

L'ESPOIR SE POINTE...

La situation en périnatalité au Québec ne semble pas progresser malgré nos efforts constants, mais enfin, le Ministère de la Santé confirme que la situation est déplorable surtout dans la région de Montréal. Est-ce qu'un mouvement favorable de la part du gouvernement serait à l'horizon? Des recommandations sont à venir afin de diminuer les interventions obstétricales.

MOT DE LA PRÉSIDENTE Le gouvernement se réveille... enfin!	3
NAISSANCE Pas seulement une pièce de théâtre	4
LA RUBÉOLE Des recommandations	5
ENFANTER LE MONDE Pratiques optimales en périnatalité	6
LE BALLON SUISSE Des exercices qui font du bien	7
L'HYPNOSE Quand on accouche naturellement	8
SOINS DE MATERNITÉ Qu'avons-nous à offrir?	10



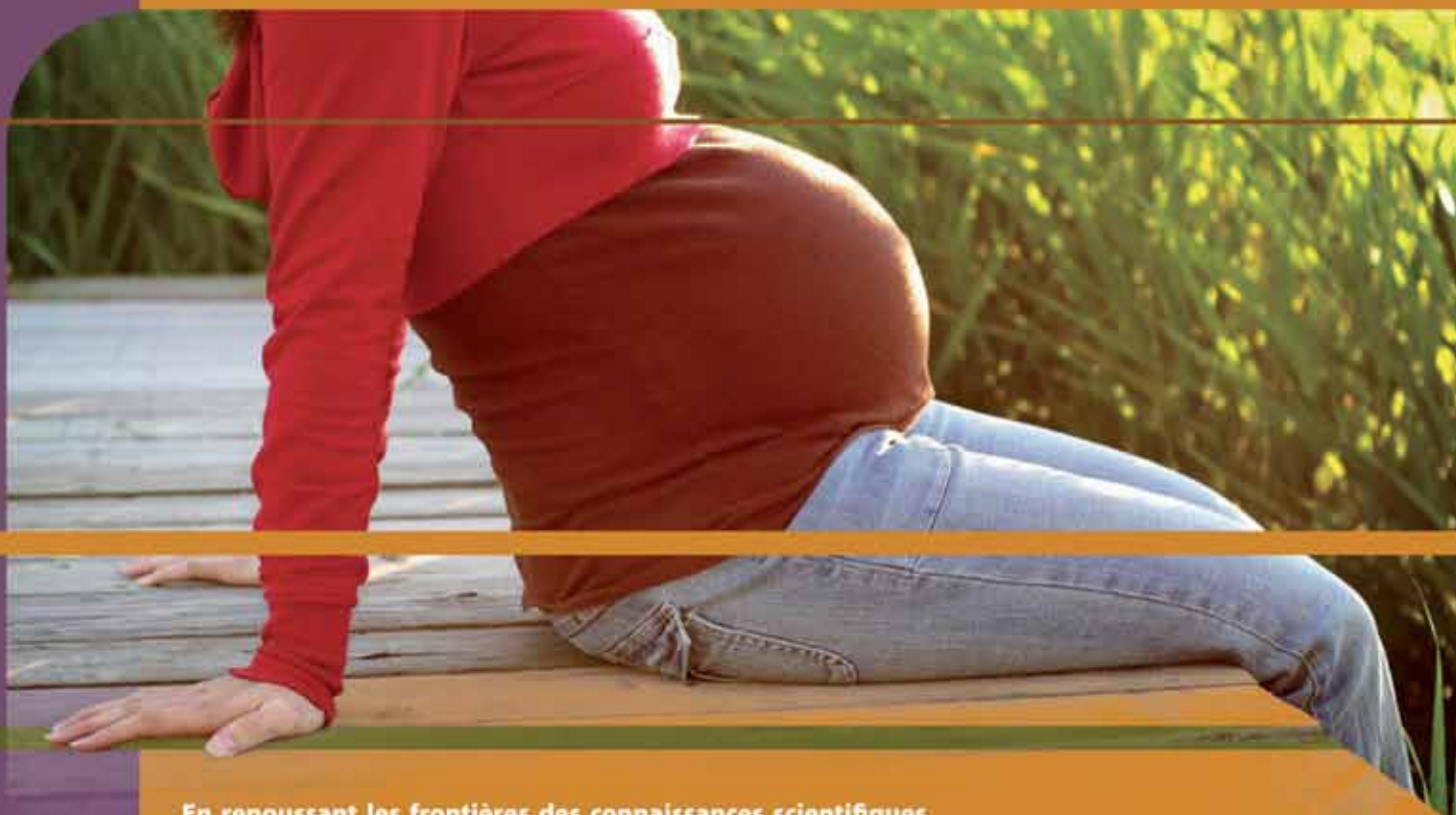
PROGRAMME DE LA FMC DU QUÉBEC EN OBSTÉTRIQUE

POUR MÉDECINS DE FAMILLE, INFIRMIÈRES ET SAGES-FEMMES

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

Les 10 et 11 novembre 2011

Fairmont Le Reine Elizabeth, Montréal (Québec)



En repoussant les frontières des connaissances scientifiques et des méthodes de pratique, cette conférence permet aux professionnels de garder leurs connaissances à jour, ainsi que de faire avancer la pratique de l'obstétrique au Canada. Veuillez visiter régulièrement notre site Web au www.sogc.org pour obtenir des renseignements à jour.

CE PROGRAMME DE FMC EST OFFERT EN FRANÇAIS.



...À L'HORIZON!

Mot de la présidente

Avant mai dernier, j'étais un peu découragée, cherchant désespérément ce dont je pourrais parler dans ce *Cordon* puisque la situation en périnatalité au Québec ne semblait pas progresser malgré des initiatives intéressantes.

En effet, il y avait bien eu le congrès *Enfanter le Monde* en novembre 2010, la pièce de théâtre *Naissance* dans la même période, le bottin des médecins accoucheurs sur notre site Internet, et le tout début d'implantation du Prénatest, version biochimique, dans quelques régions du Québec. Cependant, le reste des dossiers stagnait, non pas par manque de motivation de la part de notre équipe, mais à cause d'un flagrant désinvestissement du gouvernement dans la périnatalité (comme dans tout le reste de la médecine générale, d'ailleurs).

Cependant, je suis heureuse de confirmer qu'il semble y avoir un mouvement en notre faveur actuellement. Le Ministère de la Santé a démontré une inquiétude récente face à la situation déplorable de l'accessibilité et des soins en obstétrique tout particulièrement dans la grande région de Montréal. Il a décidé de former deux comités multidisciplinaires sur lesquels je participe en votre nom afin de défendre les besoins et les intérêts des omnipraticiens accoucheurs.

Le premier s'attaque à nos unités de naissance en milieu hospitalier et consistera à visiter plusieurs milieux, à la recherche de solutions pour améliorer les soins et l'accessibilité; il semblerait que des budgets soient disponibles en ce moment!

Ce mandat s'effectuera en plusieurs étapes, la première sera en mai-juin 2011 et couvrira la grande région métropolitaine. Les recommandations découlant de ces visites devraient commencer à s'appliquer au cours de l'automne ou... de l'hiver prochain! Veuillez excuser mon scepticisme, mais étant donné ma connaissance de la lenteur de la machine gouvernementale, j'ai quelques doutes sur cet échéancier...

Le deuxième s'attaque aux moyens de diminuer les interventions obstétricales non nécessaires dans notre réalité québécoise. Il y aura revue de la littérature et consensus multidisciplinaire afin d'émettre des recommandations pour l'automne prochain. Donc, deux dossiers très intéressants et prometteurs pouvant grandement aider notre pratique. Je vous tiendrai au courant des développements...

Suivra dans cette édition du *Cordon* les recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec par rapport à la rubéole chez la femme enceinte ou en âge de procréer, un récit et commentaire de l'expérience de Dr Myriam Tremblay lors de la présentation de la pièce de théâtre *Naissance* à Québec en novembre 2010, un résumé écrit par Dr Martin St-André et Mme Catherine Chouinard de l'ASPQ sur le congrès *Enfanter le Monde*, un article sur le ballon suisse chez les femmes enceintes élaboré par la kinésithérapeute Mélanie Blouin, l'hypnose et le contrôle de la douleur par Dr Nathalie Fiset, une réponse par Motherisk sur les maladies transmissibles par la nourriture, tirée du *Médecin de famille canadien* (avril 2010) où il est possible de retrouver la totalité de l'article pour ceux qui désirent en apprendre plus sur le sujet.

Vous pourrez y lire un commentaire très pertinent publié, lui aussi, dans le *Médecin de famille canadien* (septembre 2010) et écrit par Dr Cathy MacLean, sur les soins de maternité au Canada. Enfin, un résumé d'une publication récente sur les risques identifiés pour les déchirures périnéales du 3^e et 4^e degré.

Je vous souhaite une bonne lecture ainsi qu'un bel été ensoleillé et, si possible, reposant.



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

NAISSANCE

PLUS QU'UNE PIÈCE DE THÉÂTRE ...

L'EXPÉRIENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE DANS SA COMMUNAUTÉ

C'EST AVEC BEAUCOUP DE PLAISIR que je partage aujourd'hui avec vous cette rencontre privilégiée que j'ai eu la chance de vivre le 29 novembre dernier... Après plusieurs semaines d'hésitation, j'avais finalement accepté l'invitation reçue de participer au panel de discussion suivant la présentation de la pièce de théâtre *NAISSANCE*. J'allais vivre cette expérience avec Mesdames Rébecca St-Onge, sage-femme et Hélène Vadeboncoeur, chercheuse en périnatalité.

J'avais beaucoup de craintes évidemment, sachant parfaitement que la population n'a pas toujours une opinion très positive des centres hospitaliers, encore plus s'il s'agit d'accouchements! La mode n'est-elle pas aux sages-femmes et à l'accouchement à domicile? À la diminution des interventions et à l'autonomie des patients! En fait, je me dirigeais peut-être vers le bâcher...

D'un autre côté, connaissant les personnes avec qui je partagerais le forum de discussion, leur respect envers les autres professionnels ainsi que leur bon jugement, il ne pouvait y avoir vraiment de problèmes majeurs que je n'arriverais pas à gérer. C'est dans cet esprit que je me suis présentée à cette soirée, avec certaines craintes mais convaincue d'avoir les outils pour en faire une expérience positive.

Cette pièce de théâtre a été écrite en 2004 par Karen Brody avec l'aide du témoignage de 135 femmes américaines. On y retrouve 6 femmes racontant leur expérience de la naissance à travers leurs valeurs, leurs cultures et leurs attentes qui sont toutes différentes et empreintes d'un très grand réalisme. Évidemment, on retrouve dans la pièce des éléments tellement extrêmes que

cela devient de la caricature, mais leurs fondements n'en sont pas moins réels. On y reconnaît malheureusement des éléments encore trop souvent rencontrés dans nos hôpitaux... La relation médecin-patient, le respect de l'autonomie du patient, la prise de décision partagée suivant une information juste et éclairée, voilà bien des éléments enseignés, du moins en médecine familiale, mais malheureusement pas toujours appliqués malgré toutes les bonnes intentions des intervenants. La peur légitime des événements tragiques et des poursuites judiciaires n'est pas inconnue à cette vague de «sécurité à tout prix» que l'intervenant recherche dans sa pratique. Mais il est incontournable dans l'évolution actuelle des choses de s'asseoir et de revoir nos façons de faire, avec nos patientes et la population, afin de trouver un terrain d'entente, une compréhension mutuelle des besoins et une responsabilisation de chacun dans leurs rôles respectifs. La pièce *Naissance* est un moment propice pour de tels échanges... Et j'allais être servie!

J'ai eu grand plaisir à voir ces jeunes actrices et cet acteur (un seul homme joue tous les rôles masculins, du mari, au docteur, au chauffeur de taxi) incarner leurs personnages, respirer, pousser, se tortiller, accoucher sur scène. Par moment, je me serais presque crue en salle d'accouchement! Lors du forum de discussion, chacun y allait de leur propre expérience personnelle, échangeant avec la population présente sur leur vécu et les obstacles rencontrés de même que leur cheminement à travers le processus de la naissance. Qu'elle richesse dans tous ces témoignages!

Évidemment, j'ai été questionnée sur la pertinence du taux d'intervention dans nos hôpitaux,

césarienne, péridurale, déclenchement, accouchement du siège... et l'on pouvait reconnaître par moment la déception de certaines personnes dans le vécu de la naissance de leurs enfants. Mais tout cela s'est fait dans le respect et l'écoute attentive des besoins de la population et je n'ai senti aucune attaque personnelle dans le déroulement des discussions. Je pense sincèrement qu'une chimie positive s'était progressivement installée dans le groupe, ce qui a permis un échange constructif et tellement enrichissant. Mais il en aurait fallu de peu pour que tout cela dérape et devienne un règlement de comptes... Je me suis centrée sur la population, comme sur mes patientes, et le processus s'est installé naturellement en cheminant dans la relation de confiance.

J'ai même reçu des témoignages à la sortie qui m'ont vraiment touché et j'aimerais en partager un avec vous. Une jeune femme s'est approchée de moi et m'a remerciée. Je lui demande évidemment d'élaborer sur ce qu'elle a apprécié. En larmes, elle raconte qu'elle a vécu l'enfer à son premier accouchement, qu'elle a finalement subi une césarienne, qu'elle s'est sentie complètement abandonnée et qu'elle vit actuellement les affres du stress post traumatique. En plus, elle avait subit récemment une interruption volontaire de grossesse, se sentant incapable de faire face à une nouvelle grossesse, laquelle était pourtant bien désirée!

Ouf! Là, j'ai eu honte, vraiment honte d'un système qui abandonne une patiente à son sort, elle et son fœtus avorté. Je ne discute pas ici de la pertinence des interventions faites auprès de cette jeune femme mais plutôt de ce qui **n'a pas été fait**, c'est-à-dire l'écoute, le support, l'accompagnement et le reste.

Finalement, elle me dit que je lui ai redonné un peu d'espoir face au «système» et qu'elle entrevoit plus positivement une nouvelle grossesse... Encore MERCI, me dit-elle.

Myriam Tremblay, M.D.

Médecin de famille, obstétricienne



LA RUBÉOLE

Recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec
(Institut National de santé publique du Québec) pour le suivi chez
la femme enceinte ou en âge de procréer

ÉTANT DONNÉ QUE

Le vaccin utilisé au Québec est très immunogène et très efficace à long terme;

Chez une personne vaccinée ayant une sérologie négative ou faiblement positive, une revaccination produit une réponse anamnesticque témoignant d'une mémoire immunitaire;

La présence de la mémoire immunitaire observée chez pratiquement toutes les personnes vaccinées, même en l'absence d'anticorps mesurés associée à une longue période d'incubation de la rubéole qui laisse du temps pour le développement et la multiplication des anticorps s'il y a un contact avec le virus, permettent d'assurer une protection suffisante;

Une baisse de la séroprévalence des anticorps contre la rubéole est observée dans la population, mais elle ne se traduit pas par une recrudescence de la maladie. Au Québec, la rubéole est très rare et les syndromes de rubéole congénitale encore plus;

Les couvertures vaccinales des enfants pour les vaccins contenant le composant rubéole sont très élevées au Québec, et ce, depuis au moins 25 ans;

Des rares cas de réinfection de rubéole ont été rapportés à la fois chez des femmes ayant déjà fait la maladie et chez d'autres ayant été vaccinées antérieurement.

Tel que déjà décrit dans le PIQ, considéré comme étant la norme de pratique en vaccination au Québec par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le CIQ considère une personne comme protégée contre la rubéole:

si elle a une preuve écrite qu'elle a reçu une dose ou plus de vaccin, même en présence d'une sérologie négative ou

si elle a une preuve écrite de sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rubéole à un titre ≥ 10 UI/ml.

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

1. Une preuve écrite de vaccination (une dose) est suffisante pour la considérer protégée;
2. En l'absence de preuve écrite ou si l'information ne figure pas au dossier, une recherche des anticorps contre la rubéole doit être réalisée;
3. Si la sérologie est négative, une vaccination doit être recommandée en post-partum. À ce moment, aucune autre sérologie post-vaccinale ne devrait être réalisée;
4. Si un test de dépistage s'est déjà révélé positif, il n'est pas nécessaire de le répéter lors d'une grossesse ultérieure.

CHEZ LA FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER

1. Une preuve écrite de vaccination (une dose) est suffisante pour la considérer protégée;
2. En l'absence de preuve d'immunité (vaccination ou sérologie), une vaccination est recommandée avant une éventuelle grossesse. À ce moment, aucune sérologie postvaccinale ne devrait être réalisée;
3. Si un test de dépistage sérologique s'est déjà révélé positif, il n'est pas nécessaire de le répéter;
4. Si un test de dépistage sérologique a été réalisé et s'est avéré négatif (< 10 UI/ml), sans preuve écrite de vaccination, il est recommandé de vacciner avant une éventuelle grossesse. À ce moment, aucune autre sérologie post-vaccinale ne devrait être réalisée.

Le Comité reconnaît, qu'en l'absence d'un registre de vaccination provincial, il demeure difficile d'obtenir une preuve écrite de vaccination au moment de la première consultation prénatale. En attendant qu'une méthode rapide et fiable d'obtenir une preuve de vaccination soit disponible, le Comité recommande tout au moins de ne pas répéter la sérologie lorsqu'elle a été positive une fois et de ne pas répéter la sérologie s'il y a une preuve de vaccination au dossier.

Rappelons également l'importance de vacciner les femmes en âge de procréer qui n'ont jamais été immunisées ou qui sont séronégatives pour la rubéole et de le faire en post-partum pour celles qui sont enceintes au moment où le constat est fait.

LE CONGRÈS ENFANTER LE MONDE SUR LES PRATIQUES OPTIMALES EN PÉRINATALITÉ UNE INITIATIVE QUÉBÉCOISE D'INTERDISCIPLINARITÉ

Par ses dimensions à la fois intimes et universelles, la période périnatale marque l'un des moments les plus importants du développement humain. De tout temps, cette étape de vie a exigé de la part de la communauté une bienveillance particulière à l'endroit des futures mères et de leur famille. Les rôles dans l'accompagnement et les moyens utilisés n'ont cessé d'évoluer en fonction des contextes socioculturels et des savoirs accumulés, jusqu'à leurs formes actuelles, très diversifiées, telles qu'en rendent compte aujourd'hui les politiques de périnatalité à travers le monde, dont celle du Gouvernement du Québec (Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie).

Le congrès Enfanter le monde proposait, les 25 et 26 novembre 2010, une formule interdisciplinaire d'envergure inédite, ancrée dans les grandes réflexions et recherches scientifiques d'ici et d'ailleurs. Il avait pour but de mieux faire connaître les données et les initiatives récentes dans le domaine de la périnatalité – de la période anténatale jusqu'aux deux premières années de l'enfant, d'examiner l'importance des dimensions corporelles et affectives durant cette période, et enfin de renforcer et d'accroître la capacité des participants à accompagner les futures mères et leur famille dans les situations normales ou dans celles qui posent des défis particuliers.

Dans le contexte du continuum de la période périnatale, le congrès visait aussi à questionner, faire réfléchir, mobiliser et influencer la société québécoise dans le but ultime de renforcer sa confiance collective en sa capacité de porter, mettre au monde et nourrir ses enfants tant physiquement que psychiquement.

Trois grands sous-thèmes ont traversé les échanges du congrès: l'accouchement, l'allaitement et le devenir parent. Ces différents thèmes furent examinés et discutés dans une perspective interdisciplinaire, conceptualisée non pas comme une finalité mais comme une voie privilégiée vers l'harmonisation et les changements de pratiques de tous les groupes concernés par la naissance et la première enfance. Les conférences plénières et les symposiums clés ont mis tour à tour l'accent sur la place des émotions dans le travail périnatal, le questionnement sur les pratiques spécifiques d'accouchement ou d'accompagnement à la parentalité – incluant le programme AMPROOB, la protection du processus physiologique de la naissance, les enjeux d'organisation des soins en vue d'optimiser la continuité et la sécurité des familles, les stratégies de promotion de l'allaitement, les enjeux de démultiplication de l'information transmise aux nouveaux parents, les attitudes de différents groupes professionnels à l'endroit des pratiques périnatales courantes, etc.

Enfanter le monde a rassemblé 722 participants issus de tous les secteurs de la périnatalité, provenant des quatre coins du Québec, du Canada et même d'ailleurs: chercheurs, médecins, infirmières, sages-femmes, doulas, professeurs, intervenants sociaux, psychologues, consultant en lactation, etc. Se sont ainsi rassemblées en un même lieu des personnes qui, bien qu'œuvrant dans un même domaine, ont peu souvent l'occasion de mettre en commun leurs expériences et leurs questionnements ou de communiquer les résultats de leurs recherches et les retombées de leurs pratiques.

Enfanter le monde, ce fut 148 conférenciers, 6 conférences plénières, 30 symposiums, 25 ateliers, 50 communications orales, 17 communications par affiche et un Salon de l'expertise des milieux communautaires canadiens qui a regroupé 20 organismes provenant d'un bout à l'autre du Canada. Le cahier des résumés est disponible à www.enfanterlemonde.com.

De l'avis des quelque 50 % des participants qui ont complété l'évaluation en ligne après l'événement, ce congrès s'est démarqué par son originalité et a contribué à mettre en commun nos regards et nos expertises sur la période périnatale et sur les deux premières années de la vie.

La réponse très positive qu'a reçue Enfanter le monde reflète une nouvelle maturité dans notre capacité de dialoguer les uns avec les autres et rappelle notre besoin vital de collaboration à partir de nos différents lieux d'accompagnement et de pratique. Ce temps fort du milieu périnatal québécois ouvre la voie à des actions à penser et à réaliser les uns avec les autres : maintien de lieux d'échanges interdisciplinaires, offre de formations plus ciblées, soutien aux communautés de pratique par la diffusion de contenus écrits, relance du rôle d'advocacy au nom des femmes et des jeunes familles, notamment les familles les plus vulnérables. Essentiellement, ce congrès laisse derrière lui un réseau dynamisé et plus enclin à œuvrer de concert au mieux-être des familles dans les tous premiers temps de la vie.

Martin St-André, M.D.

Pédopsychiatre et professeur agrégé de clinique, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal, président du comité scientifique d'Enfanter le monde, président de l'Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons (WAIMH-Quebec) (martin.st-andre@umontreal.ca)

Catherine Chouinard

Chargée du dossier en périnatalité à l'Association pour la santé publique du Québec et coordonnatrice scientifique d'Enfanter le monde (cchouinard@aspq.org)





LE BALLON SUISSE POUR LES FEMMES ENCEINTES

Avec l'évolution de la grossesse, les femmes enceintes perdent tranquillement leur équilibre, leur agilité et leur coordination motrice. Ces modifications physiques sont causées par le déplacement progressif du centre de gravité. Pour éviter les chutes, ces femmes doivent être en mesure de s'adapter et d'améliorer le temps de réaction d'une contraction musculaire. Cette réalité incite les professionnels de la santé à travailler la synchronisation musculaire et la proprioception.

Le système proprioceptif

C'est la perception, consciente ou inconsciente, des parties du corps (l'un par rapport aux autres), de leur position, leur tonus et de leur mouvement dans l'espace, sans avoir besoin de vérifier avec ses yeux. Afin de représenter ce schéma corporel, les récepteurs sensitivo-sensoriels jouent un rôle important. Les afférences proprioceptives permettent d'ajuster la posture et le mouvement conséquemment à la surface de support. Par son instabilité, le ballon suisse devient un atout considérable.

Le ballon suisse

Qu'on l'appelle le ballon d'exercice, le ballon suisse ou le ballon stabilisateur, l'entraînement avec cet accessoire connaît une popularité de plus en plus grandissante. Apprécié de ces utilisateurs, le ballon suisse permet d'adapter, de varier et d'améliorer ses exercices. Il assure une certaine motivation et, par conséquent, une assiduité à l'entraînement. Pour être efficace, les exercices sur ballon doivent permettre au corps de répondre à un déséquilibre.

Tout d'abord, la force

Celui-ci permet un meilleur recrutement des fibres musculaires. Cette réaction musculaire permet de renforcer les muscles stabilisateurs importants. Le ballon suisse travaille efficacement les muscles obliques de la paroi abdominale qui contribuent à prévenir la diastase des grands droits. Cet outil polyvalent encourage la femme enceinte à adopter une posture de référence convenable (épaule, dos, bassin). Celle-ci a une meilleure prise de conscience de la position du bassin (antéversion vs rétroversion vs neutre), car il procure une rétroaction rapide. De plus, il favorise le travail

des différents muscles lombaires pour diminuer considérablement les douleurs de dos qui enveniment souvent la grossesse.

Par la suite, la synchronisation musculaire et la proprioception

Le ballon suisse permet une meilleure activation du système nerveux et une meilleure synchronisation musculaire. Cette dernière harmonise les muscles l'un avec l'autre en employant le plein potentiel de chacun d'eux. Due à une instabilité constante, ces muscles apprennent à répondre et à s'adapter rapidement et efficacement à une demande imprévue. Ces changements positifs permettent d'améliorer la proprioception et l'équilibre de la femme enceinte.

Pour terminer, le bien-être

Plusieurs femmes enceintes aiment l'effet d'apesanteur que procure le ballon suisse. Lorsque les jambes sont surélevées sur le ballon, il améliore la circulation sanguine, le retour veineux et diminue le picotement et la fatigue dans les jambes. Il procure aux femmes un massage qui fait disparaître certains points de tension accumulés.

La sécurité

Initialement, la femme enceinte doit trouver un endroit possédant une surface antidérapante (dépourvues de poussières et d'eau). Éviter les chaussettes. Prioriser plutôt des chaussures de sport ou les pieds nus. Tout usager doit s'assurer de la présence du ballon avant de s'asseoir.

Si le ballon suisse n'a jamais été expérimenté avant la grossesse ou si la femme présente des problèmes d'équilibre, celle-ci doit l'utiliser avec de grandes précautions. Elle doit demander de l'aide du partenaire ou prendre un appui solide (comme une chaise ou une table) lors des premières tentatives. Il est nécessaire d'évoluer progressivement et d'adapter les exercices au trimestre, aux conditions de la grossesse et à l'expérience de la femme. Dû au déséquilibre plus important, il est recommandé de diminuer l'utilisation du ballon suisse au troisième trimestre. Il est primordial de toujours travailler dans une amplitude de mouvement confortable. La femme enceinte doit maîtriser

convenablement l'exercice avant d'ajouter le ballon. Vous avez des questions, commentaires ou suggestions, contactez-moi...

Mélanie Blouin, BSc. Kin, AKA

m.blouin@lafsf.ca

QUELQUES PROPOSITIONS

Ci-dessus: une évolution de mouvements pour optimiser le patron moteur et l'équilibre. Ces enchaînements exigent des pertes et des reprises d'équilibre. Il améliore la stabilité et la rigidité du mur abdominal et de la musculature du dos. Il intervient au niveau du système proprioceptif dans le but d'affiner les perceptions du corps, de l'espace et de l'environnement.

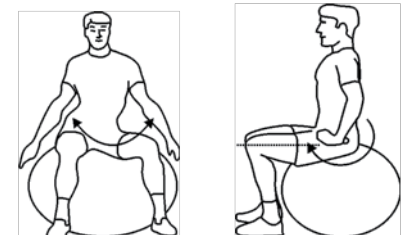
Position initiale

Prendre une position confortablement assise sur le ballon. Les talons doivent être en appui avec le sol. S'assurer et se concentrer sur la posture du dos et un alignement de la tête, du haut du dos et du sacrum. Prendre de grandes inspirations thoraciques et des expirations complètes.

Il est possible d'ajouter des variantes plus difficiles. Imaginez, par exemple: varier la position des pieds plus large ou plus étroit, gonfler davantage le ballon ou augmenter l'instabilité en phase unipodal à l'aide d'une serviette de bain roulé ou un bosu sous le pied de support.

Compréhension de la position et amplitude de mouvement du bassin.

Faire des mouvements d'oscillations antéropostérieure et médio-latéraux pendant 30 secondes et répéter. Utiliser un miroir si nécessaire. Profiter de cette séance pour faire des exercices de Kegel.



L'HYPNOSE POUR ACCOUCHER NATURELLEMENT

LE BALLON SUISSE

RÉFÉRENCES

- Notes de cours universitaires. Université du Québec à Trois-Rivières, département des sciences de l'activité physique, Division Kinésiologie 7337. Notes de cours de M. Oliver Hue : *Psychopsychologie du comportement humain*. Mme Guylaine Murray : *Intervention en conditionnement physique*.
- Wikipédia. Définition « système proprioceptif »
- Le grand dictionnaire terminologique. Définition « proprioception ».
- Mazevet, Pradat-Diehl et Katz. Service de médecine physique et de réadaptation. *Physiologie et physiopathologie de la proprioception*. www.anmsr.asso.fr/journee2004/2%20MAZEVET.pdf
- 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. N°129.
- Healthy U. Healthy eating & Active living for pregnancy. (2009). Gouvernement de l'Alberta.

Depuis la nuit des temps, plusieurs femmes sont entrées dans un état de transe naturelle lors de leur travail et accouchement. Cet état de relaxation profonde et de concentration leur a permis de donner naissance confortablement et plus rapidement. Magie? Chance? Certainement pas! L'hypnose est un état très bien documenté et cet outil est accessible à tous.

Plusieurs futurs parents planifient un accouchement naturel car ils désirent exposer le moins possible leur bébé à naître à des agents chimiques ou des interventions pouvant être néfastes. Ils font aussi confiance au processus naturel de la naissance qui a fait ses preuves au fil du temps. Ils font appel à des aides naturelles telles que l'hypnose afin de vivre cette expérience dans un plus grand confort pour la mère.

L'autohypnose enseigne aux futurs parents des puissantes techniques d'anesthésie du corps. Elle permet de créer une bulle protectrice afin de bénéficier d'un environnement très calme lors de la naissance ainsi qu'une visualisation d'un accouchement qui se déroule très bien.

Le médecin et le personnel infirmier qui assistent à un accouchement aidé par l'autohypnose n'ont, en fait, pas besoin de connaître cette technique car les couples sont autonomes. Une approche calme et positive ainsi que le respect du besoin du couple de se concentrer lors des contractions ont un effet très bénéfique sur le déroulement de la naissance.

Dr Nathalie Fiset est médecin de famille accoucheur depuis 1990 au centre hospitalier Anna-Laberge à Châteauguay. Très intéressée par l'hypnose et ses vertus, elle a décidé de compléter deux certifications en hypnose afin de créer son programme d'autohypnose pour la naissance.

En 2005, le programme Hypno-Vie a vu le jour. Depuis ce temps, plus de 1000 personnes l'ont utilisé à travers le monde afin de donner naissance naturellement et le nombre d'instructeurs augmente à un rythme exponentiel. Ce programme se donne sur quatre semaines. Il est donc recommandé de le débuter entre la 32^e et 34^e semaine.

Le programme a aussi été créé de façon à ce que les apprentissages soient consolidés au fil des semaines, le module suivant venant renforcer le précédent. Ainsi, s'il arrivait qu'une femme accouche prématurément à 36 semaines, elle serait capable d'utiliser l'autohypnose et des techniques d'anesthésies efficaces, ce qui lui permettrait d'avoir un accouchement agréable.

Jusqu'à maintenant le programme Hypno-Vie semble très prometteur. Une étude préliminaire rapporte un taux de césarienne d'un peu plus de 5% avec le programme et un recours à la péridurale de moins de 30%.

Pour plus de renseignements, veuillez consulter le site www.hypno-vie.com

Nathalie Fiset, M.D.

Centre hospitalier Anna-Laberge

THIRD AND FOURTH DEGREE PERINEAL LACERATIONS: DEFINING HIGH-RISK CLUSTERS

Emily F. Hamilton, MD
Samuel Smith, MD
Lin Yang, MSc
Philip Warrick, PhD
Antonio Ciampi, PhD

Statistical methods that measure the independent contribution of individual factors for third-/fourth-degree perineal laceration (TFPL) fall short when the clinician is faced with a combination of factors. Our objective was to demonstrate how a statistical technique, classification and regression trees (CART), can identify high-risk clinical clusters.

STUDY DESIGN

We performed multivariable logistic regression, and CART analysis on data from 25,150 term vaginal births.

RESULTS

Multivariable analyses found strong associations with the use of episiotomy, forceps, vacuum, nulliparity, and birthweight. CART ranked episiotomy, operative delivery, and birthweight as the more discriminating factors and defined distinct risk groups with TFPL rates that ranged from 0-100%. For example, without episiotomy, the rate of TFPL was 2.2%. In the presence of an episiotomy, forceps, and birthweight of 3634 g, the rate of TFPL was 68.9%.

CONCLUSION

CART showed that certain combinations held low risk, whereas other combinations carried extreme risk, which clarified how choices on delivery options can markedly affect the rate of TFPL for specific mothers.

FOOD-BORNE ILLNESSES DURING PREGNANCY

PREVENTION AND TREATMENT BY MOTHERISK



QUESTION

After hearing about outbreaks of illness resulting from *Listeria* and *Salmonella*, many of my patients are wondering about the risks of food-borne illnesses during pregnancy and what they can do to reduce their chances of contracting them.

ANSWER

Although heating or cooking food is the best way to inactivate food-borne pathogens, improved standards and surveillance have reduced the prevalence of contaminated foods at grocery stores. Therefore, it is no longer necessary for pregnant women to avoid foods like deli meats and soft cheeses (associated with *Listeria*); soft-cooked eggs (associated with *Salmonella*); or sushi and sashimi. Regardless of whether seafood is raw or cooked, pregnant women should choose low mercury seafood (eg, salmon and shrimp) over higher mercury varieties (eg, fresh tuna). Pregnant women should ensure that their food is obtained from reputable establishments; stored, handled, and cooked properly; and consumed within a couple of days of purchasing.

QUESTION

Après avoir entendu parler d'éclotions de maladies causées par les *Listeria* et les *Salmonella*, plusieurs de mes patientes se posent des questions sur les risques des maladies transmises par les aliments durant la grossesse et sur les façons de réduire les possibilités de les contracter.

RÉPONSE

C'est en chauffant ou en cuisant les aliments qu'on peut le mieux inactiver les pathogènes qu'ils contiennent, mais de meilleures normes et une plus grande surveillance ont aussi réduit la prévalence d'aliments contaminés dans les épiceries. Par conséquent, il n'est plus nécessaire pour les femmes enceintes d'éviter des aliments comme les charcuteries et les fromages à pâte molle (associés avec les *Listeria*), les œufs à la coque (associés aux *Salmonella*) ou encore les sushis et les sashimis. Qu'importe si les fruits de mer sont crus ou cuits, les femmes enceintes devraient choisir des produits à faible teneur en mercure (p. ex. saumon et crevettes) plutôt que les variétés à plus forte concentration en mercure (p. ex. thon frais). Les femmes enceintes doivent s'assurer que leurs aliments proviennent d'établissements dignes de confiance, qu'ils sont entreposés, manipulés et cuits correctement, et consommés dans les quelques jours qui suivent leur achat.

CAROLYN TAM AIDA EREBARA, MD
ADRIENNE EINARSON, RN

SOINS DE MATERNITÉ

QU'AVONS-NOUS À OFFRIR?

Pendant 22 ans, j'ai fait des accouchements et porté un téléavertisseur 24/7, une expérience très inspirante mais parfois exigeante. Septembre est un temps idéal pour parler d'accouchements – neuf mois après le jour de l'An, c'est toujours un mois occupé dans les salles de travail et de naissance. C'est l'année du Sondage national des médecins (SNM) et le rôle des médecins de famille dans les soins de maternité compte parmi les tendances suivies. En 1997, 20 % des médecins de famille canadiens disaient donner des soins intrapartum; en 2007, la proportion avait baissé à 11 %. Quelle sera-t-elle en 2010? Ces résultats sont importants pour les femmes, tous les médecins de famille, y compris ceux qui demandent des consultations prénatales pour leurs patientes, les autres professionnels concernés, les directeurs de programmes de résidence et de départements en médecine familiale, ainsi que les gouvernements. De nombreux médecins de famille ciblent exclusivement leur pratique en soins de maternité. De tels modèles sont populaires dans des endroits comme Calgary, en Alberta, et comportent des services de garde auprès de grandes populations à faible risque. Cette approche est attrayante pour les nouveaux diplômés et les médecins de famille qui veulent exercer en soins de maternité, mais aussi une certaine prévisibilité et de la structure dans leurs horaires de travail. Ces innovations ont aidé à démontrer qu'il pouvait être agréable et viable de faire des accouchements. Le financement des soins de maternité s'est aussi amélioré dans de nombreuses provinces et il ne faut pas sous-estimer ce facteur dans l'appui à donner aux médecins et aux structures de garde nécessaires pour organiser la couverture. Même si le nombre de médecins de famille qui offrent des soins intrapartum a fléchi, plusieurs de ceux qui le font procèdent à un plus grand nombre d'accouchements. Il y a encore des

centres au Canada où les médecins de famille font plus de 50 % des accouchements. C'est une bonne nouvelle pour les femmes. Les médecins de famille prennent en charge les grossesses et les accouchements à faible risque et obtiennent des résultats semblables ou meilleurs que les obstétriciens. Nous faisons un bon travail et nos patientes apprécient la continuité que nous offrons. J'ai accouché mes propres patientes et celles qui m'ont été référées. J'ai aimé assister à la naissance de ces bébés et les voir grandir. C'était une expérience si gratifiante et une merveilleuse addition à la pratique. J'ai appris le rôle du médecin en tant que guérisseur durant les soins intrapartum, alors que ma seule présence dans une chambre atténuait la douleur, augmentait le contrôle et faisait redécouvrir la magnificence du moment. Il est merveilleusement satisfaisant de voir une mère revenir à sa grossesse suivante et de reprendre la relation là où nous l'avions laissée. J'ai souvent entendu des femmes se plaindre que leur médecin de famille abandonnait l'obstétrique ou que celui qui les avait accouchées ne le ferait pas pour la prochaine génération. C'est déplorable, parce que c'est un privilège si incroyable de partager ces moments mémorables dans la vie d'une famille et que nous sommes si aptes à le faire. Des cours comme ALSO (Cours avancé de réanimation obstétricale) du Collège sont intégrés dans la plupart des programmes de formation en médecine familiale. Les résidents apprennent tôt comment prendre en charge les urgences obstétricales et font davantage confiance à leurs compétences. Ces cours mettent l'accent sur des soins maternels en équipe, fondés sur la médecine factuelle. Il est encore difficile d'offrir de solides expériences en obstétrique centrées sur la médecine familiale durant la résidence. Dans certains départements, il y a une pénurie de professeurs en médecine familiale pour

servir de modèles en soins intrapartum. Partout au pays, la prestation des soins de maternité et la formation suscitent l'inquiétude des départements de médecine familiale. Une bonne formation et des expériences positives comptent parmi les stratégies pour régler cette crise. Nous avons besoin de plus de médecins de famille en obstétrique intrapartum dans des postes de professeurs et plus de programmes de compétences avancées en soins de maternité. En définitive, le but est d'attirer plus de résidents dans ce domaine pour améliorer l'accès, les soins et les résultats pour les femmes enceintes. Nous devrions aussi exposer les étudiants tôt dans leur formation aux soins de maternité en médecine familiale. Les femmes enceintes que j'ai suivies ont souvent été d'une incroyable générosité pour faire participer les apprenants à leurs soins et à l'accouchement et ont aimé l'expérience. C'était aussi enrichissant et émouvant pour les étudiants, ce qui ouvre la voie à la participation future aux soins de maternité en médecine familiale. En retour, les étudiants m'ont souvent portée à réfléchir au cadeau que représente cet événement merveilleux dans la vie des femmes. Le CMFC a une équipe dévouée, le Comité des soins de maternité et de périnatalité, qui travaille à régler ces problèmes. L'an dernier, il a produit un document comportant plusieurs recommandations pour régler la crise des soins de maternité au Canada. Le SNM 2010 est entamé. Espérons que nous progressons dans le règlement de cette crise. Nous devons garder la famille dans la médecine familiale.

Tiré du volume 56 du *Canadian Family Physician*
Le Médecin de famille canadien de septembre 2010, p. 961.

Cathy MacLean, M.D.
MCISC, MBA, FCFP

le Cordon

CP 65, succ. R, Montréal (Québec) H2S 3K6
FAX: 450.646.5526 – info@aopq.org – www.aopq.org

Le bulletin LE CORDON est publié par l'AOPQ.
L'opinion exprimée par les auteurs n'engage que ces derniers et non l'Association.

AOPQ

Dr Andrée Gagnon
présidente

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

Aide à la rédaction

Mélanie Blouin
Catherine Chouinard
Dr Nathalie Fiset
Dr Cathy Maclean
Dr Martin St-André
Dr Myriam Tremblay

Coordination

Dr Dominique Pilon

Concept/réalisation

Graphidée



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

P PregVit folic

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

R_x seulement

P PregVit

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




DUCHESNAY
Pour le bien-être de la femme enceinte et de son enfant

Brevets : Canada 2.478.163, E-U, D501.252
AUTRES BREVETS EN INSTANCE E-U, Canada et autres pays
© © Duchesnay Inc. 2004-2011

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

Prevegyné™

Vitamine C (acide ascorbique) 250 mg
Comprimés à libération contrôlée
**Pour le traitement et la prévention de
la vaginose bactérienne**



Une solution **novatrice** et **naturelle** pour traiter et prévenir la **vaginose bactérienne**

Les comprimés vaginaux à libération contrôlée **Prevegyné™** :

- + libèrent l'acide ascorbique de façon efficace pour ↘ le taux de pH vaginal
- + neutralisent la mauvaise odeur dès la première application
- + traitent la VB en ↗ les lactobacilles protecteurs et en ↘ les bactéries pathogènes
- + préviennent la récurrence de la VB

Cycle de traitement : 1 comprimé vaginal q.h.s. pendant 6 jours.
Si nécessaire, il est possible de prolonger ou répéter le traitement pour rétablir ou maintenir le taux du pH vaginal normal.
DISPONIBLE AU COMPTOIR DE LA PHARMACIE AVEC OU SANS ORDONNANCE.
Monographie de produit disponible sur www.prevegyné.com



DUCHESNAY

950, boul. Michèle-Bohec
Blainville QC Canada J7C 5E2

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