

Mot du président

SÉRÉNITÉ ET SÉCURITÉ

Le journal *La Presse* publiait récemment les résultats d'une enquête faite auprès de 16 hôpitaux du Grand Montréal. La journaliste Ariane Lacoursière nous y présentait le palmarès des maternités qui informe le grand public des lieux où les mères devraient accoucher et le pourquoi.

Le classement de la performance des établissements a été fait sur l'examen de cinq éléments: le taux de césariennes, le taux d'utilisation du forceps et de la ventouse, le taux de péridurales et le taux de mortinaissances, qui fut par la suite délaissé. Chaque élément a fait l'objet d'un article informant le grand public de la pratique de ces différentes techniques.

À la suite de cette lecture, je suis rassuré et content de constater que plusieurs hôpitaux de la Grande région de Montréal tentent de s'adapter aux besoins des futures mères. En effet, malgré des locaux et des équipements parfois vieillissants ou le manque de ressources financières et humaines, des efforts sont déployés pour favoriser des techniques qui respectent la santé et le bien-être de la mère et des bébés à naître, ainsi que pour obtenir des médecins ayant une vision moderne de la périnatalité et qui sont attentifs aux exigences de leurs patientes. Je suis fier de faire partie de ceux qui oeuvrent dans ce milieu dans le but d'améliorer l'ensemble des conditions de l'accouchement des futures mamans.

Dans cette nouvelle édition du Cordon, qui émerge en même temps que ce magnifique printemps, vous aurez des nouvelles du Collège des médecins du Canada par le Dr Andrée Gagnon. Elle vous parle, entre autres, du dernier FMF qui a eu lieu à Winnipeg en octobre dernier où une participation élevée au programme de périnatalité est rassurante quant à l'avenir de la relève.

Puis, le Dr Mélanie Savard-Côté nous informe de l'élaboration prochaine d'un volet prénatal du « Mieux Vivre avec notre enfant ».

Vous pourrez également lire un texte du Dr Sylvie Berthiaume s'intitulant « Dystocie dans les plans d'effectifs médicaux » qui fait part des propositions de l'exécutif de l'AOPQ sur cette question ainsi qu'un article du Dr Berthiaume, paru dans *La Presse* du 27 novembre 2007, relatant la situation au CHUM concernant les quotas d'accouchements.

De plus, une maman nous fait part des hauts et des bas de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, recommandé par l'Association Cana-

dienne de pédiatrie. Dans son article, Camille Brodeur expose les pour et les contres d'une telle pratique ainsi que des pistes de solution pour augmenter le pourcentage des femmes qui allaitent exclusivement durant six mois.

Finalement, vous trouverez les réactions de deux membres exécutifs de l'AOPQ au sujet de la mise en œuvre du programme de dépistage prénatal du syndrome de Down au Québec.

Bonne lecture!

Dominique Pilon M.D.
Président, AOPQ

Sommaire

| | |
|-----------------------------------|----------|
| LE PROGRAMME AMPRO ^{OB} | |
| La solution actuelle | 3 |
| LA DYSTOCIE | |
| Prévoir les effectifs nécessaires | 4 |
| LES QUOTAS D'ACCOUCHEMENT | |
| Il faut ajuster les ressources... | 5 |
| ALLAITEMENT EXCLUSIF | |
| Un choix | 6 |
| LE SYNDROME DE DOWN | |
| Dépistage | 7 |



Supplément vitaminique-minéral
à dose élevée d'acide folique
(avec 5 mg d'acide folique)



Supplément vitaminique-minéral
prénatal et postpartum

R_x seulement

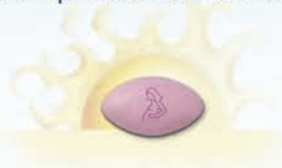


Duchesnay a le plaisir d'annoncer que
PregVit folic 5 et PregVit sont les premiers et les seuls
suppléments de vitamines et minéraux prénatals au Canada
à détenir une certification **Casher** et **Halal**



PregVit folic 5 et PregVit ne contiennent pas de lactose et pas de tartrazine.
PregVit folic 5 et PregVit ne contiennent pas de gliadine-gluten et peuvent donc
être utilisés par les personnes atteintes de la maladie coeliaque.

1 comprimé rose le matin



FER
et autres
vitamines-minéraux

1 comprimé bleu le soir



CALCIUM
et autres
vitamines



- **PregVit folic 5** est formulé pour les femmes qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes, et qui ont déjà eu une grossesse affectée d'une anomalie du tube neural, qui ont des antécédents familiaux d'anomalies du tube neural, qui souffrent de diabète ou de troubles de malabsorption (par ex., affection abdominale inflammatoire), qui prennent des antagonistes de l'acide folique (par ex., méthotrexate) ou des anticonvulsivants (par ex. : acide valproïque, carbamazépine), ou qui nécessitent un supplément à dose élevée d'acide folique selon l'avis de leur médecin.

Le dosage de **PregVit folic 5** devrait débuter au moins **2 ou 3 mois** avant la conception et se poursuivre jusqu'à 10 à 12 semaines après les dernières règles, ou pendant toute la grossesse si, selon l'avis du médecin, les bénéfices découlant de la prise d'un supplément à dose élevée d'acide folique surpassent les risques potentiels.

- **PregVit** est spécialement indiqué à l'usage des femmes avant la conception, pendant la grossesse et dans la période postnatale.



DUCHESNAY

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

Brevets : Canada 2,478,163, É.-U. D501,252
AUTRES BREVETS EN INSTANCE É.-U., Canada et autres pays
© © Duchesnay Inc. 2004-2008

Laval, Québec, Canada

Pour information médicale : 1.888.666.0611 • infomedicale@duchesnay.com
www.pregvitfolic5.com, www.pregvit.com

Depuis la dernière parution du *Cordon*, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts au Collège. En fait, je devrais changer l'expression pour « beaucoup de neige a enseveli nos maisons » étant donné l'hiver que nous avons vécu dernièrement!

Le Collège a eu son Forum de médecine familiale (FMF) à Winnipeg en octobre 2007. Comme toujours, ce fut un grand succès. La journée du vendredi qui avait son programme de périnatalité en continue et en simultanée avec le reste des présentations de médecine familiale a attiré un taux de participation élevé, ce qui me réchauffe toujours le cœur puisqu'il semble définitivement y avoir une relève intéressée par la périnatalité. Un événement marquant de ce dernier FMF a été la signature d'une entente entre le Collège des Médecins de Famille du Canada et l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada scellant une collaboration beaucoup plus importante entre les deux groupes afin de développer des nouveaux modèles de soins et stratégies d'implantation de ceux-ci pouvant permettre d'améliorer l'accès des patients à des soins de santé de qualité ainsi que de soutenir les pratiques multidisciplinaires. C'est par ce biais que le Collège espère réussir d'ici 2012 à faire que 95 % des Canadiens aient accès à un médecin de famille (ceci me semble légèrement

optimiste pour le Québec, mais qui vivra, verra...) et que les programmes communautaires arrêtent de s'adresser seulement aux clientèles identifiées à « hauts risques ». Le prochain Forum de médecine familiale aura lieu à Toronto du 27 au 29 novembre 2008 et mon Comité est à finaliser la journée de périnatalité qui se tiendra encore le vendredi, soit le 28 novembre. Bienvenue en grand nombre!

De plus, le programme AMPRO^{OB} (Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux) de la Société d'Obstétrique et Gynécologie du Canada (SOGC) approuvé par le Collège des Médecins de Famille du Canada, est basé sur le document intitulé MCPMCP (Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project) qui a été écrit en collaboration par le Collège et la SOGC et publié sur leurs sites internet respectifs. Ce programme, qui vise à améliorer la sécurité des patientes en milieu hospitalier en créant des équipes de soins dans lesquels tous travaillent ensemble, en éliminant les hiérarchies habituelles et en mettant en place des valeurs de respect, confiance et apprentissage continue commence à s'étendre de plus en plus dans les provinces. Plusieurs hôpitaux québécois devraient débiter cette formation de trois ans au cours de cette année et le Collège accordera des crédits comme suit :

C'est la solution actuelle proposée pour améliorer les soins en périnatalité. Il ne faut toutefois pas délaissier les efforts pour tenter d'obtenir la nomination d'« Hôpital Ami des Bébés » qui se situe en parallèle du programme AMPRO^{OB}.

C'est donc, globalement, ce qui se trame actuellement au Collège. Dans les prochaines publications du *Cordon*, je pourrai aussi vous parler de sujets qui nous impliquent en tant qu'acteurs en périnatalité et qui se relient à la Société Canadienne de Pédiatrie puisque je siège aussi sur leur « Fetus and Newborn Committee » en tant que liaison pour le Collège des Médecins du Canada.

Andrée Gagnon M.D.



Collège des médecins de famille du Canada – Crédits MAINPRO

| ACTIVITÉ PPP AMPRO ^{OB} | ANNÉE 1 | ANNÉE 2 | ANNÉE 3 | TOTAL |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------|
| Crédits MAINPRO-M1 pour CD-ROM | 12 | 0 | 0 | 12 |
| Crédits MAINPRO-M1 pour ateliers | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Crédits MAINPRO-C pour participation générale | 6 | 9 | 9 | 24 |
| Crédits MAINPRO-C pour remplir les formulaires <i>Relier l'apprentissage à la pratique</i> | 2 ou 3 par exercice | 2 ou 3 par exercice | 2 ou 3 par exercice | variable |

DYSTOCIE DANS LES PLANS D'EFFECTIFS MÉDICAUX

Avez-vous eu le bonheur d'utiliser le *Guide méthodologique et normatif* pour établir le « Plan d'effectifs médicaux en établissement, mission CHSGS »? Ce plan a été élaboré par le comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale MSSS/FMOQ. J'ai eu le « plaisir » d'en prendre connaissance récemment pour planifier les besoins d'omnipraticiens en obstétrique pour notre centre hospitalier.

J'y ai appris qu'un ETP (équivalent temps plein) en CHSGS correspond à 1 892 heures de travail par année (incluant les activités paracliniques et administratives) que ce soit à l'urgence, en soins intensifs ou en obstétrique. Pour l'obstétrique, on compte cinq heures de travail par accouchement, ce qui fait qu'un ETP en obstétrique ferait plus de 300 accouchements par année!

L'exécutif de l'AOPQ s'est penché sur cette question et trouve cette méthode tout à fait irréaliste. Elle ne permet pas de bien évaluer les effectifs nécessaires pour couvrir les besoins en obstétrique dans une région.

Tout d'abord, on compte cinq heures par accouchement. Ce devrait plutôt être six heures, surtout si on compte le suivi post-partum à l'hôpital qui implique au moins un autre déplacement. N'oublions pas que nous sommes à l'ère des épidurales qui allongent souvent le deuxième stade à plus de deux ou trois heures chez les primigestes. Nos accouchements sont aussi plus souvent chez des primipares avec le taux de natalité en bas de 2.

Le point le plus important dans le calcul de notre travail est de considérer le suivi de la grossesse et du post-partum même si celui-ci

ne se fait pas en CHSGS. Le médecin qui pratique des accouchements fait nécessairement ces suivis sauf rares exceptions. Cette réalité est très différente d'un omnipraticien qui fait de l'hospitalisation ou de l'urgence sans nécessairement faire la prise en charge en externe au congé.

Voici ce que nous proposons

6 heures par accouchement (en comptant aussi le suivi du travail pour celles qui finissent en césarienne)

5 heures de suivi de grossesse et post-partum par patiente qu'on accouche (45 minutes pour la première visite, 11 fois 20 minutes pour les visites subséquentes et 30 minutes pour le post-partum)

Ceci donne donc 1892 / 11 heures, soit environ 170 accouchements par ETP en obstétrique. Si on tient compte des activités paracliniques et médico-administratives, on arrive à environ 150 accouchements par ETP. C'est déjà beaucoup! N'oublions pas que pour le gouvernement un ETP sage-femme est de 40 accouchements!

Nous avons soumis cette proposition au Dr Jacques Ricard, responsable de la planification des effectifs médicaux à la FMOQ. Il s'y est montré favorable et l'a transmis aux responsables du dossier au ministère de la santé.

C'est donc à suivre, d'autant plus que les effectifs médicaux en périnatalité sont d'actualité avec le petit « boum » des naissances que nous connaissons.

Sylvie Berthiaume, M.D.

ÉLABORATION D'UN VOLET PRÉNATAL DU MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT

Suite à l'arrêt de la publication du *9 MOIS POUR LA VIE* qui était distribué gratuitement grâce au Collège des Médecins du Québec, l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), publiera un guide *Mieux vivre avec notre enfant* (MVE) enrichi d'un volet prénatal. En tant que représentante de l'AOPQ, je siège sur le comité d'accompagnement scientifique avec d'autres professionnels intervenant de près ou de loin en périnatalité (infirmières, sage-femme, nutritionniste, psychologue, pharmacienne...), des parents et de gens du Ministère de la Santé.

L'INSPQ a fait le lancement du nouveau MVE en mai 2008.

Une brochure complémentaire pour les informations pertinentes au premier trimestre est prévue. Sa distribution plus large et plus rapide est prévue par l'entremise des pharmacies et des CLSC. L'INSPQ se penche sur la question d'une distribution simple est efficace pour le MVE suivant la première visite de grossesse.

Ce projet est possible grâce à un don de la Fondation Lucie et André Chagnon.

Mélanie Savard-Côté, M.D.



COURRIER



Bonjour, je vous écris en réponse à l'article de Jocelyn Bérubé, M.D. MSc — Bien que je sois en accord avec l'utilisation du Mirena®, (j'en fais souvent l'insertion et j'encourage mes patientes à l'utiliser) je crois qu'il faut aborder prudemment le coût de ce stérilet. Peu de patientes gardent leur Mirena® pendant cinq ans. Certaines éprouvent des effets secondaires inacceptables pour elles (malgré nos réassurances et les traitements de ces effets), d'autres souhaitent concevoir des enfants avant l'échéance de 5 ans. Le coût mensuel réel est donc plus élevé que les « 6 \$ par mois » mentionnés dans l'article. Le fait que les patientes ne paient qu'une fraction seulement du coût total ne nous enlève pas l'obligation de gérer les ressources de la société avec conscience. Merci de vos efforts.

Stephen DiTommaso, M.D. CMFC (F)

UNE RÉPONSE ABSURDE

Publié dans La Presse le 27 novembre 2007

La situation au CHUM concernant les quotas d'accouchement illustre bien à quel point les administrations hospitalières, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Ministère de la santé tardent à s'ajuster à la hausse du taux de natalité de 10 % observée dans notre île depuis deux ans.

Les médecins accoucheurs du CHUM, gynécologues et omnipraticiens, ont su s'adapter à ces nouveaux besoins et hausser leur offre de service pour faire 200 accouchements de plus par année, soit 2 700 alors que l'hôpital reçoit un budget pour 2500. Notre administration refuse de réclamer à l'Agence une augmentation de fonds qui correspond à la nouvelle réalité afin de soulager le personnel infirmier. Elle nous demande plutôt de refuser encore plus de patientes enceintes que nous le faisons déjà pour redescendre à 2 500 accouchements. C'est ce qu'on appelle « pelleter le problème chez le voisin ». Pourtant, les autres hôpitaux de la région sont déjà débordés et certains n'ont pas la même marge de manœuvre que le CHUM quant aux ressources médicales. Quant à la clientèle de la couronne sud et nord, elle ne représente que 10 % de nos patientes et elles travaillent pour la plupart à Montréal ou encore, nous sommes déjà leur médecin depuis leurs grossesses antérieures.

L'administration du CHUM s'inquiète avec raison de la pénurie d'infirmières. Pourtant, cette pénurie existe aussi dans les autres hôpitaux francophones de Montréal. Les patientes qui accouchent ne reçoivent pas toujours le support dont elles ont besoin et parfois des situations dangereuses pour la mère et l'enfant peuvent se développer. Le Ministère, de concert avec les syndicats, doit trouver des solutions spécifiques aux grands centres urbains pour ce problème. M. Couillard devrait aussi accorder aux infirmières des salles d'accouchement la prime déjà offerte aux infirmières de soins intensifs et de salles d'urgence. Quant à l'Agence de Montréal, elle devrait donner à chaque centre hospitalier, pour le budget 2008, les fonds correspondants aux nombres d'accouchements faits en 2007 et non selon ce qui était planifié. Ceci permettrait à chaque centre de trouver des solutions originales pour soulager ses infirmières.

À LA HAUSSE DE LA NATALITÉ

Certains hôpitaux comme Sacré-Cœur ont encore des installations désuètes pour accueillir les femmes qui accouchent et n'ont pas comme priorité de les mettre à niveau. Le Ministère devrait les contraindre à le faire et débloquer les budgets en conséquence.

Dans la plupart des milieux hospitaliers, c'est aussi le manque de ressources médicales qui limite l'accessibilité au suivi de grossesse dans un délai raisonnable. Il faut donc augmenter le nombre d'infirmières en clinique externe et offrir aussi le support d'infirmières aux médecins dans leurs cliniques privées. Elles pourraient remplacer le médecin pour certaines visites de routine. Des ententes entre le Ministère, la FMSQ et la FMOQ viennent d'être faites à ce sujet. Il faudrait les concrétiser rapidement. Mais attention, il ne faut pas dégarnir nos salles d'accouchements pour ces postes mais plutôt recruter auprès des infirmières en fin de carrière ou déjà retraitées.

Et les sages-femmes dans tout ça? Je crois qu'elles devraient augmenter leur nombre d'accouchements qui n'est que de 40 par an chacune comparativement à 60 à 150 pour la plupart des médecins. L'ouverture de nouvelles maisons de naissance prévue par le Ministère de la santé aurait ainsi un peu plus d'impact sur la pénurie de professionnels en périnatalité que nous connaissons maintenant. Cependant, les sages-femmes sont trop peu nombreuses actuellement pour suffire à combler la hausse de la natalité.

Voilà un survol de solutions concrètes et rapidement réalisables que les gestionnaires et le Ministre de la santé devraient mettre en œuvre afin d'offrir un service sécuritaire et de qualité pour toutes les femmes enceintes. Plusieurs de ces solutions s'appliquent aussi aux autres régions du Québec. Notre société a développé des programmes efficaces (garderie,

congés parentaux) pour hausser le taux de natalité. Les femmes ont répondu à l'appel. Nous devons maintenant leur permettre de vivre leur grossesse et leur accouchement dans la sérénité et la sécurité et ajuster les ressources en conséquence.

Sylvie Berthiaume, M.D.
omnipraticienne et
chef de service de périnatalité
du CHUM



ALLAITEMENT EXCLUSIF... QUI DIT MIEUX?

« Les jours se suivent et ne se ressemblent pas », dit le proverbe. Il en est également ainsi en ce qui concerne les us et coutumes de l'alimentation des nourrissons! Tout comme les circonstances de la vie qui varient avec le temps, les mentalités sur la façon de nourrir les enfants changent d'une génération à l'autre, voire même dans une même génération. Il n'y a pas si longtemps, nos mères allaient (parfois!) trois mois tout en donnant des céréales à partir de la dixième journée de vie du bébé (ce qui, paraît-il, lui permettait de faire ses nuits!). Allaitement exclusif, allaitement partiel, lait maternisé, puis les céréales, les fruits ou les légumes à 10 jours, à 2 mois, à 4 mois... et maintenant à 6 mois! En effet, dans ses dernières recommandations, l'Association Canadienne de pédiatrie favorise l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois.

Devant ces nombreuses modifications, les mamans d'aujourd'hui sont en droit de se questionner sur cette problématique de l'alimentation de leur rejeton. Quelle est la « bonne » façon de le nourrir, quoi penser, qui

croire? Notre mère ou bien toutes ces associations de professionnels de la santé avec leurs recommandations évolutives? De plus, cette recommandation de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois n'est pas une mince affaire pour toutes les futures mamans, même les plus convaincues.

Prenons comme exemple l'auteure qui rédige ces lignes. J'ai moi-même allaité mes enfants durant 13 mois chacun. Le premier, en 2003, où les recommandations étaient l'allaitement exclusif jusqu'à 4 mois, le début des aliments solides avec l'allaitement jusqu'à six mois. Pour mon deuxième enfant, en 2006, l'allaitement exclusif était de mise et je ne devais pas débiter les aliments solides avant l'âge de six mois! En trois ans, les recommandations avaient évoluées mais pas nécessairement la mentalité de toutes les générations précédentes! Une pression considérable à faire porter sur les épaules des mères qui désirent allaiter.

Hormis les difficultés « techniques », l'allaitement exclusif à long terme demande un don de soi qui ne convient pas à toutes les femmes. De plus, l'isolement qui souvent en découle est rude à vivre pour la nouvelle maman. Elle voudrait que l'on comprenne son découragement, son désarroi, elle n'a vraiment pas besoin de se sentir juger ou culpabiliser par son médecin ou par les infirmières. Plus les mois passent, plus la technique s'améliore mais plus la mère est fatiguée, épuisée physiquement et psychologiquement.

Comment alors résister à la famille élargie qui, devant nos yeux cernés, nous encourage à abandonner, à la société qui nous regarde de plus en plus durement en nous faisant considérer notre comportement comme inapproprié au fur et à mesure que l'enfant vieillit? Allaiter un poupon d'un mois, c'est mignon, mais allaiter un bébé de neuf mois est jugé de mauvais goût!

Pourquoi alors ai-je résisté et ai-je suivi les recommandations évolutives de mes médecins? Eh bien mes innombrables lectures sur l'alimentation des nourrissons m'ont prouvé, sans l'ombre d'un doute, que les bienfaits de l'allaitement surpassent largement toute autre

alimentation! De plus, le lien unique que permet la proximité de l'allaitement de la mère avec son enfant vaut plus que toutes les recommandations du monde!

Alors comment faire pour que plus de 3 % des femmes relèvent le défi et réussissent à allaiter leur bébé de façon exclusive jusqu'à six mois? C'est une question essentielle sur laquelle il vaut la peine de se pencher. Je n'ai malheureusement pas de solution miracle mais je crois fermement que cela passe par l'éducation et la sensibilisation. Éduquer la mère et le père, mais surtout sensibiliser la société québécoise. Tout comme pour le sida à une certaine époque, les campagnes de publicité doivent être si persistantes que le message véhiculé devient la norme. Il faut voir des mères qui allaitent partout, dans les revues, à la télévision, pas seulement une fois par année lors du rassemblement « Défi Allaitement ». Il faut créer le culte de la beauté de la mère qui allaite! En ayant l'appui de son conjoint, de sa famille et surtout de la société, les mères pourront plus facilement briser leur isolement et résister à l'abandon de l'allaitement malgré les difficultés rencontrées.

De plus, les CLSC devraient favoriser la mise en place de plusieurs groupes d'aide à l'allaitement mieux organisés, plus publicisés et offerts dans toutes les villes du Québec. Ces rencontres supervisées par des infirmières peuvent faire la différence dans la décision de la mère d'abandonner ou de poursuivre l'allaitement. Le contact avec d'autres mères qui allaitent est également très bénéfique. Prendre conscience de ne pas être seule à vivre des difficultés et du découragement est soulageant et diminue la pression que s'impose la mère qui allaite.

Finalement, malgré toutes les bonnes volontés et les recommandations de tous et chacun, l'allaitement exclusif reste une décision personnelle de la mère. Je crois qu'en ayant les informations et les appuis nécessaires, les mères sauront faire le bon choix, celui qui leur convient le mieux.

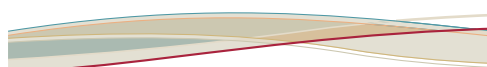
Camille Brodeur
Mère de deux enfants



DÉPISTAGE DU SYNDROME DE DOWN AU QUÉBEC

À titre d'association, le Commissariat à la santé et au bien-être nous a demandé de nous prononcer au sujet de la mise en œuvre d'un programme de dépistage prénatal du syndrome de Down au Québec. Je vous réfère à un article que j'ai écrit en avril dernier sur ce programme. Voici la réaction de deux de nos membres exécutifs.

Dominique Pilon M.D.



En premier lieu, on parle d'échographie de datation qui, j'imagine, sera au premier trimestre (10-14 semaines). C'est excellent mais a-t-on les ressources au Québec pour absorber ce volume supplémentaire surtout en région ?? Autre inconvénient on ne fera pas de clarté nucale ce qui donne un taux de détection de trisomie d'environ 85% (87% avec clarté nucale) et un taux augmenté de faux positif à 4.4% (par rapport à 1.9% avec clarté nucale) ce qui augmente le nombre d'amniocentèses pour trouver 1 cas de trisomie 21 (26 amnio pour un cas+ vs 10 amnio pour 1 cas avec clarté nucale) JOGC vol 187,2007

En contre partie avec la clarté nucale anormale mais dépistage sérique normal, il est recommandé de faire une échocardiographie foetale vers 22 semaines ce qui ajoutera une pression supplémentaire aux centres tertiaires qui offrent ce service très spécialisé!

Mais il semble que le problème en soit de formation des médecins pour bien évaluer la clarté nucale. Toutefois, l'on pourrait très bien former des techniciens en échographie qui sont

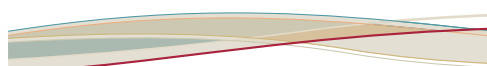
déjà présents dans les centres de radiologie ou utiliser la télé-médecine. Il est important que les gens qui feront l'écho du premier trimestre puissent être aussi compétents pour dépister les autres anomalies visibles au premier trimestre (30-54% de détection des anomalies) et soient capables de déterminer la chorionicité dans les cas de grossesse gémellaires.

C'est quand même un gros progrès par rapport à la situation actuelle où seulement les gens qui ont les ressources financières peuvent se payer les tests et pas dans toutes les régions.

Ce qui m'étonne le plus c'est de faire une autre consultation sur le sujet alors que je croyais que le ministère avait accepté les recommandations de leur comité d'experts et que les autres provinces offrent déjà le dépistage à leur population. Est-ce que le lobby des gens handicapés fait obstruction? Il est clair que les gens qui souffrent de trisomie et autres handicaps doivent avoir aussi les ressources nécessaires pour leur venir en aide, ce qui n'est pas toujours le cas!

À noter que le taux de naissance d'enfants avec trisomie est de 1/700 soit environ 100 à 120 naissances par année au Québec.

Gilles Brunet, M.D.



Je ne sais pas ce qui les amène à opter pour les deux prises de sang plutôt que la clarté nucale et la prise de sang du premier trimestre. Je ne connais pas assez bien les statistiques pour dire ce qui est le plus fiable pour le dépistage. De

toute façon, il y aurait une échographie de datation pour toutes les grossesses, selon leur dire, et je ne crois pas que ce soit extrêmement plus dispendieux de faire la clarté nucale en même temps. Il y a certainement un problème de reproductibilité et de contrôle de la qualité qui entre en jeu ici mais ce qui est évident est que plus on combine les tests, plus on a de chance de trouver les grossesses avec des problèmes. Un déterminant majeur pour implanter tout ceci actuellement est le manque flagrant de disponibilité en échographie. Je ne vois vraiment pas comment on pourrait faire, dans le système public, pour faire une autre échographie à toutes les patientes alors qu'il n'y a même pas assez de disponibilité pour une seule échographie par grossesse (une chance que le privé existe!!!).

Pour ce qui est du côté éthique, ils tiennent compte des protestations émises par l'Association des personnes avec syndrome de Down qui défendent, bien sûr, leur droit à la vie. Ceci est, à mon avis, un choix de société et aussi un choix personnel. En effet, si le test est bien expliqué auparavant, il y aura des femmes qui refuseront de le passer puisque le résultat ne les empêcherait pas de poursuivre leur grossesse. C'est d'ailleurs actuellement une des raisons de ne pas faire de dépistage chez une partie de la clientèle (une autre étant le côté monétaire).

C'est déjà bien qu'ils considèrent mettre un dépistage gratuit. Maintenant, il faudrait être sûr que, pour le prix, ce qu'ils proposent est ce qui est le plus efficace.

Andrée Gagnon, M.D.

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

le Cordon

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

AOPQ

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

Concept / réalisation

Graphidée

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



ensemble pour la vie...
Association des omni-praticiens en périnatalité du Québec

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

4^e FMC du Québec en obstétrique

De la préconception au post-partum



Les 13 et 14 novembre 2008

Fairmont Le Reine Elizabeth
Montréal (Québec)

Programme offert en français



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

780 promenade Echo, Ottawa, Ontario K1S 5R7
Tél.: 1 800 561-2416 ou (613) 730-4192
Télec.: (613) 730-4314 events@sogc.com www.sogc.org