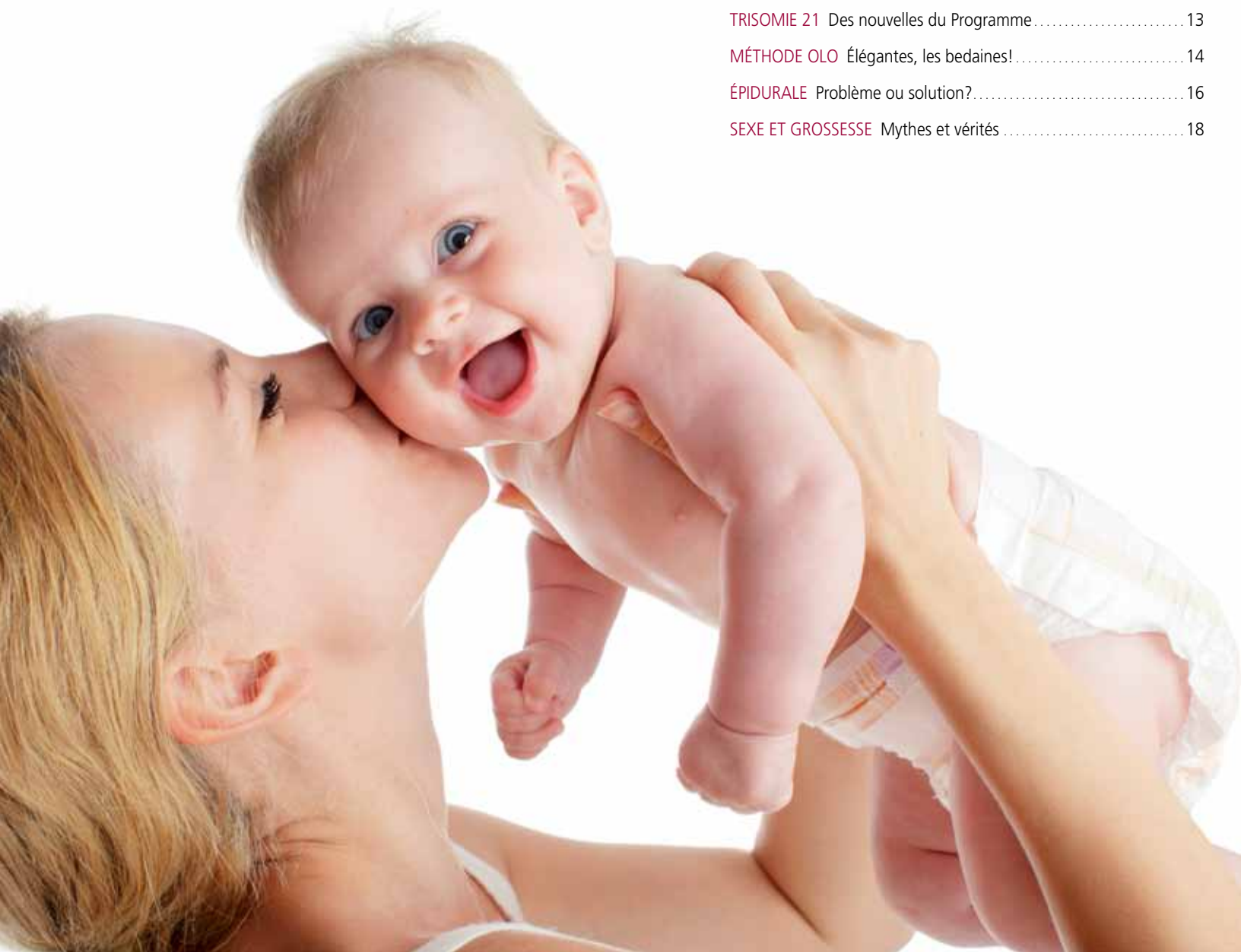


## UN AUTOMNE PASSIONNANT...

Chaque année, l'automne amène sa frénésie habituelle de comités sur lesquels siègent les médecins. Avec des programmes exigeants tels AMPRO, Initiative Ami des Bébé, Quarisma, un petit nouveau! ...et tous les autres projets locaux. Le temps semble s'envoler plus vite que nous ne pouvons en profiter!

<b>MOT DE LA PRÉSIDENTE</b> Frénésie d'activités .....	3
<b>QUE LA LUMIÈRE SOIT!</b> Pour une info adéquate .....	4
<b>IMBCI</b> À l'avant-garde .....	5
<b>KINÉSITHÉRAPIE</b> Pour aider à l'accouchement .....	8
<b>CONTRACEPTION</b> Après l'accouchement .....	10
<b>NÉONATOLOGIE</b> Pour les bébés à risque .....	12
<b>TRISOMIE 21</b> Des nouvelles du Programme .....	13
<b>MÉTHODE OLO</b> Élégantes, les bedaines! .....	14
<b>ÉPIDURALE</b> Problème ou solution? .....	16
<b>SEXE ET GROSSESSE</b> Mythes et vérités .....	18



# PROGRAMME DE LA FMC DU QUÉBEC EN OBSTÉTRIQUE

C'est avec plaisir que nous vous verrons  
tous prochainement à Montréal,  
au Congrès de la SOGC,  
les 10 et 11 novembre,  
au Fairmont Le Reine Élisabeth.

*À bientôt...*

...et n'oubliez pas l'assemblée générale  
du 10 novembre!

## ... ET EXIGEANT!

### Mot de la présidente

Votre exécutif de l'AOPQ ne chôme pas et continue à s'impliquer dans tous les dossiers touchant la périnatalité. Dans ce bulletin, Dr Dominique Pilon fait une mise à jour sur le programme provincial de dépistage de la trisomie 21 qui s'établit peu à peu dans différents hôpitaux. Nous gardons un œil sur la progression de l'entente de la FMOQ. Le Collège des Médecins de famille du Canada présentera son forum de médecine familiale à Montréal (3-4-5 novembre) et mon implication personnelle dans l'organisation de la journée de périnatalité du vendredi 4 novembre.

Pour le congrès de la SOGC (10-11 novembre), l'AOPQ a aidé à l'élaboration du programme. Nous aurons, comme à tous les ans, notre assemblée générale où vous serez conviés le 10 novembre en fin de journée.

Ayant participé au panel de discussion lors de la présentation de la pièce de théâtre Naissance à Laval en septembre dernier, j'aimerais vous convaincre d'y assister car il ne s'agit pas d'un jugement porté envers les professionnels de la santé mais plutôt du respect des décisions prises par les femmes enceintes. Même si cette décision est, par exemple, la césarienne sur demande, les femmes semblent bien assumer leur choix. Le côté humoristique de la présentation rend la soirée très agréable et la discussion qui s'en suit est définitivement enrichissante.

J'ai aussi participé au 3<sup>e</sup> symposium de médecine familiale pour les étudiants qui avait lieu à Sherbrooke le 17 septembre. L'intérêt grandissant pour l'obstétrique, permet d'être optimiste pour le futur de la spécialité. Les deux autres comités qui ont demandé beaucoup de mon temps depuis le mois de mai, sont ceux mandatés par le Ministre de la Santé. L'accessibilité des soins périnataux dans la grande région de Montréal et la diminution des interventions non nécessaires en obstétrique. Ces deux comités roulent efficacement et le premier devrait émettre ses recommandations au ministre d'ici la fin novembre.

Pour le deuxième, les sujets traités sont l'épidurale, le monitoring fœtal, la césarienne, l'induction et la stimulation du travail. Les recommandations devraient être finalisées au début de l'année 2012. Je ne peux malheureusement pas vous donner de détails puisqu'il y a une confidentialité à respecter mais je pourrai vous renseigner sur les grandes lignes lors de l'assemblée générale.

Le Cordon actuel fait honneur à différents organismes pour leur implication en périnatalité tels la fondation OLO, l'hôpital St. Mary pour sa certification *Ami des Bébé*s, le projet d'IMBCI qui impliquera l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins dans son approche toujours aussi avant-gardiste de l'accouchement physiologique non-interventionniste, ainsi qu'un rappel du Centre de coordination pour la périnatalité du Québec qui nous demande de bien identifier les bébés pouvant bénéficier de la thérapie par hypothermie.

Notre kinésiologue associée, Madame Mélanie Blouin, nous propose des exercices pour aider à l'accouchement. Dr Andrew Kotaska, obstétricien-gynécologue de Yellowknife, très grand promoteur de l'accouchement physiologique explique les effets de l'épidurale sur les malpositions fœtales. Dr Balbina Russillo écrit sur les mythes et réalités reliés au sexe et à la grossesse.

Le Dr Mélanie Savard-Côté a élaboré un tableau sur la contraception post-partum que nous publions ici en pages centrales. Nous vous invitons à conserver ce tableau dont des copies supplémentaires seront distribuées lors du prochain congrès de la FMC.

En novembre dernier, une réplique était adressée à Madame Ariane Lacoursière, journaliste à La Presse. Elle avait publié une série d'articles sur les problèmes d'accessibilité et de soins en périnatalité en les solutionnant par une augmentation des spécialistes (obstétriciens-gynécologues et pédiatres).

Nous espérons l'aboutissement de plusieurs projets reliés à la périnatalité et souhaitons vous voir au Congrès du Collège des médecins de famille du Canada ainsi qu'au Congrès de la SOGC. N'oubliez surtout pas l'assemblée générale du 10 novembre!



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

# QUE LA LUMIÈRE SOIT!

## À MADAME ARIANE LACOURSIÈRE, JOURNALISTE AU QUOTIDIEN *LA PRESSE*

Je suis présidente de l'AOPQ (Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec) et je suis particulièrement déçue que les médecins de famille qui effectuent au Québec plus de 40 % des accouchements, ne soient jamais mentionnés dans vos articles. Savez-vous que certains hôpitaux montréalais limitent le nombre d'accouchements pouvant être effectués par les médecins de famille, diminuant ainsi l'offre de service? Des modèles de pratique intégrant les sages-femmes et/ou les infirmières nous démontrant l'efficacité à augmenter l'accessibilité aux services de suivi de grossesse, ne sont pas encouragés par le gouvernement. Pourtant, la politique de périnatalité publiée par le gouvernement québécois en 2007 pour la période de 2007-2012, mentionnait que les suivis de grossesses et les accouchements devaient être effectués par la première ligne (sages-femmes et médecins de famille), alors que les obstétriciens-gynécologues devaient se réserver la deuxième ligne, soit les consultations et les grossesses à risques élevés.

Ce qu'il manque dans notre système, ce ne sont pas forcément des obstétriciens-gynécologues, mais des omnipraticiens-accoucheurs et des sages-femmes. C'est d'ailleurs le même commentaire pour les pédiatres qui devraient limiter beaucoup plus leur pratique aux bébés malades et laisser les suivis normaux aux médecins de famille. Cependant, pour éventuellement en arriver là, il faudrait contrer la pénurie importante qui sévit actuellement et améliorer l'attrait de la médecine familiale auprès des étudiants.

Des articles comme les vôtres perpétuent le problème en démontrant à ces mêmes étudiants que seulement les spécialités sont importantes. Il est déplorable que des articles de journaux continuent à perpétuer la désinformation du public face à l'organisation optimale du système de santé. Les spécialistes ne sont pas la solution. Nous en avons besoin, mais les infirmières, les médecins de famille, les sages-femmes et tous les autres intervenants durant la grossesse (les doulas, par exemple) doivent former la base du système obstétrical afin de maximiser les finances publiques et l'efficacité du suivi.

Je suis prête à répondre à toutes questions sur le sujet. Au besoin, me rejoindre par courriel et je fournirai mon numéro de téléphone.

**Andrée Gagnon, M.D.**

# IMBCI BRÔME-MISSISQUOI-PERKINS

Voici une nouvelle initiative internationale pour laquelle l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins a été choisi comme site pilote en Amérique du Nord, soit l'IMBCI (International Mother Baby Childbirth Initiative). Il s'agit d'un projet structurant qui correspond en tout point aux valeurs et concepts mis de l'avant dans la politique de périnatalité du Québec.

Dans son historique des derniers 15 ans, ce centre hospitalier a démontré énormément de leadership avant-gardiste dans son approche de l'accouchement physiologique et du support à l'allaitement avec la première certification Ami des Bébés en 1999, puis multiples recertifications par la suite autant au niveau du centre hospitalier que du CLSC. De plus, l'initiative Ami des Pères devrait aussi y débiter en 2012.

## FÉLICITATIONS!

Voici une très belle nouvelle à propos des services en périnatalité de Montréal, pour le Centre hospitalier St. Mary, pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel à Montréal et surtout, pour la santé des tout-petits montréalais. L'Hôpital St. Mary a passé avec succès l'agrément *Initiative Ami des bébés* (IAB). Il devient donc le premier hôpital *Ami des bébés* à Montréal. L'agrément IAB est une reconnaissance internationale de l'OMS/UNICEF portant sur la qualité des services dispensés à toutes les mères et nouveau-nés qu'ils soient allaités ou pas. Cet agrément est aussi reconnu dans la démarche Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS.

Je vous rappelle que l'Hôpital St. Mary est le centre hospitalier montréalais qui a enregistré le plus de naissances en 2009, soit 4705. Son agrément est une démonstration de l'applicabilité de cette stratégie même dans un contexte de soins plus spécialisés et de haut débit, une première au Québec pour un centre hospitalier de cette envergure qui compte cependant déjà cinq autres centres hospitaliers reconnus IAB.

À Montréal, l'ensemble des centres hospitaliers avec maternité (il y en a neuf), tous les CSSS ainsi que leurs services sages-femmes travaillent dans une perspective d'agrément IAB depuis plusieurs années.

Avec la certification de l'Hôpital St. Mary, Montréal compte donc maintenant six sites *Amis des bébés*; les autres sites se retrouvent en CSSS.

## À L'AVANT-GARDE

### LES DIX CONDITIONS DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE « MÈRENFANT »

Les dix conditions de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles relatives à la sécurité et à l'efficacité de tests, de traitements et d'autres interventions destinées aux mères et à leur bébé. «Sécurité» signifie ici que les soins sont conformes à des pratiques fondées sur des données scientifiques probantes, pratiques qui réduisent le risque d'erreur et d'effets nocifs et qui soutiennent la physiologie normale de l'accouchement.

«Efficacité» se rapporte à l'idée que les soins fournis produisent les bénéfices attendus et sont appropriés aux besoins de la femme enceinte et de son bébé, selon des preuves scientifiques robustes. Des soins sécuritaires et efficaces pour la dyade MèreEnfant produisent les meilleurs résultats et bénéfices possibles dans le domaine de la santé, tout en favorisant l'utilisation la plus appropriée ainsi que l'utilisation modérée des ressources et de la technologie.

Des services de maternité MèreEnfant optimaux reposent sur des politiques écrites qui font partie de la formation donnée au personnel et dictent les pratiques. Ces politiques exigent que les professionnels de la santé... (VOIR LES 10 CONDITIONS À LA PAGE 6)

# QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ...

# IMBDCI

## CONDITION 1

...traitent chaque femme avec respect et dans le souci de sa dignité, lui fournissant une information complète et l'impliquant dans le processus décisionnel relativement aux soins qui la concernent et qui concernent son bébé. Ces personnes communiquent avec elle dans un langage qu'elle comprend et respectent son droit au consentement ou au refus éclairés.

## CONDITION 2

...possèdent les connaissances et habiletés relevant de la pratique sage-femme qui favorisent le déroulement normal et physiologique de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du post partum.

## CONDITION 3

...informent la femme en travail des avantages du soutien continu durant l'accouchement et appuient son droit à recevoir un tel soutien de personnes de son choix; il peut s'agir du père de son bébé, de son compagnon, de membres de sa famille, d'une doula ou d'autres personnes. Il est démontré que le soutien continu réduit le recours à l'analgésie pendant l'accouchement, diminue la fréquence des accouchements chirurgicaux et accroît la satisfaction de la mère relativement à son accouchement.

## CONDITION 4

...offrent des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur et de confort pendant le travail, en expliquant comment ces méthodes peuvent faciliter le déroulement d'un accouchement normal et contribuer à éviter des effets nocifs inutiles; ils montrent aux femmes (et à leurs compagnons) comment utiliser ces méthodes, qui comprennent toucher la femme en travail, la soutenir, la masser, la laisser s'immerger dans l'eau, et des techniques de détente et de gestion de la douleur; ils respectent les préférences des femmes et leurs choix.

## CONDITION 5

...dispensent des soins fondés sur des données scientifiques probantes, soins dont on a démontré qu'ils sont bénéfiques et qu'ils soutiennent le déroulement normal et physiologique de l'accouchement et du post-partum. Ces soins comprennent :

---

Laisser l'accouchement se dérouler à son propre rythme, tout en s'abstenant de faire des interventions fondées sur des limites de temps prédéterminées; utiliser le partogramme pour inscrire la progression du travail

---

Offrir à la mère la possibilité sans restriction de boire et de manger, si elle le souhaite pendant le travail

---

L'aider à marcher pendant le travail, à bouger librement et à prendre les positions de son choix, incluant les positions accroupie, assise, et à quatre pattes; lui fournir de l'équipement pouvant l'aider à adopter des positions verticales

---

Utiliser des techniques pour tourner le bébé in utero et pour la naissance par voie vaginale d'un bébé se présentant par le siège

---

Faciliter un contact soutenu peau à peau MèreEnfant immédiatement après la naissance, afin que le bébé puisse bénéficier de la chaleur maternelle, de « bonding » (attachement mère-enfant), d'un allaitement précoce, de stimulation, et afin de s'assurer que la mère et le bébé demeurent ensemble

---

Laisser suffisamment de temps pour que le sang du cordon ombilical parvienne au bébé après sa naissance, afin que ce dernier puisse bénéficier du volume de sang, de l'oxygène et des nutriments obtenus de cette manière

---

S'assurer que la mère a totalement accès à son bébé s'il est malade ou prématuré et s'assurer aussi qu'elle puisse le porter contre elle (méthode kangourou), ainsi que l'aider à lui donner son propre lait (ou le lait d'une autre femme) lorsque l'allaitement est impossible

## CONDITION 6

...évitent d'avoir recours, de manière routinière ou fréquente, lors d'un accouchement normal, aux pratiques de soins pouvant être nocives et qui n'ont aucun fondement scientifique. Et lorsqu'on envisage d'y avoir recours pour une situation précise, on devrait s'assurer que, selon la littérature scientifique, le geste à poser comporte plus de bénéfices que d'effets négatifs potentiels; on devrait aussi en discuter de manière exhaustive avec la mère de manière à ce que son consentement soit éclairé. Ces pratiques comprennent :

---

Le rasage de la vulve

---

Le lavement

---

Le décollement des membranes

---

La rupture artificielle des membranes

---

Le déclenchement artificiel du travail et/ou l'accélération du travail

---

Les examens vaginaux à répétition

---

L'interdiction de boire ou de manger

---

L'obligation pour la mère de garder le lit

---

Le soluté (l'intraveineuse)

---

La surveillance électronique fœtale de manière continue

---

Le soulagement de la douleur à l'aide de médicaments

---

L'insertion d'une sonde urinaire

---

La position couchée (les pieds dans les étriers)

---

La poussée dirigée

---

L'expression abdominale (manœuvre de Kristeller)

---

L'épisiotomie

---

L'extraction du bébé à l'aide d'un forceps ou d'une ventouse

---

La révision utérine

---

La césarienne primaire ou itérative

---

La succion des voies respiratoires du nouveau-né

# IMBGI

## CONDITION 6

... suite

---

le clampage précoce du cordon ombilical (immédiatement après la naissance)

---

la séparation de la mère et du bébé

## CONDITION 7

... prennent des mesures susceptibles d'accroître le bien-être des femmes et des bébés et de prévenir les urgences, la maladie et le décès de la dyade MèreEnfant :

---

Faire de l'éducation sur la nutrition, l'eau potable et un environnement sain, et développer l'accès à ces éléments

---

Faire de l'éducation sur les méthodes de prévention et de traitement des maladies, incluant la prévention et le traitement du paludisme et du VIH/SIDA, ainsi que la vaccination antitétanos

---

Faire de l'éducation sur la sexualité responsable, sur la planification des naissances, sur les droits des femmes reliés à la reproduction, et assurer un accès aux méthodes de planification des naissances

---

Fournir des soins qui soutiennent la mère durant la grossesse, l'accouchement, la période du post-partum, ainsi que des soins au nouveau-né, tous ces soins étant axés sur la santé physique et émotionnelle de la dyade MèreEnfant dans le cadre des relations familiales et de la communauté à laquelle cette famille appartient

## CONDITION 8

... assurent l'accès à des traitements d'urgence spécialisés pour les complications qui constituent une menace pour la vie de la mère ou du bébé, traitements fondés sur des données scientifiques probantes. S'assurent que tous les intervenant(e)s en santé maternelle et infantile reçoivent une formation initiale et continue adéquate en soins d'urgence, afin qu'ils puissent traiter adéquatement et au moment approprié les mères et leur nouveau-né lorsque cela s'avère nécessaire.

## CONDITION 9

... fournissent un continuum de soins à la mère et au nouveau-né – soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé, par les établissements et par les organismes concernés – dans un cadre favorisant cette continuité et la collaboration entre tous et à tous les niveaux. Ce continuum de soins inclut ceux des accoucheurs et des accoucheuses traditionnels et des personnes présentes comme intervenants lors d'un accouchement en dehors d'un centre hospitalier. Plus précisément, les personnes travaillant dans les établissements, les agences et les organismes offrant des services reliés à la maternité devraient :

---

Collaborer, peu importe la discipline, la culture, où l'institution qui sont les leurs, afin de faire bénéficier la dyade MèreEnfant des meilleurs soins, en reconnaissant que chacun possède des habiletés qui lui sont propres et en respectant le point de vue de l'autre

---

Encourager la continuité des soins durant l'accouchement, de sorte que la dyade MèreEnfant soit entourée d'un petit nombre seulement d'intervenants

---

Assurer l'accès, au moment approprié, à des consultations et à des transferts vers des spécialistes et des établissements appropriés;

---

S'assurer que la mère connaît les services disponibles dans la communauté et peut y avoir accès, c'est-à-dire les services susceptibles de répondre à ses besoins ou à ceux de son nouveau-né.

## CONDITION 10

... visent à se conformer aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative des Amis des bébés (OMS/UNICEF) :

---

Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant

---

Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

---

Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique

---

Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance

Placer les bébés peau à peau contre leur mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure, et encourager la mère à reconnaître les signes signifiant que son bébé est prêt à téter, en lui offrant de l'aide au besoin

---

Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles devaient être séparées de leur bébé

---

Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf sur indication médicale

---

Instaurer la cohabitation – laisser le bébé avec sa mère 24 heures par jour

---

Encourager l'allaitement à la demande du bébé.

---

Ne donner aux enfants allaités aucune tétine artificielle ou sucette

---

Encourager la constitution de groupes de soutien de l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

# KINÉSITHÉRAPIE

## EXERCICES POUR AIDER À L'ACCOUCHEMENT

La grossesse est une étape importante dans la vie d'une femme. Souvent qualifié comme un moment magique, il s'agit d'une magnifique aventure. Malgré les émotions incontrôlables, les peurs grandissantes et les inquiétudes quotidiennes, c'est le début d'une belle histoire de complicité et d'amour. Cette belle sensation de réussite amène chaque jour son lot de surprises. Les femmes veulent comprendre le pourquoi et le comment et surtout prévenir les problèmes possibles avant l'arrivée de ce bébé. Elles désirent et donnent le meilleur d'elles-mêmes. C'est dans cette optique que j'aborde le texte suivant. Est-ce vrai que les exercices peuvent aider l'accouchement?

### Tout d'abord.

Plusieurs changements musculosquelettiques, biomécaniques et cardiovasculaires sont associés à la femme enceinte. Sans parler des nombreux malaises qui accompagnent la croissance du bébé. Il y a plusieurs années la sédentarité était la recommandation la plus courante chez la femme enceinte. Aujourd'hui, les bienfaits de l'activité physique sont bien connus de plusieurs professionnels de la santé. D'ailleurs, l'inactivité physique est plus à craindre chez les femmes enceintes que l'effort physique. Une séance d'exercice a trois buts précis : prévention, préparation et reconditionnement. Il ne s'agit pas d'une performance sportive, mais plutôt de maintenir une bonne condition physique.

La grossesse n'est pas un prétexte pour arrêter de bouger. Il faut mettre du mouvement dans sa vie. Il n'est jamais trop tard pour commencer.

### Est-ce que l'accouchement sera plus facile si vous êtes active?

Pas nécessairement. Le déroulement de l'accouchement dépend de plusieurs facteurs variables d'une femme à l'autre. La forme physique de la femme n'est pas le seul facteur qui influence la sortie de l'enfant. Entre d'autres, nous pouvons mentionner la taille du bébé, la morphologie

de la mère (par exemple, la largeur du bassin), l'élasticité ou la tonicité des tissus, le nombre d'heures de travail, la capacité de relaxation et l'état psychologique de la mère.

Les autorités médicales sont donc incapables d'affirmer avec certitude qu'une bonne condition physique permet un accouchement plus facile. Pour certaines chanceuses, l'accouchement sera un vrai « jeu d'enfant ». Pour les autres, l'inconfort et la douleur seront au rendez-vous.

### Cependant.

Une femme ayant fait de l'exercice physique pendant sa grossesse diminue sensiblement le risque d'accouchement prématuré, de césarienne et de complications générales à la mère. Il en est de même pour le bébé; moins de signe de détresse fœtale et de complications à la naissance.

Il est essentiel de noter que l'endurance à l'effort est plus élevée chez une femme active. Elle aura plus de souffle (meilleure aptitude aérobie) et plus d'énergie pendant l'accouchement. De plus, une chose est certaine, l'activité physique vous aidera à vous remettre rapidement sur pied après l'accouchement. Elle favorise la perte de poids, elle permet de retrouver la flexibilité, l'agilité, la coordination ainsi que l'équilibre et améliore la force (mur abdominal) et l'endurance musculaire. Les exercices de raffermissements du plancher pelvien pendant la grossesse préviennent l'incontinence urinaire en post-partum. D'ailleurs, l'activité physique atténue la fatigue occasionnée par le manque de sommeil, les soins de bébés, l'organisation familiale et le stress des nouvelles responsabilités. Elle permet à la femme de briser l'isolement ce qui diminue les risques de dépression post-partum ou en atténue les symptômes.

Le retour à l'exercice sera plus facile et plus rapide après l'accouchement si la femme est restée active tout au long de sa grossesse. La

reprise de l'entraînement en post-partum peut être très subjective, individuelle et progressive. Règle générale, dès que les saignements sont terminés (vers la troisième semaine), elle peut commencer des activités douces. Après la sixième semaine, elle pourrait débiter la rééducation périnéale. Mais avant tout, la femme doit attendre d'être prête.

### Quoi faire?

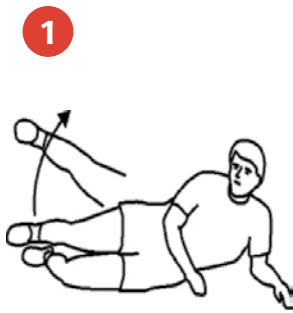
L'activité physique adaptée (aux conditions, aux trimestres et à l'expérience de la femme), spécifique à chacune et doit suivre les principes d'entraînement (échauffement, cardio-vasculaire, musculaire et étirements/relaxation) pour ne pas nuire à la femme enceinte. Donc, celle-ci peut préparer son corps et ses muscles à accoucher. L'activité physique permet une tonification musculaire des cuisses et du plancher pelvien qui sont particulièrement sollicités par l'accouchement. Il faut se concentrer sur le renforcement des abducteurs des hanches (tenseur du fascia lata, moyen et petit fessier, piriforme et sartorius) et étirer les adducteurs des hanches (court, long et grand adducteur, gracile et pectiné). La femme doit porter des vêtements légers et confortables et s'entraîner à des endroits convenables.

Il est important d'adapter ces exercices aux capacités fonctionnelles et à la condition physique de la femme. Elle doit progresser selon son rythme et sa réponse à l'exercice proposé.

### Renforcer les abducteurs des hanches

**Évolution : augmenter le temps de contraction à 10 secondes et augmenter le nombre de répétitions à 20.**

**1)** S'installer en décubitus latéral en prenant appui sur le coude. Mettre un oreiller sous le coude si nécessaire. Fléchir légèrement la jambe la plus près du sol. Faire une abduction de la hanche du dessus de façon lente et contrôlée jusqu'à un maximum de 45°. Éviter de fléchir le genou et de faire une rotation du tronc.



Maintenir la contraction pendant 5 secondes. Relâcher et reprendre la position initiale. Inspirer profondément. Faire 15 répétitions de chaque jambe.

**2)** S'asseoir confortablement sur une chaise. Installer un élastique autour des genoux. Faire une abduction simultanée des hanches sans quitter le contact avec la chaise. Maintenir l'ouverture pendant 5 secondes. Attention, l'adduction des hanches doit être contrôlée. Faire 15 répétitions. Pour les plus expérimentées: essayer l'exercice sur un ballon suisse.

### Étirer les adducteurs des hanches.

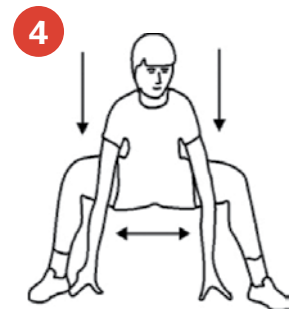
**Maintenir la position pendant 30 secondes. Faire 2 répétitions idéalement tous les jours.**

**3)** S'asseoir confortablement en « indien ». Avoir les deux pieds joints. Incliner le tronc vers l'avant et faire une légère pression lente et contrôlée au niveau des genoux afin d'étirer l'intérieur des cuisses. Garder le dos droit et le bassin en position neutre.

**4)** Installer les pieds plus larges que les épaules pointant légèrement vers l'extérieur. Éviter de lever la pointe de pieds et prendre garde à l'inversion et éversion de ceux-ci. Répartir le poids du corps également au centre. Mettre les mains sur les genoux ou au sol. Faire une descente verticale du corps en fléchissant les genoux jusqu'à une amplitude maximale de 90°. S'assurer de ne pas fléchir le tronc vers l'avant. Il est important pour la femme d'ajuster cet étirement, car le déséquilibre s'accroît plus les trimestres évoluent.

Maintenant, la vigilance s'impose à l'approche de la date prévue. Surveillez les signes précurseurs du travail. Il ne reste qu'à leur souhaiter un accouchement sans trop de douleurs, mais surtout un bébé en santé.

**Mélanie Blouin, BSc. Kin**



## RÉFÉRENCES

Kino-Québec (2009), *Active pour la vie: Activité physique et grossesse*. [www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/SLS/Sport\\_activite\\_physique/ActivePourLaVie\\_f.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/SLS/Sport_activite_physique/ActivePourLaVie_f.pdf)

Directive clinique conjointe de la SOGC et de la SCPE (2003), *L'exercice physique pendant la grossesse et le post-partum*. [www.sogc.org/guidelines/public/129F-JCPG-Juin2003.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/public/129F-JCPG-Juin2003.pdf) (juin N°129)

Healthy Alberta (Avril 2009), *Healthy Eating & Active Living for pregnancy*. [www.health.alberta.ca/documents/healthy-eating-pregnancy.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/healthy-eating-pregnancy.pdf)

Wikipédia (Juillet 2011), <http://fr.wikipedia.org/wiki/Grossesse>

Santé-Médecine (2009), *L'incontinence urinaire et la rééducation du périnée*. [http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/accouchement/12\\_l-incontinence-urinaire-et-la-reeducation-du-perinee.php3](http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/accouchement/12_l-incontinence-urinaire-et-la-reeducation-du-perinee.php3)

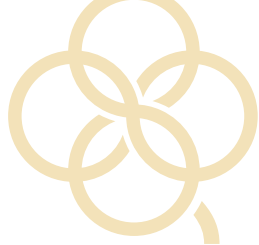
Lee D., Lee L.-J., *Postpartum health for moms: an educational package for restoring form & function after pregnancy*. *Convenant health for Misericordia Hospital*.

Agence de la santé publique du Canada (2002), *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*.

Note 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. (2007 à 2010)

QUESTIONS, COMMENTAIRES, SUGGESTIONS? ÉCRIVEZ À : [m.blouin@lafsa.ca](mailto:m.blouin@lafsa.ca)

Mélanie Blouin est kinésologue pour la Fédération du sport francophone de l'Alberta depuis près d'un an et demi. Son travail est principalement concentré sur la promotion de la santé. Elle développe plusieurs outils clé en main afin de sensibiliser et de motiver les écoles élémentaires à augmenter leurs minutes d'activité physique par jour. De plus, elle chapeaute un projet qui vise la saine alimentation, l'activité physique, la littératie précoce et le développement langagier chez les enfants d'âges préscolaires. Depuis juin 2011, elle met en place un projet sur la dénormalisation de la malbouffe chez les jeunes de 13 à 18 ans.



# LA CONTRACEPTION

## MÉTHODE

Efficacité selon utilisation typique ou parfaite

## FRÉQUENCE

Fréquence d'utilisation selon la méthode choisie

## DÉBUT

Début d'utilisation recommandé après l'accouchement (post-partum)

Pour vous aider à bien choisir votre prochaine méthode contraceptive voici quelques facteurs à considérer

Désirez-vous allaiter?

Désirez-vous d'autres enfants?

Vos menstruations ont-elles tendance à être abondantes ou douloureuses?







Avez-vous tendance à oublier la pilule?

Fumez-vous?

Désirez-vous une protection contre les infections transmises sexuellement?

Étiez-vous satisfaite de votre dernière méthode de contraception?





Avez-vous une contre-indication « à la pilule »?







MÉTHODE	FRÉQUENCE	DÉBUT	REMARQUES
 SYSTÈME INTRA-UTÉRIN Stérilet avec progestatif (Mirena) <b>99,9 %</b> (99,9 %)	Installé par le médecin. Maximum de 5 ans pour le stérilet	Dès 6 semaines post-partum	Saignements irréguliers en début d'utilisation. Diminution des saignements. Absence de menstruation chez 1 femme sur 5. Peu d'effets secondaires liés aux progestatifs.
 MINI-PILULE (Micronor) En cours d'allaitement <b>97%</b> (99,5 %)	Prise chaque jour, à la même heure	2-4 semaines post-partum	Si intervalle plus de 3h avec l'heure habituelle de la prise, on note une perte d'efficacité. Saignements irréguliers possibles. Sans allaitement, efficacité plus faible qu'une autre Pilule.
 PROGESTATIF INJECTABLE (Dépo-Provera) <b>97%</b> (99,7 %)	Injection aux 3 mois	Peu après l'accouchement. Il est préférable d'attendre 3-4 semaines post-partum en allaitement	Diminution des saignements. Absence de menstruation chez 1 femme sur 2.  Retour à la fertilité habituelle peut-être retardé jusqu'à 12 mois.
 CONTRACEPTIF ORAL (CO) « la Pilule » <b>92 %</b> (99,5 %)	Prise à chaque jour	4 semaines post-partum si l'allaitement est terminé	Contre-indiqué en allaitement car les CO diminuent la production de lait maternel
 ANNEAU VAGINAL (Nuva-Ring) <b>92 %</b> (99,7 %)	Inséré une fois par mois		La prise en continue est possible avec certains contraceptifs pour éviter les menstruations
 TIMBRE CONTRACEPTIF (Evra) <b>97 %</b> (99 %)	Collé une fois par semaine		contient 2 hormones (oestrogène + progestatif)

L'implant contraceptif, le diaphragme, la cape cervicale, le LEA, l'éponge contraceptive et le condom féminin sont des méthodes moins utilisées et n'ont pas été discutées.

# APRÈS L'ACCOUCHEMENT

PAR MÉLANIE SAVARD-CÔTÉ, M.D.

	MÉTHODE HORMONALE	
	MÉTHODE NON HORMONALE	<b>00,0 %</b>
	MÉTHODE COMPATIBLE AVEC ALLAITEMENT	Taux de contraception sur un an d'utilisation typique (taux réel)
	MÉTHODE NON COMPATIBLE AVEC ALLAITEMENT	(00,0 %) Taux de contraception sur un an d'utilisation parfaite (théorique)

MÉTHODE	FRÉQUENCE	DÉBUT	REMARQUES
 ALLAITEMENT MATERNEL et AMÉNORRHÉE (MAMA) (98%)	Jusqu'à 6 mois post-partum	Dès l'accouchement	Valable pour les 6 premiers mois seulement, si les trois conditions suivantes sont toutes remplies :  <b>1.</b> allaitement exclusif au sein, (ie aucun aliment ou biberon) <b>2.</b> absence de menstruations, <b>3.</b> intervalle entre 2 tétées ne dépasse pas 6 heures la nuit et 4 heures le jour.  Parfois difficile à appliquer
 DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (stérilet en cuivre) <b>99,2 %</b> (99,6%)	Installé par le médecin. Maximum de 5 ans pour le stérilet	Dès 6 semaines post-partum	Saignements irréguliers en début d'utilisation.  Les menstruations peuvent devenir plus abondantes et plus douloureuses.
 VASECTOMIE <b>99,8 %</b> (99,9%)	Permanent	Attendre les résultats du spermogramme 3 mois après l'intervention	Risque de regrets Difficile à renverser Anesthésie locale Technique plus facile que la ligature
 LIGATURE DES TROMPES <b>99,5 %</b>	Permanent	Immédiat	Risque de regrets Difficile à renverser Anesthésie générale
 PILULE DU LENDEMAIN (Plan B) <b>95 % à 60 % selon le délai</b>	Le plus tôt possible après la relation sexuelle	Immédiat	Aussi disponible auprès du pharmacien
 CONDOM <b>86 %</b> (97%)	À chaque relation sexuelle	Immédiat	Protège contre les infections transmises sexuellement

Pour en savoir d'avantage, consultez [www.masexualite.ca](http://www.masexualite.ca) et [www.serena.ca](http://www.serena.ca)

## À PROPOS DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Réunissant notamment l'Université de Montréal et ses centres hospitaliers affiliés, le RUIS de l'UdeM vise également à faire progresser la formation, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Son territoire comprend Lanaudière, les Laurentides, Laval, la Mauricie, le nord-est de la Montérégie et l'est de l'île de Montréal et dessert quelque trois millions de Québécois.

Par quels moyens compte-t-il remplir son rôle? Il croit fermement que l'élaboration de réponses durables passe d'abord et avant tout par une plus grande collaboration entre les différents acteurs concernés, tant les institutions que les individus. POUR EN SAVOIR PLUS, VISITEZ [www.ruis.umontreal.ca...](http://www.ruis.umontreal.ca...)

# O R É S U M É N É O L O G I E

Le Centre de Coordination pour la néonatalogie au Québec a été mandaté par le MSSS pour coordonner les transferts de mères enceintes et de nouveau-nés vers les centres tertiaires afin d'en optimiser l'accessibilité.

Des coordonnateurs néonatalogistes représentant les quatre RUIS sont de garde à tour de rôle pour assurer l'accessibilité en tout temps des lits tertiaires. Les activités du Centre sont situées dans les locaux du Centre d'Activités Réseau du CHU Sainte-Justine.

L'équipe des coordonnateurs aimerait sensibiliser les médecins accoucheurs sur l'importance de l'identification rapide des bébés à risque, susceptibles de subir des dommages cérébraux à la suite d'une asphyxie néonatale.

Il existe un traitement par hypothermie qui a démontré certains bénéfices en réduisant le taux de mortalité. Ce traitement doit être administré avant six heures de vie pour être efficace et c'est pourquoi nous aimerions aider les médecins accoucheurs à bien reconnaître les enfants à risque pour qu'ils puissent les référer rapidement vers les centres tertiaires offrant ce traitement.

D'ici peu, nous vous offrirons un document pour la collecte de données et l'identification de ces bébés.

### **Maria Buithieu, M.D., FRCPC**

Gestionnaire médicale du Centre de Coordination pour la néonatalogie au Québec

# Des nouvelles TRISOMIE 21

Le Programme provincial de dépistage de la trisomie 21 est en déploiement depuis 2009. Certains d'entre vous peuvent déjà l'utiliser et d'autres sont encore en attente. Malheureusement, le déploiement ne se fait pas aussi vite qu'on le voudrait. La région de Montréal et celles desservies par le CHU Sainte-Justine sont particulièrement en retard par rapport à celles desservies par le CHUQ.

Toutes sortes de problèmes logistiques et informatiques ont retardé la mise en marche du programme. Cependant certains hôpitaux de la région de Montréal ont pu commencer à envoyer leur échantillon. Les patientes suivies à Sainte-Justine ont depuis longtemps accès au test mais ce n'est que depuis le début de l'été que les patientes du Royal Victoria y ont également accès.

Cet automne, c'est à l'hôpital St-Luc et à l'hôpital Juif que pourra débuter le Programme. L'implantation à Montréal semble plus complexe à cause du nombre de sites de prélèvement et des différentes façons de procéder pour faire ces tests. La Montérégie a déjà commencé et l'Estrie devrait suivre dès décembre.

À noter que les deux prélèvements doivent se faire au même endroit, ce qui pose parfois problème, particulièrement dans les zones urbaines où la mouvance des populations (déménagement, travail...) fait en sorte que lors du deuxième prélèvement, les patientes se présentent à un autre endroit et se voient refuser l'accès au test.

Le Programme comporte deux prélèvements: un au 1<sup>er</sup> trimestre et l'autre au 2<sup>e</sup> trimestre, pour augmenter la sensibilité des résultats. Le seul marqueur au 1<sup>er</sup> trimestre est la PAPP-A. Au 2<sup>e</sup> trimestre on retrouve quatre marqueurs (uE3, alpha-foetoprotéine, Beta-HCG et l'inhibine A). Le programme souhaite évidemment que le plus de femmes possible passent les deux tests puisque c'est la seule façon d'obtenir la meilleure sensibilité possible.

Depuis le déploiement, on a remarqué dans certaines régions que jusqu'à 10 % des patientes ne passaient que le 1<sup>er</sup> test. Il faut bien comprendre que le Programme est vraiment basé sur un calcul combiné 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestre pour obtenir une sensibilité similaire à un test combiné conventionnel commercial (Clarté nucale et marqueur 1erT soit B-HCG et PAPP-A). Il est donc impératif d'encourager nos patientes à faire les deux prélèvements.

Tout l'aspect de la clarté nucale (CN) n'est pas encore résolu mais le Programme a fait de grands pas! Afin d'avoir les meilleurs standards de qualité, le Programme a décidé d'élaborer une liste de gens qui pourront soumettre une valeur de CN. Donc, seuls les médecins et les technologues certifiés par la Fetal Medicine Foundation et liés à un établissement public verront leur mesure de clarté nucale prise en compte dans le calcul de risque.

Bien sûr, les patientes pourront encore aller en privé pour avoir une mesure de CN mais on ne pourra pas, pour le moment, l'intégrer aux calculs du Programme. Il sera difficile de combiner les deux valeurs indépendantes (sérique et CN) sans qu'elles soient intégrées.

Le déploiement se fait lentement mais sûrement et on espère le voir s'étendre le plus rapidement possible dans toute la province. Ce retard cause par contre des problèmes éthiques. Certaines situations pour le moins embêtantes ont été rapportées. Par exemple, une patiente qui habite la Montérégie (où le programme a déjà débuté) mais qui est suivie à Montréal ne peut, actuellement, avoir accès au Programme. Pour les patientes qui ont des assurances ou qui peuvent se le permettre, ceci ne pose pas de problème mais pour les autres... c'est un peu dommage!

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

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



# OLO

Le 1<sup>er</sup> mars 1991 venait au monde une œuvre de bienfaisance qui allait jouer un grand rôle dans la vie de milliers de futures mamans et dans celle de leurs enfants à naître. L'histoire de la Fondation OLO est à son image : rassembleuse, engagée et porteuse de résultats.

En effet, la mise sur pied de la Fondation OLO résulte de la détermination de nombreux professionnels de la santé qui, convaincus par les résultats obtenus par le Dispensaire diététique de Montréal, ont souhaité intégrer l'approche préventive œuf, lait, orange et suppléments de vitamines et minéraux aux suivis qu'ils effectuaient auprès de la clientèle vulnérable. Combiné à leur intervention, l'accès à ces aliments allait pouvoir permettre d'offrir à tous les bébés un meilleur départ dans la vie en réduisant les risques d'insuffisance pondérale à la naissance et de prématurité.

Vingt ans plus tard, la Fondation OLO et les professionnels du réseau ont aidé plus de 150 000 bébés et les quelques 17 000 futures mamans rejointes annuellement par le programme OLO échangent, dans les épiceries, pharmacies et dépanneurs de toutes les régions du Québec, près de 700 000 coupons alimentaires par année. Aujourd'hui, pour célébrer ses 20 ans d'action menée auprès des femmes et de leur nouveau-né, la Fondation OLO innove avec des projets et des activités de financement aussi originaux qu'évocateurs!

## Bedaine citoyenne et Bébé engagé

C'est à l'occasion de la journée mondiale de la Femme, le 8 mars dernier, que la Fondation OLO a présenté sa toute nouvelle initiative philanthropique *Bedaine citoyenne*. Les futures mamans du Québec sont invitées à poser un geste de solidarité et de générosité envers leurs

consœurs qui vivent leur grossesse dans des conditions financières précaires en joignant, par un don de 25\$ ou plus, le mouvement *Bedaine citoyenne*.

Avec cette nouvelle occasion de don, la Fondation OLO se positionne comme l'instigatrice d'une action sociale posée par des futures mamans pour d'autres futures mamans.

Les nouvelles bedaines citoyennes recevront leur certificat d'adhésion officiel et, en échange d'un don de 55\$ ou plus, pourront s'afficher en portant fièrement l'élégant t-shirt *Bedaine citoyenne*... et fière de l'être, un vêtement 100% québécois conçu par Mum&Tom. Les partisans de la cause seront également invitées à se procurer gratuitement le Livret de Grossesse, un outil pratique produit par Imabulle. On devient une bedaine citoyenne sur [www.fondationolo.ca/bedainecitoyenne](http://www.fondationolo.ca/bedainecitoyenne) et on rallie d'autres bedaines à sa croisade en propageant la nouvelle via ses réseaux sociaux préférés.

Aussi, une seconde invitation, celle-ci lancée à tout l'entourage d'un nouveau-né (famille, collègues, employeurs et amis des nouveaux parents) propose à chacun de transmettre ses plus belles valeurs à un enfant à naître en faisant un don, en son nom, à la Fondation OLO. Parce que sa naissance aura contribué à la santé de ses confrères, nés sous une autre étoile, le nouveau-né devient un *Bébé engagé*, un être dont la venue au monde contribue à renouveler notre confiance collective en l'avenir.

Pour exprimer leur générosité et les raisons qui les mènent à poser un tel geste, la Fondation OLO propose aux donateurs des cartes *Bébé engagé* au contenu personnalisé qui pourront être remises aux futurs parents à l'occasion d'un shower, d'une naissance ou d'un baptême. Le nouveau bébé engagé pourra également se balader à bord d'une écharpe exclusive produite par l'entreprise Maman Kangourou, la référence en portage au Québec. Pour faire des bébés engagés, rendez-vous au [www.fondationolo.ca/bebeengage](http://www.fondationolo.ca/bebeengage).

Pour sa première année de déploiement, la Fondation OLO est fière d'avoir pu s'associer à des entreprises québécoises fondées par des femmes qui ont, quelques années plus tôt, bénéficié de son programme de soutien alimentaire. Le fait qu'elles soient aujourd'hui à la tête d'entreprises florissantes constitue une belle preuve d'espoir et démontre à quel point un coup de pouce, offert à un moment particulier d'une vie, peut contribuer à lui donner un formidable élan.

## Les mini-métrages OLO: 1 clic = 1 don

À ces deux nouvelles initiatives s'ajoute la campagne virale des mini-métrages OLO, de courtes vidéos réalisées par trois cinéastes qui ont choisis de poser leur regard sur l'univers de la Fondation OLO. Pour appuyer cette campagne de visibilité et pour susciter les visionnements et le partage de ces vidéos, deux des grands complices de la Fondation OLO, la Fédération des producteurs d'œufs de consommation du Québec et Agropur offriront respectivement 4 œufs et un sac de 4 litres de lait Québon par visionnement effectué.

Puisque les dons profiteront directement aux bébés du programme OLO et à leur maman, chaque clic compte! Notre objectif: 15 000 visionnements d'ici novembre 2011. Au moment d'écrire ces lignes, plus de 12 000 visionnements ont été inscrits au compteur. À savoir, un abonnement d'un an à Super Écran sera offert à l'une des personnes qui aura commenté l'un ou l'autre des trois mini-métrages sur la page Facebook de la Fondation OLO.

## RASSEMBLEUSE, ENGAGÉE ET PORTEUSE DE RÉSULTATS, LA FONDATION OLO A AUJOURD'HUI 20 ANS!

### Équité, solidarité et générosité... pour des bébés en santé

Depuis 1991, la Fondation OLO apporte un soutien considérable aux nouvelles familles québécoises toutefois, les ressources demeurent insuffisantes en regard des besoins. En effet, dans un contexte où la province connaît un boom des naissances, le financement d'un programme s'adressant aux familles plus démunies n'est pas moins essentiel aujourd'hui qu'il y a cinq ou dix ans. En 2011, on estime qu'une femme sur cinq vit sa grossesse dans un contexte de pauvreté. L'appel à la mobilisation et à la générosité est donc lancé.

Pour célébrer ses 20 ans, la Fondation OLO réunit partenaires et amis autour d'un grand souhait: celui de pouvoir offrir la santé aux milliers d'enfants qui naîtront au cours des prochaines décennies. Faites partie de son histoire, prenez part à ses projets sur [fondationolo.ca](http://fondationolo.ca), sur Facebook et sur YouTube dès maintenant.

**Fondation OLO**





# DO EPIDURALS CAUSE OPERATIVE BIRTHS DUE TO MALPOSITION OR DO THEY PREVENT THEM?

In a woman with a difficult OP labour, stuck at 7 cm, needing augmentation that would 'kill' her, with enough catecholamine on board to inhibit her contractions, an epidural may be just the ticket to give her rest, allow the augment, improve the efficiency of contractions and avoid an operative delivery. In enough such scenarios, using the same extrapolation, epidurals are «saving» maternal lives (literally and figuratively) but you could never prove it.

Unfortunately, this is now much less often the indication for an epidural than 'elective' epidural analgesia: EA offered to a woman because, when you boil it down, it is easier and more effective at making women comfortable (and quiet) than the cruder, prehistoric methods (doula, tub, nitrous oxide, or one-to-one care,...). When epidurals are offered like canapés to every women entering labour, they lead to more dystocia secondary to uterine inertia than the reverse, mentioned above. Unless this dystocia is compensated for with assiduous diagnosis and aggressive augmentation, unnecessary operative deliveries result, with their associated morbidity and mortality.

## THE ANSWER IS:

4 million women in the USA birth annually.

60 % or 2.4 million receive epidurals in labour.

The majority of units use low-dose oxytocin without active management dystocia protocols (at least 80% at the time of our study in 2004), so say 2 million women have epidurals with inadequate detection/treatment of dystocia.

About half of these women will sail through labour not requiring augmentation.

About 1 million will require augmentation for clinically diagnosed dystocia (better late than never).

Xenakis' study provides the most robust estimate of the difference in C/S rate between high- and low-dose oxytocin in women requiring augmentation in a high-epidural environment: an absolute risk reduction of 15%.

Using this estimate, 150,000 women annually could avoid C/S if they either did not have an epidural or had labour managed actively once it was in place.

Landon's 2004 NEJM study gives us the most robust prospective estimate of the risk of maternal death from elective C/S: 1/2500. Let us drop that to 1/4000 to be conservative.

The risk of maternal death with vaginal delivery (from Landon's study and others) is about 1/20,000.

The difference in maternal mortality risk between vaginal delivery and C/S is, therefore, about 1/5000 deliveries.

150,000 divided by 5,000 = 30 women who die annually in the U.S. due to complications of caesareans caused by inadequate compensation for the dystocic effect of epidural analgesia. This is not a high number, but of 4 million births, this would represent 0.75/100,000 of the overall maternal mortality ratio.

## THEY CAN DO BOTH.

To be cautious, let us say the effect is really only half that demonstrated by Xenakis - that would cut the number to 15. No matter how hard you try, you will not get the number to zero.

Clearly, epidurals used in the first scenario described above would help avoid some C/S and by similar extension, maternal deaths; but in everyday use in North America, the vast majority of epidurals are elective. I cannot count the number of C/S I have seen and done in low-dose oxytocin environments for «CPD» or malposition without evidence of adequate power: by IUPC, caput or molding. Even in our unit with a 15% epidural rate, a high-dose oxy protocol, and me badgering everyone about active management, we still sometimes see delayed detection and treatment of dystocia due to EA resulting in unnecessary operative deliveries.

Routine episiotomy in all births will cause more harm than good. A policy of no episiotomies, even in women at high-risk of sphincter injury, will result in 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> degree tears that could have been avoided. Judicious clinical judgement aims to find an optimal balance. I do not think it is different with epidurals.

Iatrogenesis is hard to admit, but there are ample examples in medical history of us keeping our heads in the sand – particularly in obstetrics.

Everyone knows that epidurals provide great pain relief when they work, which is most of the time. However, you are not fully informing your patients unless you are also telling them that:

1. Epidurals slow labour.

2. With active management including routine AROM, frequent vaginal exams and early high-dose oxytocin for slow progress, epidurals increase malposition and need for operative delivery, but not the likelihood of C/S.

3. Unless labour is managed with the aggressive above interventions (i.e. routine hospital care in North America), epidurals approximately double the likelihood of caesarean section.

4. Epidurals increase the likelihood of maternal fever, leading to increased neonatal sepsis work-ups and antibiotic use.

Our understanding the neurochemical ‘dance’ between the pituitary, uterus, and lower female genital tract - otherwise known as labour – is rudimentary. Effective epidural analgesia produces a neurological blockade powerful enough to so completely block the somatic and visceral sensations of pain that a woman can sleep through one of the most profound transformations her body will ever experience. Feedback plays a role in almost every physiological function. It would be erroneously simplistic to assume that the somatic and autonomic feedback (including pain) from a woman’s body does not play an integral role in as dynamic and profound a physiological process as labour. Blocking this feedback is directly blocking part of the physiology of labour.

Wouldn’t it be great if epidurals had no downside? Perhaps that is why we collectively maintain the delusion that epidurals are harmless: like some sort of magic fat-free fois gras. However, a maternal death from a pulmonary embolus secondary to a caesarean section for epidural-related dystocia that was not adequately corrected with high-dose oxytocin is directly attributable to the epidural.

No-one would ever be able to prove it, because the alternate reality is erased - no-one can say whether that particular woman would have progressed without the epidural. But on a population basis, in contemporary North American practice (without high-dose oxytocin and active management protocols) epidurals are responsible for thousands of unnecessary C/S annually and, therefore, maternal deaths.

With due respect, care providers promising a free lunch are not fully informing their patients. It is time to drop the delusion: understand the power of epidural analgesia to do great good; but understand, too, that it interferes with the physiology of labour. We have a responsibility to be as intellectually honest as possible when interpreting risks and providing recommendations based on clinical judgement. Ultimately, it is this honesty that ensures a patient is fully informed. It then goes without saying that their choice should be respected.

**Andrew Kotaska, Ob-Gyn**  
Yellowknife, NWT

# SEX IN PREGNANCY

EXCERPT CMAJ APRIL 2011

**TRUTHS OR MYTHS?** — Patients and their partners often ask the question whether sex is allowed in pregnancy, when to resume sex after delivery, can sex be used to induce labor and more. The potential complications of sex in pregnancy include: preterm labour, pelvic inflammatory disease, antepartum hemorrhage and venous air embolism.

For low risk women, a study from Mills and coworkers that followed 10,981 singleton low-risk pregnancies found NO increase in the frequency of preterm labor in women who abstained from sex from those having sex. In another prospective study frequent intercourse was associated with an increase risk of preterm labor only in women colonized with *Mycoplasma hominis* or *Trichomonis vaginalis*. Therefore no contraindications to sexual activity in low risk pregnancies.

For high risk women with history of preterm labor, multiple gestation, or cervical incompetence, there is limited evidence for recommendations on sexual activity. These women are usually advised to abstain as this is a simple intervention and thus a reasonable recommendation until better evidence is available.

As for pelvic inflammatory disease, a common misconception is that pregnancy is protective against sexually transmitted infections. The risk is especially present during the first trimester where ascending infection can coexist with pregnancy especially in the adolescent. Tubo-ovarian abscesses has also been described in pregnancy.

In the setting of placenta previa and antepartum hemorrhage there is a lack of prospective data to support or refute sexual activity during pregnancy. Only one study exists that shows the safety of a vaginal probe as it can not enter the cervix due to the angle of insertion. Despite the limited evidence it is safest to advise patients with placenta previa to abstain from sexual activity.

Venous air embolism is extremely rare, 18 deaths out of 20 million pregnancies. It is due to the direct communication between air and vasculature. Air can be forced in to the cervical canal by oral insufflation. Although this is rare, patients should be advised to avoid orogenital sex with air insufflation.

The other common question is, does sex induce labor? In 2005, a Cochrane review examined the evidence for breast stimulation as a method for inducing labour. In conclusion, nipple stimulation seems to have minimal or no effect for women with an unripe cervix, but may be helpful for inducing labour in those with a ripe cervix. Few studies have looked at the role of intercourse as a cervical-ripening technique. In theory, prostaglandins released from mechanical stimulation of the cervix may cause cervical ripening and prostaglandins in semen may also cause cervical ripening. From the limited studies, there is no evidence to

support the theory that sex at term has any effect on Bishop score, spontaneous onset of labor, cesarian delivery rates or neonatal outcomes, but there are no known harmful consequences in patients with low-risk pregnancies.

In the postpartum period, early intercourse, within the first 2 weeks, could result in disruption of sutures, infection, dehiscence, bleeding and hematoma. These complications occur more often after 3rd or 4th degree tears or patients with endometritis. 90% of women resumed sex by three or four months postpartum. It is reasonable to tell women to resume intercourse when they are feeling comfortable enough to do so.

**Balbina Russillo, M.D.**

**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*

**Rédaction**

Mélanie Blouin  
Dr Maria Buthieu  
Dr Andrée Gagnon  
Dr Andrew Kotaska  
Dr Dominique Pilon  
Dr Balbina Russillo  
Dr Mélanie Savard-Côté

**Coordination**

Dr Dominique Pilon

**Concept/réalisation**

Graphidée  
graphidee@videotron.ca



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

**P** PregVit folic5

Supplément vitaminique-minéral en comprimés à dose élevée d'acide folique pour usage prénatal  
Avec 5 mg d'acide folique

Rx seulement

Nouvelle certification

Casher/PASSOVER Halal



Ne contiennent pas de lactose, pas de gluten et pas de tartrazine

**P** PregVit

Supplément vitaminique-minéral en comprimés pour usage prénatal et postpartum  
Avec 1,1 mg d'acide folique

Rx 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 certains régimes privés d'assurance

### Posologie pour PregVit folic 5® et PregVit®



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 pour éviter l'effet inhibiteur du calcium sur l'absorption du fer.



[www.pregvitfolic5.com](http://www.pregvitfolic5.com)



Monographie de produits disponible sur les sites Web



[www.pregvit.com](http://www.pregvit.com)



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

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

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

# Prevegyné™



## POUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA VAGINOSE BACTÉRIENNE

Une solution **naturelle**  
Un mode d'action **efficace**

**Vitamine C (acide ascorbique) 250 mg  
en comprimés vaginaux à libération contrôlée**

En acidifiant de façon efficace et contrôlée le milieu vaginal, Prevegyné™ :

- réduit et stabilise le pH à son niveau physiologique normal
- neutralise l'odeur anormale
- **favorise la recolonisation des lactobacilles endogènes**
- empêche la prolifération des bactéries pathogènes
- optimise les conditions pour maintenir un équilibre de la flore vaginale
- aide à prévenir la récurrence de la vaginose bactérienne



### Posologie recommandée :

1 comprimé vaginal q.h.s. pendant 6 jours

**Le traitement peut être prolongé ou répété  
pour rétablir ou maintenir le pH physiologique**

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

Monographie de produit  
disponible sur

[www.prevegyné.com](http://www.prevegyné.com)



**DUCHESNAY**

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