossesse évolue sans complications et dont le suivi conjoint sera assuré par un médecin de famille.

## **RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE**

**Faire le recueil des données** (page 1 du formulaire gouvernemental du suivi obstétrical), les recommandations de santé (milieu de la page 2 du même formulaire), l'examen physique complet ainsi que le Pap test et les prélèvements pour les ITS, prescrire et expliquer les différents tests (prises de sang, échographie obstétricale, pré-natest, échographie de datage ou de viabilité), effectuer les prises de sang du début de grossesse, tout ceci avant 11 semaines de gestation, si possible, et avant la première visite chez le médecin traitant (visite de 75 à 90 minutes par patiente).

**Offrir le suivi des grossesses par la suite**, en alternance avec le médecin traitant (une visite par le médecin, une visite par l'infirmière) jusqu'à la fin de la grossesse lorsqu'il n'y a aucune complication (visites de 20 à 30 minutes — à réévaluer).

**Prescrire les tests sanguins** de la période du 24-28 semaines.

**Prescrire le test d'hyperglycémie** provoquée de 2 heures lorsque la glycémie 1 heure post 50 grammes est  $\geq$  à 7,8.

**Donner le vaccin anti-D** si prescription ou après concertation avec le médecin traitant si la patiente est Rh-, à 28 semaines ou plus de gestation.

**Faire les tests urinaires** par bâtonnet pour le dépistage de la protéinurie à partir de 24 semaines.

**Effectuer les touchers vaginaux** pour contrôler la dilatation du col et la présentation du bébé à partir de 30 semaines de gestation.

**Effectuer le dépistage vaginal et anal** du Strep B à 35-36 semaines de gestation.

**Aviser immédiatement le médecin traitant** ou son remplaçant de toute anomalie durant le suivi de la grossesse (hypertension, protéinurie, anomalie de tout test passé par la patiente, signes ou symptômes anormaux, etc.) et effectuer le suivi selon la prescription médicale. Les patientes qui développeront des complications pouvant entraîner des conséquences potentiellement graves durant la grossesse ne seront plus suivies par l'infirmière mais seulement par le médecin traitant et, au besoin, la clinique GARE.

Temps infirmière demandé pour le projet : une infirmière 2 ½ à 3 jours par semaine (18 à 21 heures par semaine) pour une clientèle d'environ 340 patientes enceintes par an.

## **CONCLUSION**

Dans le contexte de pénurie de médecins qui prévaut actuellement, il devient incontournable de revoir l'organisation des services afin d'augmenter l'accessibilité et la qualité des soins prodigués. L'intégration d'une infirmière pour effectuer des suivis de grossesses en alternance avec le médecin traitant permettra

de décharger un peu la première ligne et d'offrir un meilleur service à la population tout en gardant une marge de sécurité intéressante. Il s'agit d'un projet innovateur permettant une collaboration importante entre deux groupes de professionnels et ainsi répondant aux objectifs stratégiques du MSSS 2005-2010, de la politique de périnatalité 2008-2018 et du Collège des médecins de famille du Canada.

Ce projet a débuté en février 2009 et se poursuit encore actuellement. Nous sommes en train de recueillir des chiffres pour prouver au MSSS ainsi qu'au gouvernement les bienfaits d'une telle approche. Je crois fermement que c'est la voie de l'avenir surtout si le gouvernement désire réellement implanter sa politique de périnatalité (ce qui est loin d'être clair puisque pratiquement rien n'a été établi en ce sens depuis qu'elle a été publiée).

Nous n'avons pas, au Québec, assez de professionnels de première ligne pour assumer le suivi de toutes les femmes enceintes et il faudra donc développer des modèles de collaboration afin de combler les besoins criants de cette clientèle. Il est inconcevable qu'à Montréal, dans les Laurentides et en Outaouais, 25 % des parturientes ne soient pas vues dans le premier trimestre de leur grossesse! Comment peut-on faire de la prévention dans un tel contexte?

**Andrée Gagnon, M.D.**

# INTERESTING ABSTRACTS

Impact of Labor on Outcomes in Transient Tachypnea of the Newborn: Population-Based Study

Erol Tutdibi, Katharina Gries, Monika Bücheler, Bjorn Misselwitz, Rolf L. Schlosser and Ludwig Gortner

Pediatrics published online Feb 15, 2010;  
Pediatrics 2010;125:e577–e58

## OBJECTIVE

Our aim was to assess the effect of labor on the risk and course of transient tachypnea of the newborn (TTN) in term neonates from a contemporary, population-based cohort.

## METHODS

We analyzed perinatal characteristics of term singleton newborns (gestational age [GA] of  $\geq 37$  completed weeks) who were born between January 2001 and December 2005 in the federal states of Hesse and Saarland (Germany). TTN was diagnosed on the basis of International Classification of Diseases, 10th Revision codes.

## RESULTS

Of a total of 275 459 births, 239 971 fulfilled the inclusion criteria of GA of  $\geq 37$  completed weeks and singleton live birth. Among those, 13 346 term infants were admitted for neonatal care and 1423 were diagnosed as having TTN. The overall incidence of TTN was 5.9 cases per 1000 singleton live births in our study cohort. Elective cesarean section, low GA, male gender, and low birth weight were associated with TTN. The duration of oxygen supplementation for newborns with TTN was associated inversely with the duration of labor ( $r = -0.151$ ;  $P = .028$ ).

## CONCLUSIONS

Our study indicates that TTN is strongly related to elective cesarean section and low GA. Furthermore, the absence of exposure to labor contractions is associated with increased risk and severe course of TTN at term, with longer duration of oxygen supplementation.

Pediatrics 2010;125:e577–e583

Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay

Leslie Bramson, Dr.PH, RN, MPH, CHES, IBCLC\*, Jerry W. Lee, Elizabeth Moore, Susanne Montgomery, Christine Neish, Khaled Bahjri, and Carolyn Lopez Melcher

## FIRST PUBLISHED ON JANUARY 28, 2010

Journal of Human Lactation 2010,  
doi:10.1177/0890334409355779

This was a nurse-driven, hospital-based, prospective cohort study of data collected in 19 hospitals in San Bernardino and Riverside counties by California Perinatal Services Network on all mothers ( $n = 21\ 842$ ) who delivered a singleton infant (37–40 weeks gestation) between July 2005 through June 2006.

Multivariate ordinal logistic regression showed that maternal infant-feeding method intention (measured prior to birth), sociodemographic characteristics, intrapartum variables, and early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth (controlling for delivery hospital) were correlated with exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization.

Compared with mothers with no early skin-to-skin contact, exclusive breastfeeding was higher in mothers who experienced skin-to-skin contact for 1 to 15 minutes (odds ratio [OR] 1.376; 95% confidence interval [CI], 1.189–1.593), 16 to 30 minutes (OR 1.665; 95% CI, 1.468–1.888), 31 to 59 minutes (OR 2.357; 95% CI, 2.061–2.695), and more than 1 hour (OR 3.145; 95% CI, 2.905–3.405).

The results demonstrate a dose–response relationship between early skin-to-skin contact and breastfeeding exclusivity.

# ...ANSWERS...

Marie-Andrée arrives in your office. She is seven weeks pregnant. Last week before she knew she was pregnant she snorted cocaine at a party. Now she wants to know if she can safely continue her pregnancy.

Answers to this and other questions related to pregnancy and addiction can be found at the PRIMA project (Pregnancy Related Issues in the Management of Addiction). This project is a national endeavour funded through Health Canada and the Lawson Foundation to educate family physicians, obstetricians, nurses, midwives and others.

The PRIMA handbook offers answers to pregnancy, labour and postpartum management questions including breastfeeding. The handbook offers an approach to woman centered care of the woman with problematic substance use. Tips on key points in clinical history and physical exam are available. More importantly impact on both mother and baby is addressed for the following substances: cocaine, marijuana, opiates including prescription opioids, alcohol and cigarettes. This is all available at the PRIMA website [www.addictionpregnancy.ca](http://www.addictionpregnancy.ca). The website is designed to be used by the busy clinician and all material is available in French and English.

Over the past year PRIMA has presented six “train the trainer” workshops including a spring workshop in Montreal. Trainers have material to present to a wide variety of audiences from small groups to grand rounds. A one-day workshop of PRIMA highlights has also been popular. To find a trainer near you, contact the PRIMA Quebec at [ggray@jgh.mcgill.ca](mailto:ggray@jgh.mcgill.ca).

PRIMA better practice guidelines for marijuana, cocaine and opiates will be available in spring 2010.

So, what do we tell Marie-Andrée? After consulting the PRIMA handbook, you can tell her... she and the baby will likely be fine.

**Lisa Graves, M.D.**

# 10 CHOSES À SAVOIR À L'EMBAUCHE D'UNE INFIRMIÈRE GMF

- 1** L'infirmière doit être bachelière.
- 2** L'infirmière doit être une employée du CSSS. Elle a donc un chef de département.
- 3** Le calendrier d'affichage de poste est prédéterminé et pas si fréquent.
- 4** L'été est une période de pénurie plus importante en ressources infirmières et peut amener des délais d'embauche.
- 5** Il n'existe pas de liste de rappel ou de système de remplacement pour les infirmières en poste qu'elles soient malades ou en vacances : trois semaines consécutives sans ressources, c'est long!
- 6** Les conditions de travail de l'infirmière sont régies par leur convention collective.

**7** L'infirmière est invitée par le CSSS à des réunions d'équipe et des formations sur son temps de travail.

**8** Le processus d'entrevue peut être très long.

**9** La subvention allouée pour les ressources infirmières est à un taux horaire prédéterminé. Le CSSS reçoit la subvention pour verser le salaire de l'infirmière. Le processus de sélection favorise les infirmières bachelières plus expérimentées, donc ayant souvent un taux horaire plus important que celui accordé par la subvention.

**10** Les subventions non utilisées suite aux délais d'embauche (6 à 12 mois) sont versées dans un solde de fonds. Ce solde de fonds permet de financer des « projets cliniques » dont le cadre de gestion est déterminé par chaque agence. Il peut être ardu de récupérer cette enveloppe

(variabilité inter-agence) car les projets acceptés dans une région ne le seront pas nécessairement dans une autre région. Les sommes « non utilisées » qui étaient promises au GMF peuvent être redistribuées dans le réseau de la santé au terme du contrat de trois ans.

Malgré tout, je suis heureuse de travailler en collaboration avec une infirmière en GMF dans une pratique en périnatalité. Depuis son arrivée, notre GMF suit plus de femmes enceintes, mais ne peut accepter toutes les demandes de suivi de grossesse.

Je regrette que ce processus soit si lourd, si rigide et que les heures infirmières soient si limitées.

À QUAND UNE FORMULE PLUS SOUPLE ET BONIFIÉE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS EN PÉRINATALITÉ, GMF OU PAS?

**Mélanie Savard-Côté, M.D.**



# QUELLES SONT LES DEMANDES EN PÉRINATALITÉ POUR LES PROCHAINES NÉGOCIATIONS?

**Comme vous le savez tous, la FMOQ entame ce printemps d'importantes négociations pour le renouvellement de notre entente.**

Les objectifs généraux de cette négociation sont de réduire l'écart de notre rémunération face aux spécialistes pour rendre notre pratique plus attrayante. Nous demandons aussi d'élargir les moyens permettant l'intégration d'autres professionnels comme support à notre pratique. Mais quelles sont plus spécifiquement les demandes en rapport avec la périnatalité?

Tout d'abord, précisons comment ces demandes ont été élaborées. C'est le comité de périnatalité composé de Dr Michel Desrosiers, Dr Raymonde Vaillancourt, Dr Josée Bouchard et moi-même qui avons fait des recommandations. Celles-ci ont été soumises au Bureau de la FMOQ qui les a approuvés pour les inclure dans le cahier des charges.

## VOICI CES DEMANDES PAR ORDRE DE PRIORITÉ

### **Au centre hospitalier**

**1** Prévoir le paiement des soins du post-partum post-césarienne

**2** Accorder un supplément pour l'accouchement d'une primipare (environ 40 % des accouchements et certainement les plus longs et difficiles)

**3** Moduler les soins pendant le travail (6933) en fonction des heures défavorables si le médecin consultant fait l'accouchement ou la césarienne

**4** Faciliter les règles de facturation qui s'appliquent au post-partum et au nouveau-né en santé

**5** Revoir le mécanisme du partage de l'accouchement

**6** Rémunérer certaines échographies dans un contexte obstétrical

**7** Majoration du tarif de l'accouchement, notamment durant les heures défavorables

### **Au bureau**

**1** Révision des règles d'interprétation de l'Abécédaire en ce qui concerne les délais entre les examens pour les 0-5 ans

**2** Assouplissement du libellé de l'acte de prise en charge d'une grossesse de premier trimestre pour éviter d'avoir à faire un complet majeur dès la première visite

Bien sûr, c'est maintenant la FMOQ qui négocie ces demandes. L'AOPQ n'a plus vraiment de rôle à jouer dans ce processus.

En principe, on obtiendra un pourcentage d'augmentation sur « l'enveloppe périnatalité » égal à tous les autres champs de pratique. Cette hausse sera répartie en fonction des priorités que nous avons déterminées par consultation. Par contre, certaines demandes qui visent à simplifier la facturation sont pratiquement à coût nul et devraient être facilement acceptées.

Notre pratique hospitalière est exigeante en terme de stress et d'heures défavorables. Nos tarifs pour rémunérer ces actes ne reflètent pas cette exigence. Le moment est venu d'y remédier. Espérons que nous serons entendus dans nos revendications!

### **Sylvie Berthiaume, M.D.**

*Membre de l'exécutif de l'AOPQ*

*Membre du comité de périnatalité FMOQ*

# TRONC COMMUN PROVINCIAL D'INFORMATIONS PRÉNATALES

DÉPISTAGE

ALLAITEMENT

ALCOOL

ALIMENTATION

DROGUES

La période entourant la grossesse, l'accouchement et les premières années de vie représente un moment opportun où les futurs parents sont sensibilisés et réceptifs à de nouvelles informations. Ils sont également prêts à mettre en œuvre des changements importants au niveau de leurs habitudes de vie.

Dans le cadre de sa *Politique de périnatalité 2008-2018 — un projet porteur de vie*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour rédiger un tronc commun provincial d'informations prénatales (TCPIP) destiné à l'ensemble des intervenants et intervenantes œuvrant durant cette période critique.

Le TCPIP vise d'abord à fournir des informations claires et fondées sur des données validées et mises à jour régulièrement qui représentent des consensus de pratique, unifiant et clarifiant ainsi les renseignements donnés lors du suivi ou de l'accompagnement individuel de la grossesse ainsi que dans les groupes de rencontre prénatale.

Un autre objectif consiste également à faciliter la communication en abordant les principaux thèmes périnataux dans un langage simple et adapté à une clientèle diversifiée. Pour ce faire, des fiches d'une dizaine de pages, chacune portant sur les diverses thématiques fréquemment rencontrées en périnatalité, seront mises à la disposition des intervenants.

Les sujets abordés seront l'alimentation durant la grossesse, l'allaitement, les dépendances durant la grossesse (tabac, drogue et alcool), la santé mentale, le dépistage en période

périnatale (syndrome de Down, tyrosinémie, surdité), la grossesse sécuritaire (soins personnels, activité physique, produits chimiques et radiographies, déplacements et voyages) et la violence conjugale.

La rédaction des fiches est confiée à des professionnels en santé et en santé publique, chapeautés par des experts œuvrant dans les domaines concernés et en rédaction journalistique, ainsi que par un comité d'accompagnement scientifique et un comité de validation.

Le tout regroupe des membres de l'INSPQ, de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), d'Info-Santé, de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, de l'Ordre des psychologues du Québec, de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La diffusion du TCPIP est prévue pour l'automne 2010, notamment via un site Web interactif qui comportera une version imprimable des fiches, un moteur de recherche pour les différentes thématiques abordées ainsi qu'un groupe de discussion. Bien entendu, dès que ce nouvel outil sera disponible, vous en serez informés.

**Anne Gosselin-Brisson, M.D.**

# PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE PRÉNATAL

**Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21** permettra aux femmes enceintes du Québec d'avoir accès à un test de dépistage prénatal de la trisomie 21. Ce test sera couvert par le régime d'assurance maladie du Québec. La participation au Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 sera volontaire et devra reposer sur un consentement libre et éclairé.

C'est ce dernier concept sur lequel nous avons beaucoup travaillé pour nous assurer que ce test n'allait pas devenir un test de routine mais bien un examen qu'on propose et qui demandera une discussion avec notre patiente. Ce consentement éclairé nous amène à discuter des avantages mais aussi des risques de subir ce test de dépistage. Il faudra donc expliquer les risques de faux positif, d'amniocentèse et d'éventuelle trisomie 21.

Les regroupements de personnes atteintes de T21 et les groupes de pression tiennent à ce que la discussion tienne aussi compte des éléments positifs d'avoir un enfant trisomique.

**Tous ces points prennent du temps...** beaucoup de temps dans une première rencontre qui est déjà fort chargée. Le comité d'implantation a travaillé sur plusieurs outils pour aider le clinicien dans son travail.

Une formation en ligne complète sur le Programme a été bâtie pour les professionnels de la santé. Elle sera accessible aisément et permettra d'obtenir des crédits de formation.

Nous aurons un aide-mémoire facilement utilisable et rempli de renseignements pertinents pour la consultation et également un site web destiné aux professionnels de la santé afin de donner des spécificités techniques sur la mise en œuvre du programme et du dépistage, ainsi que sur l'ensemble des aspects du Programme.

Le site web contient plusieurs des informations présentées dans la formation en ligne et sera un outil de référence pour les professionnels.

Un dépliant d'information a aussi été produit et sera remis aux patientes pour les aider à prendre une meilleure décision. Ce dépliant sera distribué dans le réseau (cliniques médicales, maisons de naissance, pharmacies communautaires, etc.) de façon à être accessible le plus tôt possible au début de la grossesse, et même avant. Les patientes auront également accès à un site web pour compléter l'information du dépliant.

Bref, une foule d'outils pour nous aider, mais nous devons prendre un certain temps pour expliquer le dépistage... À quand les infirmières spécialisées en périnatalité pour nous aider lors du premier rendez-vous?

Il ne reste que le déploiement à effectuer. Les deux centres de références, soit Sainte-Justine et Saint-François d'Assise, seront prêts d'ici quelques semaines à recevoir les échantillons. L'opération sera menée graduellement pour permettre au personnel de se roder et d'être en mesure de recevoir un nombre grandissant d'échantillons. Le coup d'envoi se fera dans la région de Québec. Le déploiement se poursuivra auprès de la clientèle de Sainte-Justine et, par la suite, s'effectuera en plusieurs étapes. Les outils et tout le matériel nécessaire au dépistage seront ainsi mis à la disposition des médecins de chaque région au fur et à mesure.

Comme vous le savez, la technique utilisée dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal est le dépistage biochimique intégré (mesure des marqueurs biochimiques aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestres).

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

**Deuxième prélèvement sanguin** effectué au début du deuxième trimestre (14+0-16+6 semaines) pour mesurer 3 marqueurs (hCG, AFP et uE3). Les échantillons pour le dépistage des marqueurs du deuxième trimestre seront acceptés jusqu'à la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse.

Pour établir avec plus de précision l'âge gestationnel, l'échographie de datation est conseillée. Cette échographie est préférentiellement pratiquée au premier trimestre, à partir de neuf semaines de grossesse et avant 14 semaines complétées. Toutefois, une accessibilité limitée à l'échographie de datation dans une région donnée ne devrait pas être un frein à l'implantation du Programme. Dans les cas où cette échographie n'est pas disponible, l'âge gestationnel est calculé à partir de la date de la dernière menstruation.

Comme tout programme qui est implanté ne peut pas être parfait, on peut voir poindre quelques petits problèmes à l'horizon. Du seul fait d'avoir deux prélèvements à faire, on peut imaginer que certaines patientes ne pourront pas ou ne voudront pas ou oublieront de faire le deuxième prélèvement.

De même, une patiente qui se présente à son premier rendez-vous de grossesse à 15 semaines ne pourra faire que le deuxième prélèvement. Les résultats du dépistage pourront tout de même être obtenus de cette façon, mais il faudra être conscient que ceci affectera la précision du test.

De plus, dans certaines régions où le dépistage est bien implanté dans le milieu privé, on se retrouvera avec un nouveau problème. Il faudra expliquer et offrir les deux options... pour un taux de détection identique (soit 85 %) le dépistage biochimique intégré comparé au dépistage intégré complet (1<sup>er</sup>T + CN + 2<sup>e</sup>T) incluant la clarté nucale offre un taux de faux positif légèrement plus élevé (5 % vs 2 %) (Wald et al 2003 SURUSS). Par contre, le test

# ON Y EST PRESQUE!

combiné (1<sup>er</sup>T + CN) donne un taux de faux positif semblable à 6 %. Dans ce cas, avec le test intégré complet qui est offert en privé, est-ce que ça vaut la peine de payer 400 \$ pour 3 % de moins de faux positif? Je ne le sais pas... mais qui vous le dira?

Certaines régions ont la chance d'être mieux nanties en radiologistes et ont accès à une clarté nucale lors d'une échographie de datation. Que pourront-ils faire avec cette information? Pour le moment, rien! Cet élément ne pourra pas, pour l'instant, être intégré dans le calcul du risque avec le Programme, mais on nous dit que ça viendra!

Il faut également songer que tout ce programme générera des consultations supplémentaires en génétique. En effet, plus on fait de tests, plus on risque d'avoir des patientes avec des résultats positifs. Heureusement, la plupart d'entre elles n'auront pas un diagnostic de T21, mais il faudra tout de même les rencontrer et leur offrir des conseils génétiques appropriés. Nos ressources en génétique, conseillères, infirmières et généticiens, sont-elles prêtes à l'augmentation de ce volume?

Malgré tout, le but du Programme sera certainement atteint, c'est-à-dire faire moins d'amniocentèse et surtout en faire à ceux qui en ont vraiment besoin!

## **Dominique Pilon, M.D.**

*Membre du comité d'implantation  
du Programme provincial de dépistage  
de la T21*



# NOUVELLES DU COLLÈGE

## NOUVELLES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, DE LA SOGC ET DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE

Dans les prochaines lignes, je vais vous résumer ce qui s'est passé, au cours de la dernière année, dans les comités sur lesquels je siège.

**LE PROGRAMME DES SOINS MATERNELS ET NÉONATALS** du Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) a encore organisé la journée de périnatalité du *Forum de Médecine Familiale* qui a eu lieu à Calgary en octobre dernier. Pour la première fois, les locaux étaient adéquats pour accueillir tous les participants qui se sont encore présentés en grand nombre. Cette journée est vraiment un succès récurrent à chaque année! Le prochain FMF aura lieu à Vancouver les 14, 15 et 16 octobre 2010. Bien sûr, il y aura une autre journée de périnatalité qui promet d'être des plus intéressantes.

**LE PROGRAMME ALSO** continue à être offert au Canada et dans plusieurs autres pays (plus de 23 cours par an au Canada) et sera édité en format CD plutôt que sous forme de syllabus. Ce qui favorisera les mises à jour au fur et à mesure qu'elles sortiront plutôt qu'une fois par année.

**UN ARTICLE BASÉ SUR LE SONDAGE** des différentes facultés médicales canadiennes par rapport à l'exposition des résidents en médecine familiale à l'obstétrique a été publié en novembre dernier et entériné par les membres de l'exécutif de Collège. Plusieurs recommandations ressortent de cet article disponible sur le site du CMFC à travers l'onglet des comités et intitulé *Soins de maternité en médecine familiale: implications pour l'avenir*. Quatre des dix recommandations du document ont été jugées particulièrement importantes par les directeurs des départements de médecine familiale, soit :

---

tous les programmes de résidence en médecine familiale devraient avoir des directeurs de programme de soins de maternité et des coordonnateurs dans les établissements;

---

les résidents devraient avoir accès à des médecins de famille accoucheurs servant de modèles à imiter dans leurs unités d'enseignement;

---

il faudrait que les résidents en médecine familiale se fassent enseigner dans un environnement clinique favorable au médecin de famille accoucheur;

---

les programmes de médecine familiale devraient faciliter l'exposition à l'obstétrique « normale » au niveau prédoctoral.

---

Un groupe de travail a été créé afin de pousser plus loin ces recommandations et entrera en fonction à la fin d'avril 2010.

Évidemment, le Programme de soins maternels et néonataux a aussi été impliqué dans la crise du H1N1 en révisant les documents de la SOGC et en émettant des recommandations sur la vaccination ainsi que sur le traitement des parturientes ayant contracté le virus.

Pour le comité consultatif de la SOGC ainsi que le Comité du fœtus et nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie, plusieurs lignes directrices ont été formulées et/ou révisées. Elles sont en voie d'acceptation par les directeurs et devraient être publiées au cours de la prochaine année. N'oubliez pas les nouvelles courbes de croissance de la World Health Organization qui devraient être maintenant utilisées par tous pour la croissance des bébés et des enfants et qui sont facilement disponibles sur Internet.

**Andrée Gagnon, M.D.**

# 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 Andrée Gagnon,  
présidente  
Dr Sylvie Berthiaume  
Dr Anne Gosselin-Brisson  
Dr Lisa Graves  
Dr Dominique Pilon  
Dr Mélanie Savard-Côté  
Stéphanie Julien, secrétaire

**Aide à la rédaction**  
Dr Maxine Dumas-Pilon

**Coordination**  
Dr Dominique Pilon  
**Concept / réalisation**  
Graphidée

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



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



Supplément vitaminique-minéral en comprimés  
à dose élevée d'acide folique pour usage prénatal  
**AVEC 5 MG D'ACIDE FOLIQUE**

**R<sub>x</sub>** seulement



Supplément vitaminique-minéral en comprimés  
pour usage prénatal et postpartum  
**AVEC 1,1 MG D'ACIDE FOLIQUE**

**R<sub>x</sub>** seulement

- \* Approche sûre et efficace en matière de supplémentation prénatale et postpartum/**allaitement**
- \* Supportés par une monographie complète de produits
- \* Prescrits en fonction de l'état de santé de la patiente et de ses besoins nutritionnels
- \* Remboursés par la plupart des régimes privés d'assurance



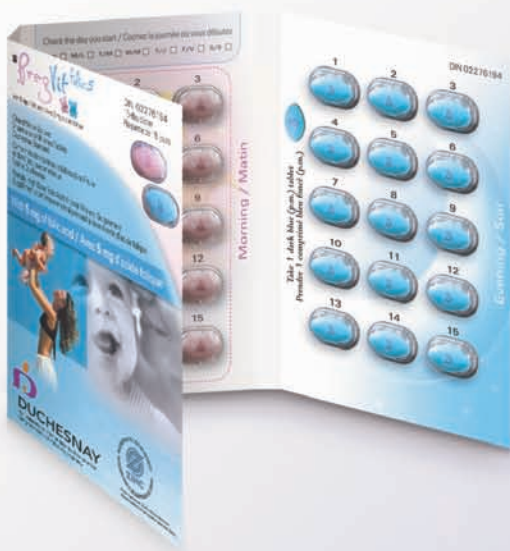
1 comprimé rose le matin  
(comprend le **fer**)



1 comprimé bleu le soir  
(comprend le **calcium**)

Le **fer** et le **calcium** sont pris à des moments différents de la journée.  
Évite l'effet inhibiteur du **calcium** sur l'absorption du **fer**.

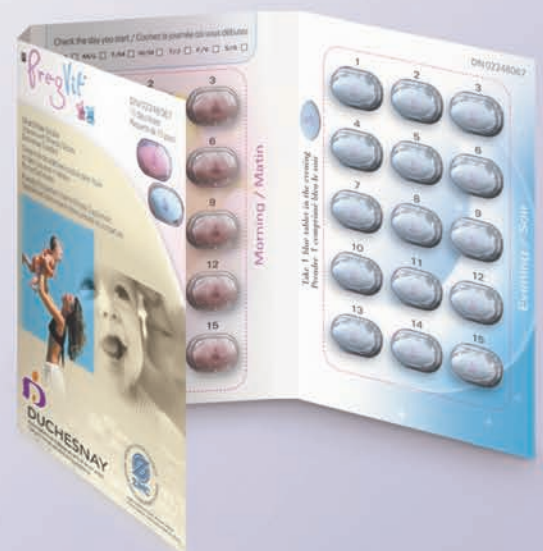
**Contribue à diminuer la constipation et les malaises gastriques.**



Certifiés Casher et Halal



Sans lactose,  
gliadine-gluten et tartrazine



  
**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. 2004-2010

Pour information médicale : 1 888 666-0611 • [infomedicale@duchesnay.com](mailto:infomedicale@duchesnay.com)  
[www.pregvitfolic5.com](http://www.pregvitfolic5.com) / [www.pregvit.com](http://www.pregvit.com)  
950, boul. Michèle-Bohec, Blainville QC Canada J7C 5E2

# LadySystem®



Cônes vaginaux  
Pour la rééducation du plancher pelvien



[www.ladysystem.ca](http://www.ladysystem.ca)

## Une thérapie supérieure et fiable pour la femme active qui souffre d'incontinence à l'effort

- Aide à renforcer les muscles du plancher pelvien.
- Fait travailler uniquement les muscles à contracter grâce au mécanisme de biofeedback.
- Les exercices s'effectuent discrètement à la maison, sans interrompre les activités quotidiennes.



5 cônes de forme identique mais  
de poids différents

No1	No2	No3	No4	No5
4,9 g	20,5 g	32 g	44 g	55 g

❁ DOUCE ET EFFICACE

❁ NON INVASIVE

❁ ÉCONOMIQUE (COÛT/TEMPS)

15 minutes, 2 fois par jour,  
pendant 3 mois

Dr \_\_\_\_\_

Pour \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

R<sub>x</sub>

LadySystem

15 minutes, 2 fois par jour

Signature: \_\_\_\_\_



**Délit de petites fuites™**  
Libérez-vous !

**NOUVEAU | Des questions de la part de vos patientes ?**

Duchesnay a lancé un nouveau site Web qui répond aux questions que vos patientes peuvent se poser au sujet de l'incontinence urinaire à l'effort et de leur plancher pelvien.

[www.delitdepetitesfuites.ca](http://www.delitdepetitesfuites.ca)



**DUCHESNAY**

Information médicale : 1 888 666-0611 [infomedicale@duchesnay.com](mailto:infomedicale@duchesnay.com)