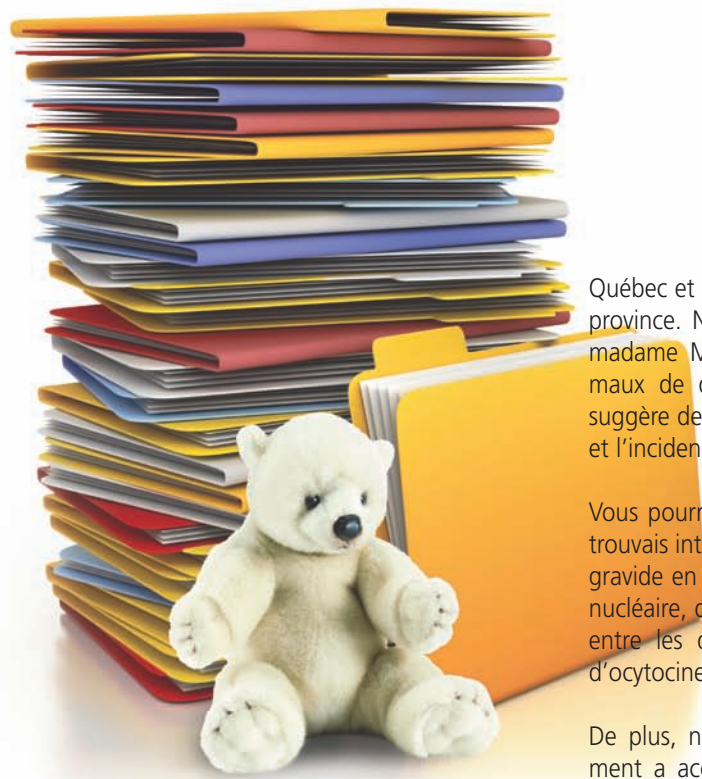


DE QUOI S'OCCUPER!

Sommaire

LA KINÉSIOLOGIE C'est quoi?	4
EN PREMIÈRE LIGNE Accessibilité aux soins	6
LA T21 C'est parti!	10
SAVIEZ-VOUS? Les chiffres parlent	12



Mot de la présidente

BONJOUR À TOUS ET À TOUTES. J'espère que vous avez profité de ce bel été ensoleillé pour « recharger vos batteries »! Comme toujours, la saison estivale permet un peu de relâche au niveau des activités des différents comités sur lesquels siègent les membres de l'exécutif de l'AOPQ. Maintenant, l'automne arrivé, tout se remet en branle!

Nous avons une nouvelle recrue à l'exécutif de l'AOPQ, Dre Balbina Russillo, qui ajoute son enthousiasme à l'équipe. Son apport sera certainement des plus appréciés. Elle remplacera Dre Lisa Graves qui nous a malheureusement quittés pour l'Ontario, mais qui continue à être très active dans les comités nationaux

dont celui du Collège des médecins de famille du Canada pour lequel elle présidera le Programme de Soins maternels et néonataux.

Dre Sylvie Berthiaume, pour sa part, continue de défendre avec entrain et conviction les soins de première ligne aux femmes enceintes et aux enfants de 0 à 5 ans en s'impliquant activement sur le comité d'accessibilité. Son article, très détaillé, nous informe de la situation actuelle (assez déplorable, il faut en convenir) et des recommandations formulées pour la corriger.

En ce qui concerne le programme de dépistage de la trisomie 21, Dr Dominique Pilon nous décrit son implantation dans la région de

Québec et ce qui s'annonce dans le reste de la province. Nous avons aussi une kinésiologue, madame Mélanie Blouin, qui nous parle des maux de dos chez la femme enceinte. Elle suggère des exercices pour diminuer l'intensité et l'incidence de ces maux.

Vous pourrez aussi lire certains articles que je trouvais intéressants sur l'exposition de l'utérus gravide en tomodensitométrie et en médecine nucléaire, de même qu'une étude comparative entre les doses faibles et les doses élevées d'ocytocine lors de la stimulation du travail.

De plus, nous savons tous que le gouvernement a accepté dernièrement de payer pour trois cycles de fertilisation in vitro chez les couples avec des troubles de fertilité. J'ai trouvé pertinent de revoir les raisons derrière les recommandations de la SOGC pour n'implanter qu'un seul embryon jusqu'à 35 ans. Vous pourrez lire un article sur les risques associés aux grossesses multiples. Enfin, je refais une petite mise à jour de certains comités sur lesquels je siège.

Par ailleurs, n'oubliez pas qu'il faut défendre activement nos intérêts en médecine familiale cette année en appuyant la FMOQ dans ses revendications. Espérons que l'obstétrique ne sera pas oubliée... Si elle l'est, ce n'est certainement pas à cause de notre manque d'implication dans le dossier!

Mot de la présidente

suite

Je souhaite de tout cœur vous voir au FMF 2010 qui aura lieu à Vancouver du 14 au 16 octobre prochain, ainsi qu'au Congrès de la SOGC à Montréal les 21 et 22 octobre 2010. Notre assemblée générale aura d'ailleurs lieu le 21 octobre en fin de journée. Venez partager ce court moment avec nous. Mettez-nous au courant des défis auxquels vous faites face et pour lesquels nous pourrions vous être utile. Venez en grand nombre profiter d'une soirée conviviale et toujours agréable.

Le congrès *Enfanter le Monde*, les 25 et 26 novembre prochain à Québec, promet d'être une expérience différente mais combien enrichissante.

D'autres projets sont en cours et seront développés dans les prochains mois. Certains seront chapeautés par l'Ordre des sages-femmes du Québec et permettront éventuellement une meilleure collaboration entre nos deux groupes. De plus, plusieurs membres de notre exécutif rencontreront cet automne le Commissaire au Bien-être et à la Santé qui a été nommé par le gouvernement. Nous souhaitons aider à l'élaboration et la mise en place d'un plan pour améliorer l'accessibilité de notre clientèle obstétricale et des jeunes enfants à des soins de première ligne efficaces et de qualité.

N'oubliez pas de renouveler votre abonnement à l'AOPQ, afin que nous puissions continuer à vous représenter et à améliorer nos conditions de travail. Et, au risque de me répéter, votre implication au niveau de notre association est primordiale. L'assemblée générale serait d'ailleurs un bon début! Nous formons une équipe dynamique et souhaitons vous épauler de notre mieux. Nous avons toujours besoin de vous et de vos idées! Encore bienvenue.

Bonne lecture,



Andrée Gagnon, M.D., CCMF
Présidente de l'AOPQ





INVITATION DOUBLE

Si vous êtes inscrits
au Congrès FMC de la SOGC
les 21-22 octobre 2010...

**VOUS ÊTES CORDIALEMENT INVITÉS
À L'ASSEMBLÉE ANNUELLE
DE L'AOPQ**


JEUDI LE 21 OCTOBRE
après la journée de conférences

ON VOUS ATTEND!

Cocktails et bouchées seront offerts

NOUS VENONS DE CHANGER
NOTRE ADRESSE
POSTALE :

AOPQ
CP 65 SUCC. R
MONTREAL (QUÉBEC)
H2S 3K6



LA KINÉSIOLOGIE C'EST QUOI?

La kinésiologie est une science nouvelle. Le kinésologue est un spécialiste de l'activité physique. Principalement, il utilise le mouvement humain comme source de prévention, de traitement et de réadaptation pour la population en générale. Ceci ouvre des portes sur plusieurs champs de pratique tels que la promotion de la santé, la réadaptation de blessures musculo-squelettiques, les performances sportives et l'ergonomie au travail. Son type d'intervention est une forme de médecine sportive.

LES MAUX DE DOS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

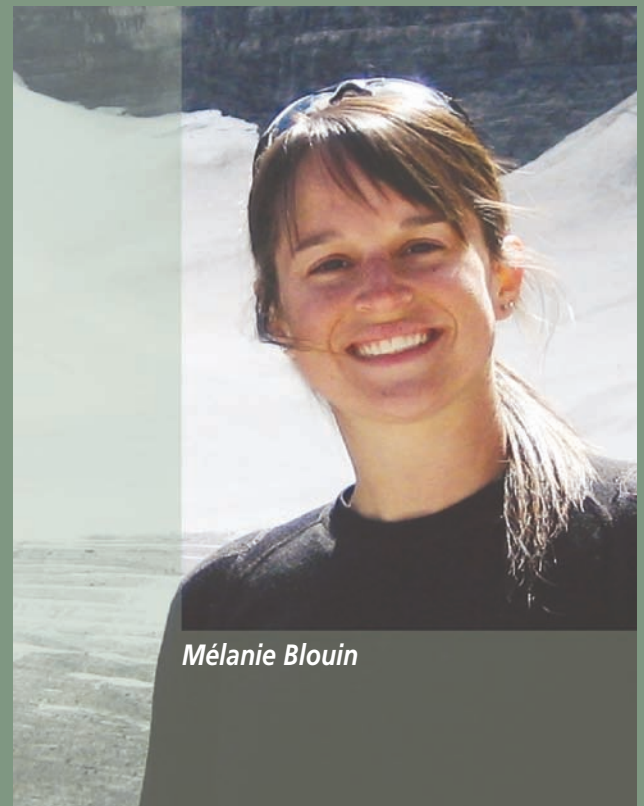
Tout au long de la grossesse, le corps de la femme se modifie. Parmi les changements musculo-squelettiques, les maux de dos sont sans doute la plainte la plus fréquente. Ils sont essentiellement causés par un déplacement du centre de gravité vers l'avant. Le poids des seins, de l'utérus et du fœtus augmente plus la grossesse avance. Ce déplacement antérieur accentue la courbure lombaire afin de compenser un déséquilibre statique qui devient de plus en plus problématique. Par ailleurs, on remarque chez la femme enceinte une hypotonie généralisée de la gaine abdominale. Pour couronner le tout, le bassin se retrouve en antéversion. C'est sur ce dernier que le travail musculaire doit se concentrer.

Avec tous les bienfaits qu'on lui accorde, l'activité physique prend une place prépondérante durant la grossesse. Entre autres, elle permet à la mère active de se préparer à l'accouchement, d'éviter le déconditionnement et de faciliter la récupération. De plus, l'activité physique incite l'adoption de saines habitudes de vie. Elle limite la prise de poids, l'apparition du diabète gestationnel et l'incontinence urinaire. Plusieurs risques à l'exercice sont erronés et aucune étude ne prouve l'existence de complications véridiques.

Généralement, il est recommandé aux femmes enceintes de faire 30 minutes d'activité physique fractionnée ou continue de trois à quatre fois par semaine. L'intensité doit se situer entre 40 et 60 % des fréquences cardiaques de réserve. Il est important que la femme se concentre sur des activités d'aérobies impliquant de grosses masses musculaires. Les exercices de musculation avec des petites charges doivent être exécutés à de nombreuses répétitions. La piscine peut être un environnement confortable pour l'exécution de ses exercices.

Certaines règles de base doivent être prises en considération avant de prescrire des exercices pour une femme enceinte. Il est particulièrement important d'adapter ceux-ci aux trimestres. À partir du deuxième trimestre, il faut éviter les exercices en décubitus dorsal. Il est important de sélectionner les activités selon les conditions et l'expérience physique de la femme. D'ailleurs, l'intervenant doit varier les séances afin de garder la motivation. La femme enceinte doit viser le maintien de ses acquis musculaires et se concentrer sur les étirements. Durant ces semaines, la performance sportive ne doit pas être un objectif à atteindre.

Je suis diplômée en kinésiologie de l'université du Québec à Trois-Rivières depuis avril 2010. Présentement, je travaille pour la Fédération du sport francophone de l'Alberta. Mon travail est concentré sur le développement de plusieurs outils clé en main afin de sensibiliser et de motiver les écoles primaires à augmenter leurs minutes d'activité physique par jour et d'adopter de saines habitudes alimentaires. J'ai acquis mon expertise auprès des femmes enceintes pendant mon internat final au Centre de santé communautaire St-Thomas en Alberta. Mon travail dans une équipe multidisciplinaire m'a permis de perfectionner mon approche envers cette clientèle. Je suis membre de l'Alberta Kinesiology Association (AKA).

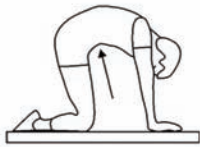


Mélanie Blouin

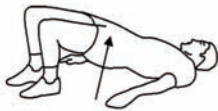
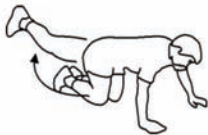
VOICI QUELQUES EXEMPLES D'EXERCICES PRESCRITS POUR LES FEMMES ENCEINTEES SOUFFRANT DE MAUX DE DOS DE DOS

Il est recommandé de faire de 13 à 20 répétitions

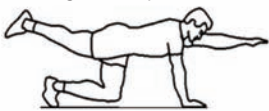
Pour apprendre et renforcer le patron moteur et le mur abdominal : étirement des érecteurs du rachis. Cet exercice est intéressant à faire quotidiennement.



Pour renforcer les extenseurs de la hanche et la musculature du rachis : travailler la stabilité du tronc et le patron moteur. Garder constamment le dos droit.



garder la position



RÉFÉRENCES

KINO-QUÉBEC (2009). Active pour la vie : Activité physique et grossesse.

www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications

Directive clinique conjointe de la SOGC et de la SCPE. (juin 2003). L'exercice physique pendant la grossesse et le post-partum.

www.sogc.org/guidelines/public/129F-JCPG-Juin2003.pdf

QUEEN'S UNIVERSITY (septembre 2006). Active living during pregnancy!

www.phe.queensu.ca/exphys/active.htm

WILMORE, J.H. et COSTILL, D.L. (Sept 2006). Physiologie du sport et de l'exercice. Traduction de la 3^e édition Sciences et pratiques du sport. p. 488-490

Notes de cours universitaires. Université du Québec à Trois-Rivières, département des sciences de l'activité physique, Division Kinésiologie 7337. Différentes notes de différents professeurs et chargés de cours qualifiés. Année 2007 à 2010.

Santé Canada. (2009). Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé; Renseignements relatifs au Guide alimentaire canadien.

www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/guide-prenatal-fra.pdf

LA FEMME ENCEINTE DEVRA DÉBUTER PAR UN LÉGER ÉCHAUFFEMENT pour augmenter la circulation sanguine vers les muscles actifs. Pendant la séance, elle doit respirer profondément et éviter la manœuvre de Valsalva. Celle-ci diminue le retour veineux et, par conséquent, le débit cardiaque et le débit utérin.

La stabilité du tronc s'acquiert tranquillement. Il est primordial de progresser selon les étapes exposées ci-dessous. La femme peut passer à l'étape suivante, si elle répond aux critères d'exécution de l'exercice proposé à l'étape précédente.

1 Tout d'abord, pour diminuer les symptômes lombaires douloureux, il est prioritaire d'encourager une posture de référence adéquate dans toutes les activités quotidiennes.

2 Ensuite, le kinésologue doit travailler sur la compréhension, l'apprentissage et la pratique du patron moteur (coordination motrice) du bassin. Il faut focaliser sur la zone neutre de celui-ci. La femme doit être en mesure de contrôler la posture de son rachis en position statique et dynamique. L'intervenant doit axer ses interventions sur le développement de l'effet cylindre en posture debout et cibler la musculature impliquée dans l'antéversion du bassin.

MUSCLES À CIBLER DANS LE CAS D'UNE ANTÉVERSION DU BASSIN

À RENFORCIR

Ces muscles sont affaiblis ou hyperextensibles.

Extenseurs de la hanche = grand fessier, ischiojambiers et grand adducteur

Mur abdominal = transverse de l'abdomen, droit de l'abdomen, oblique inter et externe

À ÉTIRER

Ces muscles sont hypoextensibles.

Fléchisseurs de la hanche = psoas-iliaque, sartorius, droit antérieur, pectiné, tenseur du fascia, lata, grand adducteur

Extenseurs du rachis = érecteur du rachis, semi-épineux, carré des lombes, interépineux, multifides

3 Par la suite, il faut optimiser ce patron moteur. Les exercices doivent se concentrer sur le développement du système proprioceptif du tronc. La patiente doit renforcer la synergie de ses muscles stabilisateurs (intra et intermusculaires). Les exercices sur un ballon suisse permettent un meilleur recrutement de ces fibres musculaires, car le corps doit répondre à un déséquilibre constant. De plus, il procure un effet d'apesanteur apprécié des femmes enceintes. Celles-ci doivent utiliser ce ballon précautionneusement.

4 Finalement, lorsque ces trois composantes sont acquises, les exercices ciblés doivent augmenter l'endurance de la musculature dorsale. Il faut prioriser de 13 et 20 répétitions par série. La vitesse d'exécution doit être de lente à modérée, c'est-à-dire entre quatre et dix secondes.

Pour terminer, profiter des suivis médicaux pour inciter les femmes à renforcer leurs planchers pelviens sous forme d'exercice de Kegel. Il est impératif de faire ces exercices. Le premier pas vers l'activité physique est souvent le plus difficile. Alors, encouragez-les!

Mélanie Blouin, BSc. Kin., AKA

EN PREMIÈRE LIGNE

NOUVELLES DU COMITÉ D'ACCESSIBILITÉ POUR LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX ENFANTS DE 0 À 5 ANS

ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE EN OBSTÉTRIQUE

Nous avons obtenu de la RAMQ des fichiers anonymes concernant quantité de femmes ayant accouché en 2008 et d'enfants de 0 à 5 ans à cette période. L'analyse de ces données nous a permis d'établir une trajectoire de services médicaux obtenus par cette clientèle pendant la dite période. Voici ce qui en ressort.

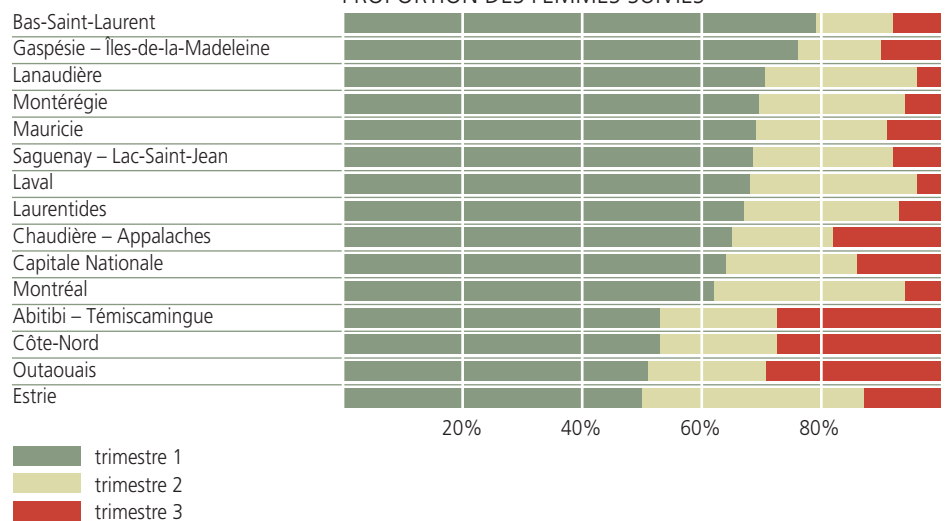
Pour les femmes enceintes, notre analyse nous révèle que plus de 30 % n'ont pas eu de visite avec le médecin au premier trimestre. Le tableau ci-contre illustre ces données.

Dans certaines régions, en Estrie en particulier, ces données pourraient sous-estimer l'accessibilité au premier trimestre puisque la visite est faite auprès d'une infirmière. Les régions de Montréal, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Outaouais semblent avoir un problème sérieux d'accessibilité au premier trimestre avec 40 % et plus des femmes vues plus tardivement.

Dans toute la province, environ 40 % des suivis de grossesse sont effectués principalement par des omnipraticiens. Ceci varie beaucoup selon les régions.

*** Dans le tableau ci-contre, « 0 % » représente des visites effectuées uniquement chez un obstétricien-gynécologue.** Les sages-femmes ne sont évidemment pas incluses dans ces résultats mais on sait déjà qu'elle ne font qu'environ 1 % des suivis de grossesse. De façon prévisible, on note que dans les grands centres comme Montréal et Québec, le pourcentage de suivi par des omnipraticiens est nettement moindre. D'autres analyses de ces fichiers nous révèlent que la vaste majorité des femmes enceintes ont de 10 à 12 visites médicales pendant leur grossesse et qu'il y a une bonne continuité avec le même médecin.

PROPORTION DES FEMMES SUIVIES



SUIVI EN OMNIPRATIQUE

	0 % *	1 % à 33 %	33 % à 66 %	66 % à 99 %	100 %
Bas-Saint-Laurent	28,9	12,9	7,3	14,0	37,0
Saguenay – Lac-Saint-Jean	17,5	16,3	5,3	28,8	32,1
Capitale Nationale	24,2	29,4	13,3	23,3	9,9
Mauricie	33,8	20,3	6,9	25,1	13,8
Estrie	16,3	18,0	8,5	33,2	24,0
Montréal	34,8	37,0	6,0	10,1	12,1
Outaouais	6,1	6,6	17,1	10,2	60,0
Abitibi – Témiscamingue	0,5	0,2	7,1	65,2	27,0
Côte-Nord	13,6	5,1	10,2	34,2	36,9
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	32,6	7,9	6,0	12,1	41,4
Chaudière – Appalaches	17,4	20,6	12,0	32,7	17,4
Laval	26,6	25,2	3,1	13,4	31,6
Lanaudière	20,2	18,9	3,7	22,9	34,3
Laurentides	12,1	12,7	5,5	27,2	42,5
Montérégie	25,3	27,9	4,5	25,4	16,9
Province	24,8	25,0	7,0	21,3	21,9

Note : Pour produire ce tableau, nous avons retenu toutes les visites faites à un omnipraticien ou un obstétricien-gynécologue soit en cabinet privé, en GMF, en CLSC ou en clinique externe d'un établissement. Les visites faites à l'urgence d'un établissement et lors d'une admission à l'hôpital n'ont pas été retenues.

Il y a un peu plus d'un an, la table sectorielle mère-enfant des RUIS a mis sur pied un groupe de travail sur l'organisation des services de première ligne en obstétrique et pédiatrie (0 à 5 ans). Le mandat de ce comité est de faire un état de la situation actuelle de l'accessibilité aux soins de première ligne pour cette clientèle à travers le Québec et de faire des recommandations pour l'améliorer. Le comité est présidé par la très dynamique Dre Aurore Côté, pédiatre à l'hôpital de Montréal pour enfants. Ce comité est composé de pédiatres, de gynécologues-obstétriciens, d'omnipraticiens, d'infirmières, de sages-femmes et de représentants du ministère. À l'heure où j'écris ces lignes, les travaux de ce comité ne sont pas tout à fait terminés, mais ils sont assez avancés pour que je puisse vous en faire part.

ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE POUR LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS

De la même façon que pour les femmes enceintes, nous avons eu de la RAMQ les fichiers anonymes de consultations médicales pour les enfants de 0 à 5 ans en 2008 à travers le Québec. Nous avons pu en extraire les données suivantes.

Tout d'abord, on note que près de 5 % des enfants de 0 à 2 ans n'ont pas eu de visite médicale en 2008. Cette proportion augmente au fil des âges pour atteindre 20 % chez les 4 à 6 ans. C'est tout de même la vulnérabilité des 0 à 2 ans qui rend ces chiffres préoccupants. Voir ci-contre les données par région.

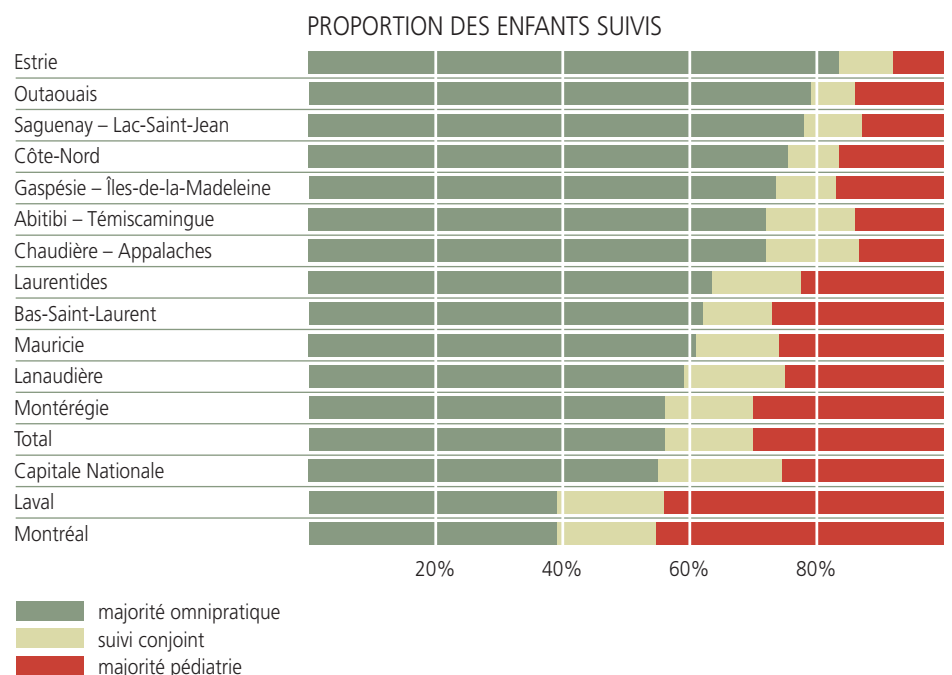
Encore une fois, les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, Montréal, la Côte Nord et l'Outaouais font mauvaise figure. La Gaspésie qui performait bien en obstétrique semble déficiente en pédiatrie.

On a essayé de retracer la proportion des enfants qui bénéficiait d'un suivi régulier auprès d'un médecin à l'aide des codes 8877 (omnipraticien) et 9194 (pédiatrie). Pour les 0 à 2 ans, la proportion de suivi régulier serait de 64 %. Elle décroît chez les plus vieux mais, selon moi, les données après 2 ans sont peu fiables à cause des problèmes que les omnipraticiens ont eu avec le code 8877. Même pour les 0 à 2 ans, on sous-estime probablement à cause du peu d'utilisation de ce code par les médecins de CLSC. Le pourcentage de suivi par les médecins de famille a aussi été évalué.

Comme on le voit bien dans le tableau ci-contre, Montréal et Laval sont les endroits où le plus de suivis se fait en spécialité. Ailleurs, la majorité du suivi est fait par les omnipraticiens.

On a aussi évalué si les enfants sans suivi régulier étaient plus susceptibles de consulter à l'urgence. Cela se confirme avec tous les groupes d'âge.

	0 à 2 ans	1 à 3 ans	4 à 6 ans
Capitale Nationale	2 %	7 %	14 %
Chaudière – Appalaches	2 %	5 %	14 %
Laurentides	2 %	6 %	15 %
Saguenay – Lac-Saint-Jean	3 %	9 %	25 %
Mauricie – Centre du Québec	3 %	11 %	23 %
Laval	3 %	6 %	13 %
Lanaudière	3 %	7 %	17 %
Montérégie	3 %	6 %	16 %
Bas-Saint-Laurent	4 %	8 %	19 %
Estrie	4 %	11 %	18 %
Abitibi – Témiscamingue	6 %	13 %	26 %
Montréal	7 %	11 %	21 %
Côte-Nord	14 %	15 %	31 %
Outaouais	15 %	19 %	29 %
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	15 %	17 %	29 %
Total	4.7 %	8.8 %	18.6 %



EN PREMIÈRE LIGNE

RECOMMANDATIONS

Toutes ces données confirment donc qu'il y a un problème d'accessibilité pour les soins de première ligne pour les femmes enceintes et les 0 à 5 ans. Certaines régions sont nettement plus touchées que d'autres et devront faire des efforts supplémentaires dans l'organisation des soins pour cette clientèle.

Le comité n'a pas finalisé ses travaux, surtout en ce qui concerne les recommandations. Je vous en présente tout de même les grandes lignes.

SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Le comité recommande que d'ici 3 ans, 95 % des femmes enceintes aient leur première visite au premier trimestre. Pour atteindre cet objectif, on préconise les mesures suivantes :

- Dans les CSSS, instaurer un guichet unique pour les grossesses qui pourrait se greffer au guichet des clientèles vulnérables.
- Dans chaque Agence et CSSS, faire un recensement des médecins et sages-femmes qui font des suivis de grossesse.

- Offrir aux médecins généralistes qui font un gros volume de suivis, un support infirmier supplémentaire, que ce soit dans les GMF ou les cabinets. Donner à ces infirmières une formation standardisée.

- Faire une ordonnance collective du bilan de premier trimestre permettant à toutes les femmes enceintes, suite à l'avis de grossesse, d'avoir des prélèvements avant même de voir leur médecin. Mettre en place un système qui permet d'avoir accès rapidement aux résultats de ces tests (dossier informatisé).

- Dans les régions où l'accès est plus problématique, offrir une formation rémunérée aux médecins intéressés à renouer avec cette clientèle. Leur donner aussi un accès garanti à des médecins consultants accoucheurs.

SUIVI DES 0 À 5 ANS

Le comité recommande que d'ici 3 ans, 95 % des nouveau-nés soient inscrits auprès d'un médecin dès le premier mois de vie. Pour atteindre cet objectif, les solutions proposées sont les suivantes :

- Offrir un support infirmier aux médecins pour effectuer certaines visites de routine surtout la première année. Donner à ces infirmières une formation standardisée inspirée de l'ABCdaire mis à jour.

- Dans les CSSS, instaurer un guichet unique pour les nouveau-nés. Celui-ci pourrait se greffer au guichet des clientèles vulnérables.

- Offrir au médecin qui prend en charge un nouveau-né « orphelin » le forfait de prise en charge de la clientèle vulnérable.

- Dans chaque Agence et CSSS, faire le recensement des médecins qui font du suivi des 0 à 5 ans.

- Dans les régions plus problématiques, offrir aux médecins intéressés à renouer avec cette clientèle une formation rémunérée. Un programme de mentorat pourrait aussi être instauré.

CONCLUSION

Avec ces recommandations on voit bien que, malgré la pénurie de professionnels, il est possible d'améliorer significativement la situation en organisant mieux les soins. Un support infirmier adéquat pour les médecins de famille et un guichet unique pour cette clientèle vulnérable sont les conditions essentielles à cette réorganisation. Après toutes ces consultations (comité d'implantation de la politique en périnatalité, comité d'accessibilité aux soins de première ligne, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec), il est temps que le Ministère, les Agences et les CSSS passent aux actes.

Sylvie Berthiaume, M.D.



THE BURDEN OF MULTIPLE PREGNANCY

The rate of multiple births in Canada has increased substantially in the last 3 decades, as it has in other western countries. From 1995 to 2004, the Canadian multiple birth rate rose steadily from 2.2% to 3.0%, translating into an additional 900 multiple births per year. The rate of twin pregnancies has increased by 50% to 60% since the mid-1970s, and the rates of higher order (triplet or more) multiple pregnancies have increased by 300% to 700%. Although 25% to 33% of this increase in multiple pregnancies is attributable to a contemporaneous increase in maternal age, 30% to 50% of twin pregnancies, and at least 75% of triplet pregnancies, occur after infertility treatment.

In 2006 in Canada, there were 12,052 assisted reproductive technology treatment cycles, including IVF and ICSI with both autologous and donor oocytes, and FET. In 24.9% of cycles, these treatments resulted in births, of which 28.1% were twins and 1.2% were triplets. While the higher order multiple delivery rate has maintained its decline since 2001, the twin rate remains unchanged.

The most substantial problem resulting from multiple pregnancies relates to newborn immaturity subsequent to preterm birth. In 2004, preterm births (< 37 weeks) in Canada occurred in 6.7% of singletons, 57.0% twins, and 96.1% of higher order multiple gestations.

In ART singleton and twin births, the frequency of preterm birth was higher 15.9% of singletons and 69.1% of twins (Table 1). The increased risks associated with twin gestations are well documented. They include significantly increased rates of perinatal mortality and a 5-fold increased risk of cerebral palsy. Although much of the mortality and cerebral palsy risk is

attributable to higher rates of preterm delivery, even at term, twins are at increased risk for these complications compared with singletons. Preterm delivery is also associated with higher rates of bronchopulmonary dysplasia, visual complications including blindness, and necrotizing enterocolitis. Following birth, multiples suffer from increased rates of learning difficulties and perceptual disabilities. Growth-restricted twins are at increased risk of poor postnatal growth and speech and behavioural problems compared with their appropriately grown siblings. Further, the differences in locomotive, hearing, speech, and practical reasoning scores increase with the degree of birth weight discordance. Similarly, increased morbidity and mortality has been reported in IVF twins compared with IVF singletons. Compared with IVF singletons, IVF twins have a 10-fold increased risk of preterm (<37 weeks) delivery, a 7-fold increased risk of delivery before 32 weeks' gestation, and a 12-fold and 5-fold increased risk of birth weight < 2500 g and <1500 g, respectively. The risk of stillbirth is doubled. However, incidence of neurological sequelae appears to be similar.

It is also well established that maternal morbidity is increased with multiple pregnancies. In spontaneously conceived multiples, preeclampsia, myocardial infarction, heart failure, pulmonary edema, venous thromboembolism, Caesarean section, hysterectomy, and blood transfusion were all significantly more common than in singleton pregnancies. There was a trend toward an increase in maternal death. Maternal depression and parenting stress, decreased quality of life, and difficulty in meeting basic material needs were significantly more common for parents of IVF multiples than for parents of singletons.

TABLE 1 - 2006 CANADIAN ART BIRTH OUTCOMES

Plurality	Number of neonates	Perinatal mortality rate	Median GA at delivery weeks	Preterm birth %	Very preterm birth %	Low birth weight %	Extremely low birth weight %
Single	2,123	11.8	39	15.9	4.6	9.7	0.9
Twin	1,692	30.1	36	69.1	21.0	51.6	3.0
~Triplet	112	44.6	32	100.0	77.8	96.2	19.8

Perinatal mortality rate (per 1000 births); GA: Gestational age; preterm: < 37 weeks; very preterm: < 34 weeks; low birth weight: < 2500 g; extremely low birth weight: < 1000g.

Excerpt from the JOINT SOGC–CFAS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
Elective Single Embryo Transfer Following In Vitro Fertilization
 No. 241, April 2010



LE PROGRAMME ENFIN COMMENCÉ!

La région de Québec a été la première à pouvoir bénéficier du programme de dépistage de la T21. On a donc commencé à accepter les échantillons au début d'août à un des deux centres d'analyse du Québec (Saint-François d'Assise). Cette région a décidé de limiter le prélèvement du 1^{er} trimestre à seulement deux centres (celui du CHUL et de Saint-François d'Assise). L'avantage de limiter le nombre de centre assure le bon déroulement du processus, de plus les patientes peuvent avoir recours à une échographie de datation si besoin à ces endroits. Le désavantage est bien sûr la moins bonne accessibilité. Par contre le deuxième prélèvement pourra se faire dans les 18 centres de cette région.

Il semble y avoir eu une bonne collaboration des médecins de la région, plusieurs ont fait la formation en ligne et ont bénéficié de multiples renseignements de fonctionnement mais aussi de contenu. Près de 153 participants ont fait cette formation et ont pu recevoir des crédits de formation.

Le laboratoire reçoit actuellement entre 40 et 60 échantillons par jour; ceci comprend, par contre, le dépistage du 2^e trimestre qui était proposé avant l'instauration du Programme dans cette région.

Le premier échantillon est actuellement reçu autour de la 11^e semaine (N = 10 à 14 semaines) alors que le deuxième prélèvement est reçu autour de 14 semaines et demie (N = 14 à 18 semaines).

Une des difficultés actuellement rencontrées est l'achat des formulaires de consentement. Ce n'est pas un problème si on pratique à l'hôpital mais il y a eu une certaine « hésitation » dans le milieu des cliniques privées... Le formulaire n'est pas très cher (12 ¢) mais les médecins se demandent bien pourquoi ils devraient déboursier pour ce nouveau formulaire. Une solution possible serait de le faire acheter par l'hôpital d'attache. Une distribution à tous les intervenants du territoire ainsi que les médecins accoucheurs pourrait également résoudre ce problème.

Le Programme n'oblige pas la patiente à avoir une échographie de datation. Par contre, nous savons que le risque calculé pour la T21 est très sensible à l'âge gestationnel. Une erreur de date pourrait facilement entraîner un faux positif. C'est pourquoi il est recommandé, dans la mesure du possible, d'obtenir cette échographie pour être le plus précis. La limite des ressources actuelles ne nous permet pas toujours d'avoir cette échographie ou, du

moins, pas au 1^{er} trimestre. Le Programme tiendra en compte une évaluation d'âge gestationnel même après le premier prélèvement (soit à 14 semaines ou plus). Le calcul du risque sera reconsidéré seulement si la date prévue d'accouchement diffère de sept jours ou plus.

Il y a eu plusieurs contestations pour inclure la mesure de la clarté nucale dans le calcul du risque. Un sous-comité a été créé pour établir les normes minimales acceptables pour inclure cette donnée dans le calcul du risque. La mesure sera acceptée si le radiologiste et le centre où il pratique sont certifiés. Le radiologiste doit avoir réussi la formation et être certifié par la FMF (The Fetal Medicine Foundation), l'organisme de référence pour les mesures de clarté nucale. Une réévaluation de la liste des personnes certifiées sera faite chaque six mois.

Le déploiement du Programme se faisant progressivement, ce sera au tour de la région de Chaudière-Appalaches de pouvoir bénéficier du Programme. La région de Montréal ne sera pas en reste puisque la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine pourra également y avoir accès très bientôt. Après rodage, l'accès sera étendu à toute la région.

Dominique Pilon, M.D.

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

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

Depuis la dernière publication du Cordon au printemps dernier, tous ces comités ont eu une seule réunion. Le Programme des Soins maternels et néonataux du Collège des médecins de famille du Canada a surtout travaillé sur deux points :

- le contenu de la journée de présentations en périnatalité pour le Forum de Médecine Familiale (FMF) de Vancouver le 15 octobre prochain (il y aura aussi des ateliers pratiques le 14 octobre),
- l'élaboration de nouvelles directives concernant l'exposition des résidents en médecine familiale à l'obstétrique.

Ce dernier point est travaillé par un sous-comité du Programme des Soins maternels et néonataux depuis la fin du printemps dernier. En collaboration avec le Comité d'accréditation, il devra développer des standards de soins périnataux que les programmes pourront réaliser tout en comblant les besoins des Canadiennes enceintes. Ceci représente tout un défi puisqu'il semble pratiquement impossible que toutes les Unités de médecine familiale au Canada aient un nombre adéquat d'enseignants en soins obstétricaux. Il faudra donc user de souplesse dans la manière d'appliquer ces futures recommandations tout en exigeant une formation adéquate en obstétrique à bas risque chez tous les résidents en médecine familiale. Ce groupe de travail remettra ses recommandations finales à l'automne 2011. Cependant, il faut planifier correctement puisque le cycle d'accréditation est de 6 ans et qu'aucune modification ne peut être faite au cours du cycle.

Une discussion a aussi eu lieu sur le fait qu'à travers le Canada un certain nombre d'hôpitaux sont menacés de fermeture à moins de cesser la pratique obstétricale à cause des risques de poursuite judiciaire. Le comité se renseignera sur le nombre d'hôpitaux qui sont touchés par un problème semblable afin de décider si le document de 1998 sur les soins de maternité en milieu rural devra être révisé pour aider ces milieux à garder leur unité d'obstétrique ouverte. Dans cette même lignée d'idées, des nouveaux modèles de collaboration interdisciplinaire (médecins, infirmières, sages-femmes) devront s'élaborer pour combler les déficits en main-d'œuvre.

Pour la SOGC et la SCP, différentes lignes directrices continuent d'être révisées ou élaborées. Il y a évidemment eu celles concernant la fertilisation in vitro et, tout dernièrement, l'alcool et la grossesse. Bientôt sortiront aussi les lignes directrices sur les congés des bébés de petite prématurité (34-36 semaines de gestation).

Andrée Gagnon, M.D.

SAVIEZ-VOUS QUE...

TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

Saviez-vous qu'en imagerie médicale... « Les doses délivrées au volume exploré en TDM sont en règles plus importantes et plus homogènes qu'en radiologie conventionnelle, en raison de la rotation du tube autour du patient. La dose délivrée doit être appréciée dans le volume entier. Les résultats des publications de dosimétrie du scanner présentent aussi une grande variabilité, moins dispersés cependant que ceux de la radiologie conventionnelle. Ici encore nous fournissons un ordre de grandeur de la dose délivrée au volume exploré par chaque type d'exploration. » *

ORDRE DE GRANDEUR DES DOSES DÉLIVRÉES À L'UTÉRUS PAR LES CLICHÉS STANDARD (EN MGy)*

INCIDENCES	DOSE À L'ENTRÉE	DOSE À MI-ÉPAISSEUR
Rachis lombaire de face	15	1,5
Rachis lombaire de profil	30	2,5
Abdomen sans préparation	12	1,5
Bassin de face	12	1,5
Pelvimétrie	50	6
Urographie intraveineuse (10 clichés)	100	12
Lavement baryté	120	15
Artériographie abdomen et membres inférieurs	200	15

ORDRE DE GRANDEUR DES DOSES DÉLIVRÉES AU VOLUME EXPLORÉ ET À L'UTÉRUS PAR LES EXAMENS TOMODENSITOMÉTRIQUES

*En mGy, pour une seule étude**

RÉGION EXPLORÉE	DOSE AU VOLUME	DOSE À L'UTÉRUS
Tête	40	< 0,01
Thorax	15	0,1
Abdomen (pelvis non-exploré)	20	5
Pelvimétrie (TDM)	3	3
Pelvis	25	25
Rachis lombaire (sans inclinaison statif)	15	10

*RÉFÉRENCE

Y.-S. Cordoliani, H. Foehrenbach; *Radioprotection en milieu médical; Principes et mise en pratique; p. 77-78, 2e édition, 2007).*

SAVIEZ-VOUS QUE...

MÉDECINE NUCLÉAIRE

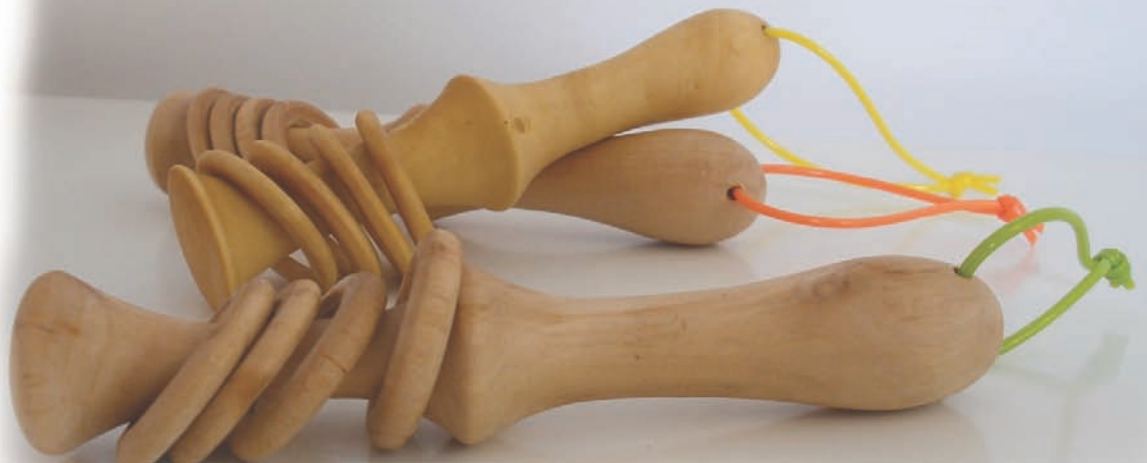
Saviez-vous qu'en médecine nucléaire, « les doses reçues par l'enfant in utero sont différentes en début et en fin de grossesse. Le tableau suivant montre que pour la plupart des examens, la dose reçue à l'organisme entier reste faible, inférieure à 5 mSv mais que le réel problème se situe à la thyroïde en cas d'administration d'iode 131. La glande thyroïde est fonctionnelle après la 8^e semaine suivant la conception. Une scintigraphie à l'iode 131 réalisée de la 9^e semaine au 9^e mois induira une insuffisance thyroïdienne aux conséquences très graves sur le fœtus »*. En conséquence, l'I-131 n'est pas administré aux enfants et aux femmes enceintes.

ORDRE DE GRANDEUR DES DOSES DÉLIVRÉES À L'ENFANT PAR LES EXPLORATIONS DE MÉDECINE NUCLÉAIRE RÉALISÉES CHEZ LA MÈRE

RADIO ÉLÉMENT	EXAMEN	ACTIVITÉ ADMINISTRÉE À LA MÈRE (en MBq)	DOSE REÇUE PAR L'ENFANT DÉBUT DE GROSSESSE (mSv)	DOSE REÇUE PAR L'ENFANT FIN DE GROSSESSE (mSv)
Tc-99m	Scintigraphie osseuse	750	5	2
Tc-99m	Perfusion pulmonaire	200	0.5	0.8
Tc-99m	Ventilation pulmonaire	40	0.2	0.1
Tc-99m	Thyroïde	400	4	4
Tc-99m	Fonction rénale	750	7	4
Ga-67	Abcès, tumeur	190	16	25
I-123	Captation thyroïdienne	30	0.5	0.3 (30mGy à la thyroïde)
I-131	Recherche de métastases	40	3	11 (30 Gy à la thyroïde)

*RÉFÉRENCE

Y.-S. Cordoliani, H. Foehrenbach; Radioprotection en milieu médical; Principes et mise en pratique; p.79; 2e édition, 2007.



HIGH-DOSE VS LOW-DOSE OXYTOCIN FOR LABOR AUGMENTATION

A SYSTEMATIC REVIEW

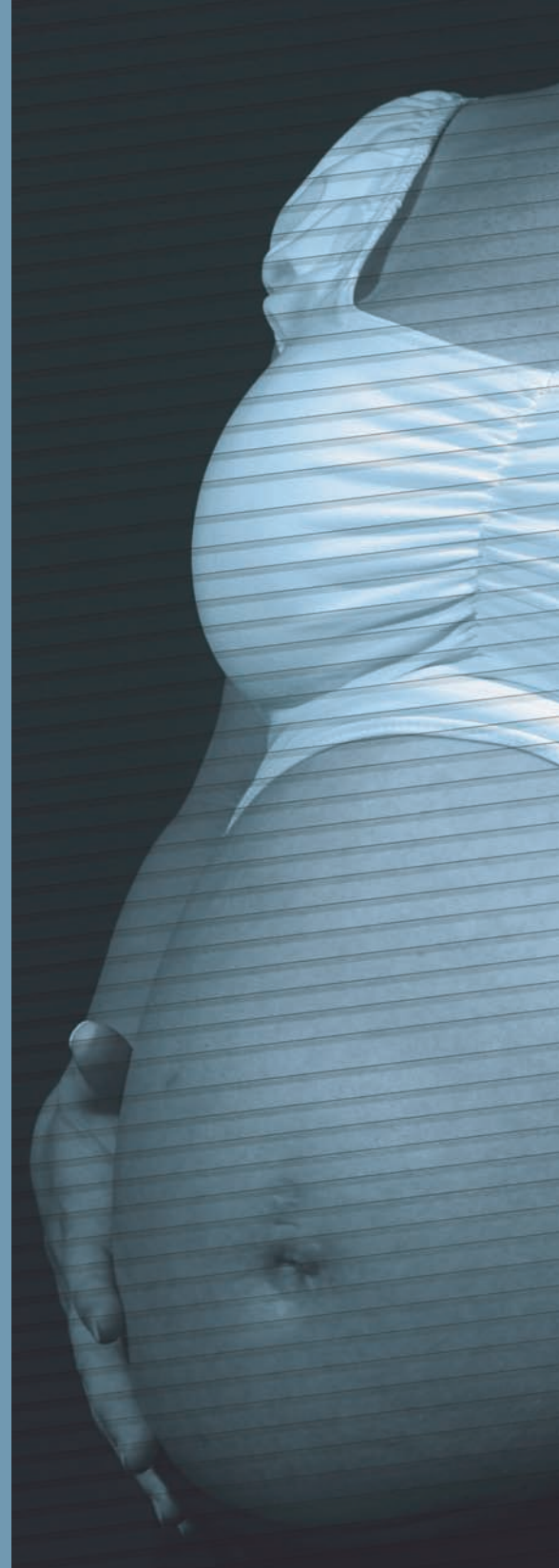
SQ Wei, ZC Luo, HP Qi, H Xu, and WD Fraser
Am J Obstet Gynecol, May 6, 2010 .

Department of Obstetrics and Gynecology, Saint-Justine Hospital, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; Department of Obstetrics and Gynecology, the First Affiliated Hospital, Harbin Medical University, Harbin, China.

The objective of this systematic review was to estimate the efficacy and safety of high-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation on the risk of cesarean section and on indicators of maternal and neonatal morbidity. We searched PubMed, MEDLINE, EMBASE, and the Cochrane Library for randomized clinical trials published until January 2010. Ten randomized clinical trials, including 5,423 women, met the inclusion criteria.

High-dose oxytocin was associated with a moderate decrease in the risk of cesarean section (relative risk [RR], 0.85; 95% confidence interval [CI], 0.75-0.97), a small increase in spontaneous vaginal delivery (RR, 1.07; 95% CI, 1.02-1.12), and a decrease in labor duration (mean difference: -1.54 hours, 95% CI, -2.44 to -0.64). While hyperstimulation was increased with high-dose oxytocin (RR, 1.91; 95% CI, 1.49-2.45), there was no evidence of an increase in maternal or neonatal morbidity.

We conclude that high-dose oxytocin for labor augmentation is associated with a decrease in cesarean section and shortened labor.



leCordon

Le bulletin LE CORDON est publié par L'AOPQ
CP 65, succ. R, Montréal (Québec) H2S 3K6

info@aopq.org ■ www.aopq.org

AOPQ

Dr Andrée Gagnon,
présidente

Dr Sylvie Berthiaume
Dr Anne Gosselin-Bisson
Dr Dominique Pilon
Dr Balbina Russillo
Dr Mélanie Savard-Côté
Stéphanie Julien, secrétaire

Aide à la rédaction

Madame Mélanie Blouin

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 obstétriciens et pédiatres 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_x seulement



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

R_x 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



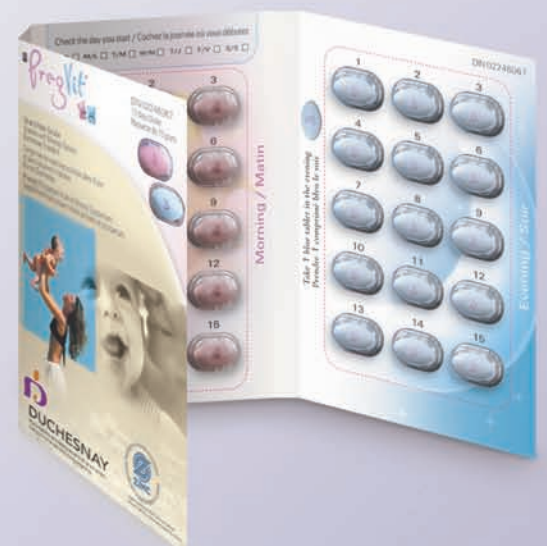
1 comprimé rose le matin
(comprend le **fer**)



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



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
www.pregvitfolic5.com / www.pregvit.com
950, boul. Michèle-Bohec, Blainville QC Canada J7C 5E2

LadySystem®



Cônes vaginaux
Pour la rééducation
du plancher pelvien



www.ladysystem.ca

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

- Aussi efficace que l'électrostimulation (physiothérapie)⁽¹⁾
- Renforce de façon efficace les muscles du plancher pelvien.
- Fait contracter uniquement les bons muscles 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

❁ EFFICACE

❁ NON INVASIVE

❁ ÉCONOMIQUE (COÛT/TEMPS)

15 minutes, 2 fois par jour,
pendant 3 mois

Dr _____

Pour _____

Adresse _____

Rx

LadySystem

15 minutes, 2 fois par jour

Signature: _____

Disponible dans les pharmacies (derrière le comptoir).
Remboursé par plusieurs régimes privés d'assurance.

⁽¹⁾ Oláh K et al. The conservative management of patients with symptoms of stress incontinence: A randomized, prospective study comparing weighted vaginal cones and interferential therapy. Am J Obstet Gynecol. 1990;162:87-92.

Oups ! **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


DUCHESNAY

Information médicale : 1 888 666-0611 infomedicale@duchesnay.com