

Mot du président

QUESTION, RÉFLEXION... ACTION!

Nous parlons encore beaucoup d'accessibilité ces temps-ci. Acceptez-vous encore de nouvelles patientes? Il le faut bien si on veut continuer à pratiquer l'obstétrique! Mais quels genres de services donnez-vous pour y arriver? Pouvez-vous encore offrir un suivi tout au long de la grossesse? Pouvez-vous prendre des patientes en cours de grossesse? Pouvez-vous suivre les enfants que vous accouchez? Et la famille de cet enfant (père et fratrie)? Tout le monde se cherche un médecin de famille! Il ne se passe pas une seule journée sans que quelqu'un me demande de suivre son frère, sa sœur, son cousin ou l'amie de sa voisine! Répondons-nous à la demande? Il faudra probablement changer notre façon de pratiquer, si on veut répondre à la demande. Est-ce l'augmentation de la cohorte de médecins, la venue d'infirmières cliniciennes ou la création des GMFs qui sera la solution? L'accessibilité est un enjeu important, car peu importe, quelqu'un devra faire le travail de toute façon. Il nous faudra garder une place centrale si nous voulons

conserver notre philosophie de pratique tout en restant ouvert aux nouveaux modèles de pratique. Cet enjeu sera au cœur de nos discussions cette année et nous tenterons, via le comité FMOQ-périnatalité, de trouver des solutions à cet épineux problème.

Le travail en salle d'accouchement se fait en collégialité avec les infirmières mais ces dernières sont de moins en moins habituées à y travailler. Les départs à la retraite, le manque d'intérêt, les heures supplémentaires obligatoires et la nécessité parfois de devoir pratiquer dans plusieurs services font en sorte que nous perdons nos infirmières « habituées ». Nous considérons que les infirmières de la salle d'accouchement devraient être vues de la même façon que les infirmières des soins intensifs et celles de l'urgence et ainsi obtenir une rémunération plus importante pour tenter de les retenir. Nous discuterons de cette situation avec nos collègues obstétriciens de l'AOGQ dans les prochaines semaines.

Dans ce Cordon, vous trouverez un article sur le virus papillome humain. L'arrivée d'un nouveau vaccin nous oblige à nous positionner, à faire un peu le tour de la question et à élucider quelques interrogations. Dr Bérubé, pour sa part, nous présente un résumé de la petite et grande histoire du stérilet à libération de progestérone.

Ne manquez pas le prochain congrès de la SOGC, (avec qui nous sommes associés au niveau du comité scientifique) qui se tiendra les 15 et 16 novembre prochains. L'an dernier, la conférence *De la préconception au post-partum* a connu un vif succès, nous souhaitons donc vous y rencontrer de nouveau cette année. L'AOPQ est également associée au congrès du département d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Sherbrooke, qui se tiendra les 13 et 14 mars 2008. Inscrivez-le à votre agenda!

L'an dernier, nous vous présentions Dr Andrée Gagnon comme nouveau membre de l'exécutif et aussi comme médecin faisant le lien avec le comité de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada. Elle vous présente ce comité dans cette édition avec ces buts et ces défis.

Enfin, Dr Desgagné tente de vous convaincre de joindre les rangs de l'AOPQ et de vous engager au sein de son comité exécutif.

Bonne lecture!

Dominique Pilon M.D.
Président, AOPQ

Sommaire

LE VIRUS PAPILLOME HUMAIN
Mieux vaut prévenir **3**

LES QUOTAS D'ACCOUCHEMENT
Absurdes? **4**

COMITÉ DE PÉRINATALITÉ
Excellence dans les soins **5**

LE MIRENA®
Plus qu'un moyen de contraception **6**



NOUVEAU

R PregVit folic5



Avec 5 mg d'acide folique

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

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

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

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

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

1 comprimé rose
le matin*



FER

Bêta-carotène
Vitamine E
Vitamine C
Vitamine B₁₂

1 comprimé bleu
le soir*



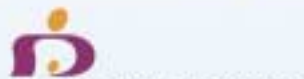
CALCIUM

Acide folique 5 mg
Vitamine D₃
Vitamine B₁₂

Grandeur réelle

- Sur ordonnance de 30 jours

Remboursé par la plupart des régimes privés d'assurance



DUCHESNAY

Plus de 100 ans de la fabrication de médicaments

Laval, Québec, Canada

US Patent D601292

OTHER PATENTS PENDING IN U.S., CAN and other countries

© Duchesnay Inc. 2014-2006

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

Disponible sur ordonnance seulement



R_x

Pour : _____

Adresse : _____

Date : _____

PregVit folic 5

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

Signature : _____

Rep:

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

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

Pour information médicale : 1.888.666.0611

VAUT MIEUX PRÉVENIR QUE...

L'infection au virus papillome humain (VPH) est une infection très fréquente au Canada. Elle est, en fait, l'infection transmise sexuellement la plus courante. La prévalence varie de 10 % à 29 %⁽¹⁾ mais varie aussi avec l'âge, la prévalence étant la plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes sexuellement actifs. Le fardeau économique de cette infection est également important, une étude⁽²⁾ a estimé le coût du diagnostic et du traitement des CIN (néoplasie intraépithéliale cervicale), cancers et verrues génitales autour de 300 M \$ par année. La plupart des infections sont asymptomatiques et disparaissent en dedans de 1 ou 2 ans. L'âge, le nombre de partenaire sexuel, la coïtarche précoce, le tabagisme et le fait d'avoir des partenaires sexuels non circoncis sont des facteurs de risque d'infection persistante. Pratiquement tous les cancers et les lésions précancéreuses du col et la majorité des lésions précancéreuses et malignes anogénitales proviennent d'une infection persistante avec un VPH à haut risque (16-18-31-33-45). Les types à bas risque (6-11) vont, quant à eux, causer les verrues anogénitales, les anomalies cytologiques de bas grade et la papillomatose respiratoire récurrente.

Le nouveau vaccin quadrivalent (Gardasil), fait par bioingénierie, contient des protéines de surface des virus 16 et 18 qui sont responsables de 70 % des cas de cancers, et des virus 6 et 11 responsables de 90 % des cas de verrues génitales et presque tous les cas de papillomatoses.

Plusieurs études cliniques (FUTURE I et II, étude de phase 3) ont démontré que le vaccin est hautement immunogénique, sécuritaire et bien toléré chez les patientes de 9 à 26 ans. La réponse immunogénique est plus grande chez les 9 à 15 ans, mais on a constaté une immunogénicité constante pendant les trois années de l'étude parmi tous les groupes d'âges. L'efficacité du vaccin est impressionnante: 98 % de prévention contre les CIN 2 ou 3 et les AIS (adénocarcinome in situ) dû au type 16-18 sur un suivi de 36 mois après trois

doses dans une population évaluée selon le protocole⁽³⁾. Ceci implique que les jeunes filles qui n'avait pas eu de relations sexuelles ou qui n'avait pas été en contact avec un des types de virus contenu dans le vaccin ont le mieux répondu. Le vaccin a également prévenu 100 % des VIN/VaIN (néoplasie intraépithéliale vulvaire et vaginale) et 93 % des verrues génitales⁽³⁾. Malheureusement, le vaccin ne modifie pas le développement d'un CIN ou d'un cancer chez les patientes déjà infectées et c'est pour cette raison que l'efficacité du vaccin dans la population générale est moindre, mais encore significative (réduction de 44 %)⁽³⁾. Il est donc préférable de vacciner les jeunes filles le plus tôt possible avant leur coïtarche. Malgré tout, il est recommandé de vacciner les filles de 9 à 26 ans, même si elles ont débuté les relations sexuelles, puisqu'il est peu probable qu'elles aient été en contact avec les quatre types inclus dans le vaccin.

Le vaccin s'administre par voie intramusculaire à 0, 2 et 6 mois avec un minimum d'intervalle de quatre semaines entre les deux premières doses et de 12 semaines entre les deux dernières⁽⁴⁻⁵⁾. Il n'y a pas d'interactions vaccinales connues, il peut être donné si la patiente a une anomalie au PAP test, si elle allaite et même si elle n'est pas immunocompétente. La vaccination n'est pas recommandée aux patientes enceintes. Comme le vaccin ne vise que quatre types de VPH et qu'il ne peut prévenir l'infection attribuable à tous les types à risque élevé, il est impératif de continuer à suivre les recommandations sur le dépistage du cancer du col. La vaccination ne devrait pas changer nos recommandations sur la prévention des ITS, de l'utilisation de méthodes barrières et de la discussion à avoir sur les choix judicieux quant aux activités sexuelles.

Le gouvernement canadien a récemment investi 300 M \$ dans un programme de prévention du cancer du col de l'utérus. La santé étant de compétence provinciale, chacune peut décider d'utiliser ces argents alloués comme elle le veut. Quelques provinces

ont déjà annoncé un programme de vaccination, il sera intéressant de voir ce que le Québec décidera de faire avec ce montant. Peu importe le programme qui sera choisi, il faudra poser des objectifs clairs pour arriver à nos fins. Veut-on éliminer de la population les VPH à haut risque? Il faudra, alors, envisager de vacciner les hommes et les garçons. Par contre, si on veut réduire le plus possible la mortalité du cancer du col, il faudra augmenter le nombre de sérotype à haut risque contenu dans le vaccin⁽⁶⁾.

Il reste encore plusieurs questions sur ce sujet; certaines études sont en cours, d'autres viendront plus tard. Devra-t-on donner un rappel? Et si besoin, à quel moment faudra-t-il l'administrer? Il ne faut pas négliger le risque potentiel que les jeunes vaccinés développent une fausse réassurance quant à la protection que le vaccin pourrait leur donner et ainsi adopter des comportements à risque.

Plusieurs organismes ont déjà pris position (SOGC, SGO, CCNI, SCP) quant à la vaccination contre le VPH, l'AOPQ endosse également cette position et encourage la vaccination tout en continuant de promouvoir l'utilisation de méthodes barrières pour la prévention des autres ITS et la poursuite du programme de dépistage du cancer du col.

Dominique Pilon M.D.

- 1 *Conseil consultatif national de l'immunisation*, 15 février 2007
- 2 *The health and economic burden of HPV infection, genital warts, cervical dysplasia and cervical cancer in Canada*, Brisson et al.
- 3 *Future II Group*, NEJM 2007 356; p. 1 à 13
- 4 *American Academy of Pediatrics, policy statement*
- 5 *Monographie du Gardasil*, Merck
- 6 *Human papillomavirus, vaccines and women's health: question and cautions*, Lippman et al, CMAJ, 28 août 2007, 177(5)

L'ABSURDITÉ DES QUOTAS D'ACCOUCHEMENT PENDANT UNE HAUSSE DE LA NATALITÉ...

C'est en effet la situation que nous vivons au CHUM St-Luc. Il y a quelques années, dans la planification du fameux CHUM 2010 (maintenant 2013...), il avait été décidé de limiter notre nombre d'accouchements au débit de l'époque, c'est-à-dire 2500 accouchements. Ceci afin de préserver la vocation tertiaire de l'établissement.

Cependant, depuis 2 ans, comme vous le savez très bien, nous vivons une hausse du taux de natalité de près de 10%. Malgré des limites données lors de la prise de rendez-vous dans nos cliniques, nous avons effectué environ 2700 accouchements au cours de chacune de ces deux années. Certes, cela a alourdi notre tâche et celle des infirmières, mais nous étions capables de l'absorber. Nos locaux nous permettent aussi d'accueillir ce nombre de patientes.

Pourtant, l'administration de l'hôpital nous reproche cette hausse et exige que nous mettions un frein plus étanche dans le nombre de patientes que nous acceptons. Elle nie que les patientes éprouvent beaucoup de difficultés à avoir un suivi de grossesse dans les autres milieux. Elle surestime notre capacité à maintenir des limites peu réalistes devant les fortes pressions de notre clientèle souvent en situation désespérée. C'est comme si on exigeait d'un urgentologue qu'il limite les entrées dans son urgence!

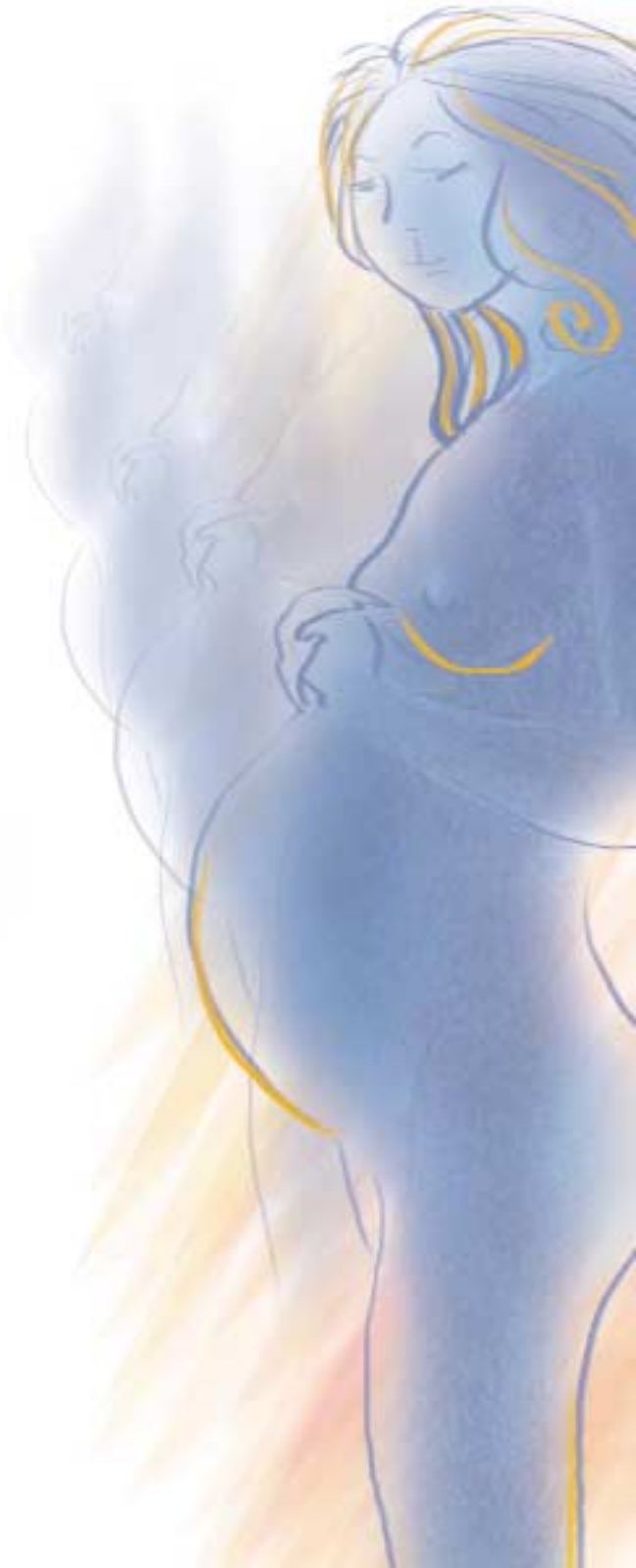
Cette même direction refuse d'aller réclamer à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le budget pour 200 accouchements de plus. Ceci permettrait d'ouvrir de nouveaux postes d'infirmières plus alléchants et plus viables en terme de disponibilité.

Quant à l'Agence, elle se replie derrière son plan pour 2013. Pourtant, c'est maintenant que les femmes sont enceintes. Il sera toujours temps de se réajuster pour le nouveau CHUM qui ne sera pas ouvert de sitôt... On nous objecte aussi que certains milieux ne comblent pas les places disponibles. Mais on oublie que la plupart de ces milieux sont anglophones et que notre clientèle ne souhaite pas vivre ces moments importants dans une culture ou une langue qui leur est étrangère.

Je suis consciente que cette situation est particulière à notre hôpital. Différents facteurs contribuent à rendre difficile l'accessibilité des soins périnataux. Dans d'autres milieux, ce sont les médecins qui n'arrivent pas à absorber le surplus de clientèle. Il y a aussi la pénurie d'infirmières qui peut entraîner une baisse de la qualité des soins et obliger les hôpitaux à limiter leurs nombres d'accouchements. Encore plusieurs hôpitaux ont des équipements désuets, sans chambres uniques pour la mère et l'enfant et ne priorisent pas un tel aménagement, préférant recueillir des frais pour les chambres privées et semi-privées. Certaines femmes hésitent à se tourner vers ces milieux, conscientes de l'importance d'une cohabitation paisible avec leur nouveau-né pour la réussite de l'allaitement. Finalement, les sages-femmes ne nous aident pas tellement avec 40 accouchements par année chacune.

Et vous comment vivez-vous cette hausse de la natalité dans votre milieu? Les administrations vous aident-elles à améliorer l'accessibilité aux soins périnataux ou vous met-on les bâtons dans les roues comme chez nous? Communiquez avec l'AOPQ pour nous en parler, puisque ce sera une de nos priorités dans la prochaine année.

Sylvie Berthiaume M.D.



Peu d'entre vous connaissent l'existence d'un Comité de périnatalité au Collège des médecins de famille du Canada; c'était d'ailleurs mon cas avant d'en devenir la représentante pour le Québec. Ce comité se nomme le MNCC (Maternity and Neonatal Care Committee) ou Comité des Soins de Maternité et de Périnatalité. Je tenterai de vous dresser un bref portrait, afin de mieux comprendre de quoi il s'agit et quels sont, plus particulièrement, les objectifs. Par la suite, mon but personnel est de vous tenir au courant de l'évolution des dossiers pertinents pour la périnatalité au Québec.

Ce comité est composé de médecins de famille représentant les différentes provinces canadiennes : Dr Anne Biringer pour l'Ontario et aussi présidente du MNCC, Dr Bill Ehman pour la Colombie-Britannique et l'Alberta, Dr Larry Reynold pour la Saskatchewan et le Manitoba, Dr Monica Brewer pour les provinces de l'Atlantique, et moi-même, Dr Andrée Gagnon pour le Québec. Il y a aussi une représentante des résidents, Dr Meena Neina Pole, un représentant du Collège et directeur des Politiques de Santé et Communications, Dr John Maxted, une secrétaire, Mme Michelle Knevel et plusieurs observateurs dont Dr Lisa Graves de l'ALSO, et des représentants de différents groupes impliqués en obstétrique / périnatalité dont les sages-femmes, les médecins avec pratique rurale, les infirmières, la SOGC, la Société Canadienne de Pédiatrie, etc. Comme vous pouvez le remarquer, il n'y a malheureusement pas de représentants des trois territoires canadiens et ce rôle est tenu par les représentants des provinces connexes, ce qui est, à mon avis, un peu déplorable puisque les territoires ont des problématiques qui leur sont propres mais il ne semble pas y avoir de volontaires pour ces postes. Toutes ces personnes se rencontrent deux fois par année (une fois durant le Forum de Médecine Familiale (FMF) annuel à l'automne et pour lequel elles sont responsables des présentations

en périnatalité et une fois à Toronto en mai, durant un congrès très intéressant qui s'intitule *Refresher in Primary Maternity Care: A National Perspective*. En autre temps, les réunions ont lieu sous forme de téléconférences plusieurs fois par année.

Le but de ce comité est de promouvoir l'excellence dans les soins maternels et néonataux prodigués par les médecins de famille dans toutes les régions du Canada. Pour y parvenir le comité s'est doté de plusieurs objectifs :

- Faciliter, promouvoir et supporter l'éducation, la recherche et les besoins des médecins de famille qui prodiguent des soins durant la grossesse, l'accouchement et/ou aux nouveau-nés.
- Soutenir ces médecins et promouvoir leur bien-être.
- Promouvoir le recrutement et la rétention des médecins fournissant les soins intra-partum.
- Supporter une approche multidisciplinaire pour les soins aux mères et aux nouveau-nés en respectant la collaboration, les standards de pratique et le développement professionnel continu de chacun.
- Conseiller le Collège des médecins de famille du Canada au sujet des standards pour enseigner les soins de maternité dans les programmes de résidence accrédités par celui-ci.
- Promouvoir le développement de programmes pour améliorer les habiletés des médecins de famille en périnatalité.
- Former des liens de communication entre les médecins qui pratiquent dans différents milieux (ruraux, universitaires, ...).
- Participer à l'élaboration des lignes de pratiques cliniques.

Ainsi, le MNCC est un peu le « chien de garde » de la pratique de la périnatalité par les médecins de famille au Canada. Plusieurs de ses membres sont impliqués dans d'autres comités connexes pour justement s'assurer que tous les enjeux périnataux tiennent compte des médecins de famille et que leurs intérêts sont défendus.

J'aimerais vous parler d'un des derniers enjeux majeurs qui a été la reconnaissance par le Collège des médecins de famille du Canada des pratiques concentrées (focused practices). En effet, le Collège avait jusqu'à dernièrement une position assez fermée face à sa vision de la médecine familiale: un médecin de famille devait faire de tout et non pas centrer sa pratique sur un seul champ d'intérêt. Cependant, cette réalité ne s'appliquait pas à tous: il y avait plusieurs exceptions. Le Collège reconnaît maintenant qu'il existe différents types de médecins de famille, incluant ceux dont la pratique est concentrée (c'est-à-dire centrée sur une seule spécialité) et ceux qui pratiquent la médecine familiale mais consacrent une partie considérable de leur temps à un domaine spécifique. Ainsi, les soins de périnatalité ont été reconnus comme faisant partie des types de pratique concentrée et, par le fait même, le MNCC devrait obtenir une aide plus importante du Collège pour ses projets.

Je fournirai certains détails sur les dossiers en cours dans le prochain Cordon. Pour toute discussion relative aux problématiques reliées au MNCC, n'hésitez pas à me joindre par le biais de l'AOPQ.

Au plaisir,

Andrée Gagnon M.D.

LA PLACE DU MIRENA®

Bonjour à tous!

J'espère que la rentrée n'est pas trop pénible... C'est la période des reprises d'activités, des renouvellements, des nominations et élections en tout genre et, malheureusement ou heureusement, nous suivons le mouvement.

Je vais d'abord vous rappeler gentiment qu'il sera bientôt temps de renouveler votre adhésion à votre association. Si le cœur vous en dit, vous pouvez même devenir agent de recrutement en vous assurant que vos collègues en font autant, on oublie si facilement!

Par ailleurs, au nom du comité exécutif, je vous invite à nous contacter si vous avez des informations intéressantes, des nouveautés à faire partager ou des projets qu'il serait opportun de transmettre à vos collègues accoucheurs Québécois. Même si votre emploi du temps ne vous permet pas d'être membre permanent de l'exécutif, il est toujours possible de vous joindre à nous de façon ponctuelle pour un événement, une discussion ou un projet particulier.

Votre expertise dans un champ spécifique, ou simplement vos idées, sont précieuses. Ne vous privez pas d'une occasion d'en faire profiter les autres.

Bienvenue aux candidats intéressés à joindre officiellement le comité exécutif de l'AOPQ. Dans les deux cas, vous n'avez qu'à communiquer avec un des membres actuels par téléphone ou par courriel et nous faire part de votre intérêt.

Pour le comité exécutif,

Micheline Desgagné M.D.

Depuis l'affaire du Dalkon Shield® dans les années 75, le stérilet avait perdu ses lettres de noblesse dans le monde de la contraception. Jusqu'à tout récemment, moins de 1% des femmes qui utilisaient un moyen contraceptif avaient choisi cette option.

L'arrivée du Mirena® sur le marché canadien en juillet 2001 a complètement révolutionné la place de ce moyen contraceptif auprès des femmes. D'ailleurs, afin d'enterrer les vieux mythes et tabous qui hantent l'appellation stérilet, le Mirena® est présenté plutôt comme un dispositif intra-utérin contenant du levonorgestrel.

Au moment de sa mise en marché, on avait tendance à l'offrir surtout dans les situations de contraception difficile (contre-indications aux estrogènes, saignements utérins dysfonctionnels, troubles de la coagulation, problèmes d'observance, etc.). Il doit maintenant constituer un choix contraceptif au même titre que les autres contraceptifs hormonaux. Le Mirena® est un mode de contraception réversible hautement efficace. Son taux d'efficacité s'approche de celui de la stérilisation chirurgicale. Il est sécuritaire, ne contient pas d'estrogène, ne demande aucune manipulation quotidienne, donc facile à utiliser et il peut être laissé en place pour une période de 5 ans.

Malgré certaines croyances, le Mirena® n'est pas contre-indiqué chez les nullipares. Le risque d'infection pelvienne, quoique faible, est présent dans le premier mois post-insertion et est habituellement secondaire à une infection transmissible sexuellement. Une bonne sélection des patientes et un dépistage avant l'insertion élimine pratiquement ce risque. De plus, l'épaississement du mucus cervical provoqué par le progestatif protégerait contre les infections pelviennes.

Le Mirena® possède de nombreux avantages non contraceptifs. Il s'agit d'un traitement très efficace des ménorragies, entraînant une diminution des pertes sanguines de l'ordre de 74 à 97 %, ce qui influence très favorablement les taux d'hémoglobine. De 30 à 40 % des femmes seront aménorrhéiques après un an et ce pourcentage augmente à chaque année, ce qui constitue un avantage non négligeable pour plusieurs femmes. Pour ces raisons, il constitue une alternative très intéressante à l'hystérectomie et à l'ablation de l'endomètre.

RÉFÉRENCES

Black A. *Consensus canadien sur la contraception*. Dispositifs intra-utérins : chapitre 7 JOGC 2004; 26(3) : 289-96

Hubercher D, Grimes DA. *Noncontraceptive Health Benefits of Intrauterine Devices : a systematic review*. *Obstetrical and Gynecological survey*. 2002; 57(2): 120-8

Kaunitz A. *The Levonorgestrel Intrauterine System: An effective New Contraceptive Option*. *Contraceptive Technology Reports (suppl.)* mai 2002; 1-8

Nagrani R., Bowen-Simpkins P, Barrington J.W. *Can the levonorgestrel intrauterine system replace surgical treatment for the management of menorrhagia ?* BJOG. mars 2002; 119: 345-7

Rauramo I., Elo L., Istre O. *Long-Term Treatment of Menorrhagia With Levonorgestrel Intrauterine System Versus Endometrial Resection*. *Obstet & Gynecol*. 2004; 104(6): 1314-21

Stewart A et al. *The effectiveness of the Levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review*. *BOJG*. janvier 2001; 108: 74-86

EN CONTRACEPTION

Le Mirena® amène également une réduction de la dysménorrhée primaire chez 80 % des femmes et une diminution importante de la dysménorrhée liée à l'endométriose, ce qui améliore de façon très significative la qualité de vie de plusieurs femmes

Le Mirena® est peu dispendieux si on le compare aux autres méthodes contraceptives sur une période de 5 ans. Son coût d'achat réel d'environ 360 \$ (environ 6 \$ par mois) est remboursé par toutes les compagnies d'assurances privées. Il est aussi couvert par le régime public d'assurance médicaments et le coût maximal à payer est maintenant de 75,33 \$ (1,25 \$ par mois) si aucun autre médicament n'a été acheté pendant le mois. Finalement, il est gratuit depuis quelques mois pour toutes les prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale).

En post-partum, il constitue un excellent moyen contraceptif, que la femme allaite ou non. La quantité de progestatif qui se retrouve dans le lait maternel avec le Mirena® est tout à fait négligeable. Il peut être inséré 6 semaines après l'accouchement.

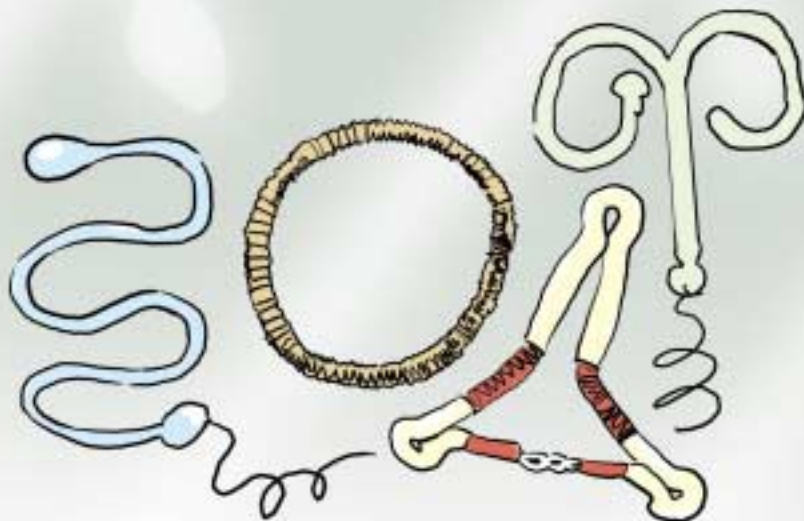
En post-abortum, il peut être inséré en post-opératoire immédiat ou dans les deux à trois semaines qui suivent afin de protéger rapidement la femme contre une nouvelle grossesse non planifiée.

Les saignements menstruels irréguliers survenant au cours des premiers mois sont le principal effet secondaire lié à l'utilisation du Mirena®. Les femmes doivent être bien conseillées sur ces modifications menstruelles possibles afin d'améliorer le taux de satisfaction à la méthode.

Dans la vie mouvementée de tous les jours, les femmes apprécient souvent les méthodes contraceptives très efficaces qui demande peu de manipulation comme le Mirena®. Prenons l'habitude de l'inclure dans le counselling de base sur la contraception. Plus nous aurons de choix contraceptifs à offrir, plus il y aura de femmes satisfaites de leur méthode contraceptive, ce qui devrait contribuer à diminuer les taux de grossesses non planifiées.

Jocelyn Bérubé M.D. MSc

*Clinique de planification des naissances
Centre de santé et de services sociaux
de Rimouski-Neigette*



DES SUBVENTIONS SANS RESTRICTION DES COMPAGNIES BAYER ET MERCK FROSST CANADA ONT ÉTÉ REÇUES POUR LE FINANCEMENT DE CETTE PUBLICATION.

le Cordon

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

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

Aide à la rédaction
Dr Jocelyn Bérubé

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 obstétriciens en périnatalité du Québec



La 3^e FMC du Québec en obstétrique :

De la préconception au post-partum

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



Les 15 et 16 novembre 2007

Lieu de la conférence
Marriott Château Champlain
1, Place du Canada, Montréal (Québec) H3B 4C9

Chambre standard : 159 \$ par nuitée en occupation simple/double
Tél. : 1-800-200-5909 ou (514) 878-9000
Code de groupe : SOGC

Pour s'inscrire à cette conférence
veuillez visiter notre site web www.sogc.org



NOUVEAU

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

(Programme offert en français)



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

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

