



Mot de la présidente

DÉCOUVRIR LA SANTÉ

C'est avec plaisir que nous vous faisons parvenir ce nouveau Cordon, sans délai cette fois-ci. Je profite de l'occasion pour vous donner les dernières nouvelles de votre exécutif.

Tout d'abord. Je vous annonce la fin prochaine de mon intérim comme présidente. Dr Andrée Gagnon prendra ma succession en bonne et due forme après notre prochaine assemblée. Cette travailleuse forcenée saura certainement donner un nouveau dynamisme à notre association. Nous avons aussi une nouvelle jeune recrue à l'exécutif, Dr Anne Gosselin-Brisson. Elle pratique à St-Jérôme depuis plus

d'un an et elle vient de se joindre à notre équipe avec enthousiasme. Nous attendons avec beaucoup d'espoir que d'autres se joignent à notre exécutif suite à l'assemblée de novembre. Pensez-y!

Dans les derniers mois, nous avons été très actifs au sein de différents comités de consultation et de liaison. J'ai participé à deux réunions du comité de périnatalité de la FMOQ afin de transmettre nos demandes prioritaires en vue de la prochaine négociation. Je fais aussi partie d'un comité ministériel sur l'accessibilité en première ligne des soins périnataux et de la petite enfance. Dr Dominique Pilon nous représente sur le comité d'implantation du programme de dépistage de la trisomie. Dr Andrée Gagnon est toujours très active sur des comités du CMFC et de la SOGC. Dr Gosselin-Brisson s'est déjà engagée dans un autre comité ministériel chargé d'élaborer un « tronc commun provincial d'informations prénatales » (TCPIP) à l'intention de tous les professionnels impliqués en périnatalité. Dr Maxine Dumas-Pilon, quant à elle, nous représente auprès de l'ASPQ (Association de Santé Publique du Québec) pour l'organisation de leur prochain congrès sur la périnatalité.

Montréal le 19 novembre prochain au cours du congrès organisé par la SOGC. Nous vous y attendons en grand nombre avec vos idées, questions et suggestions.

Maintenant, quel est le menu de ce Cordon? Dr Guy-Paul Gagné nous fait une mise à jour sur les écueils et réussites du programme AMPRO. Dr St-Arnaud nous transmet, grâce à sa grande expérience, un diagnostic surprenant à envisager chez un nouveau-né irritable. Dr Pilon nous fait part des avancées du comité sur le dépistage de la trisomie auquel il participe. Dr Pierre Gagné nous renseigne sur un programme de formation innovateur qu'il a créé sur la surveillance fœtale électronique: CoVADIs. Finalement, Dr Andrée Gagnon, nous résume deux études étonnantes; une sur la sécurité de l'accouchement à la maison et une sur les possibles effets délétères de la supplémentation en fer pendant la grossesse.

J'espère vous avoir donné le goût de lire ce Cordon et de nous rencontrer à la prochaine assemblée!

Sylvie Berthiaume, M.D.
Présidente par intérim de l'AOPQ

Vous aurez plus de détails sur ces activités de votre exécutif et sur bien d'autres lors de notre prochaine assemblée générale qui aura lieu à

Sommaire

TRISOMIE	
Où en sommes-nous?	3
LA PERFORMANCE	
Tout un programme	4
PETIT PROBLÈME...	
Grande douleur!	6
LA MÉTHODE COVADIS	
Un outil d'enseignement	7

Inscrivez-vous en ligne à :
www.sogc.org

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

5^e FMC DU QUÉBEC EN OBSTÉTRIQUE

Les 19 et 20 novembre 2009, Montréal (Québec)
Fairmont Le Reine Elizabeth

NOUVEAU
CETTE
ANNÉE!



Envisagez d'inclure le
programme GESTA d'une
durée de deux jours à
votre inscription. Pour
obtenir plus de détails,
visitez www.sogc.org.



Pour obtenir de plus amples
renseignements sur le
programme, rendez-vous à
www.sogc.org.

Ce programme de FMC est
offert en français.



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

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



OÙ EN SOMMES-NOUS?

TRISOMIE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE PRÉNATAL

En 2007, nous vous annonçons la venue prochaine de ce projet. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts! En effet, il y a eu une contestation de ce programme par les groupes de défense des enfants atteints de trisomie. L'Association pour l'intégration sociale (région de Québec) a réclamé publiquement un moratoire sur un éventuel programme de dépistage prénatal. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a donc confié, en décembre 2007, au Commissaire à la santé et au bien-être le mandat de réaliser une consultation portant sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21. Ce n'est qu'en janvier 2009 que le Commissaire a publié son rapport et a donné l'aval au projet avec certaines balises.

Comme association, nous siégeons sur le comité d'implantation depuis mars 2009. Nous sommes actuellement à travailler sur le dépliant d'information aux patientes ainsi que la formation aux professionnels pour s'assurer de la réussite du programme. Les deux laboratoires centralisés qui s'occuperont de traiter les échantillons (Sainte-Justine et le CHUL) sont en train de finaliser les préparatifs nécessaires.

Il faut mentionner qu'il s'agit d'un programme qui sera mis en place par étapes, progressivement au cours des 2 prochaines années. La mise en place va débuter cet hiver et l'accessibilité dans l'ensemble des régions du Québec se fera progressivement.

Voici quelques éléments du programme à retenir

Au Québec, quelques centres hospitaliers ont mis en place des services de dépistage prénatal du syndrome de Down. Il s'agit toutefois d'initiatives locales qui ne sont pas coordon-

nées centralement et qui peuvent différer les unes des autres et ces services ne sont pas accessibles à l'ensemble du territoire québécois. Des cliniques privées offrent également des services de dépistage prénatal, moyennant des frais.

C'est dans le but d'assurer l'accessibilité et la qualité des services offerts que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit mettre en place un programme québécois de dépistage prénatal, qui sera éventuellement accessible partout au Québec. Cette orientation fait partie de la Politique de périnatalité qui a fait l'objet d'une vaste consultation dans le réseau de la santé et des services sociaux et auprès de différents partenaires.

Méthode de dépistage retenue

DÉPISTAGE SÉRIQUE INTÉGRÉ (mesure des marqueurs sériques aux 1^{er} et 2^e trimestres), avec échographie de datation*:

Premier prélèvement sanguin destiné à mesurer un marqueur sérique dans le sang maternel (PAPP-A) (10+0-13+6 semaines).

Deuxième prélèvement sanguin effectué au début du 2^e trimestre (14-16 semaines) pour mesurer 3 marqueurs (-hCG, AFP et uE3).

** L'échographie de datation de la grossesse est pratiquée au 1^{er} trimestre, à partir de la 8^e semaine de grossesse. Elle est fortement conseillée, étant donné l'importance d'une datation exacte sur la performance du dépistage.*

Le choix de la méthode de dépistage retenue pour le programme québécois a tenu compte des éléments suivants :

– La mesure de la clarté nucale au 1^{er} trimestre est sujette à une grande variabilité inter observateurs. Elle requiert le développement de mécanismes de contrôle de la qualité et exige un encadrement particulier qui n'est pas actuellement disponible partout au Québec.

– La combinaison du dépistage sérique et échographique au 1^{er} trimestre s'avère performante, mais elle implique la mesure de la clarté nucale, ce qui constitue une limite à la généralisation de la méthode à l'échelle provinciale.

– Selon les dernières études publiées et certains programmes organisés, le dépistage sérique intégré au 1^{er} et au 2^e trimestre montre une bonne performance. L'organisation de ce dépistage constitue un scénario réaliste pour le Québec.

Le programme de dépistage prénatal se veut flexible et évolutif afin de pouvoir s'adapter rapidement à l'évolution de la technologie dans ce domaine (nouveaux marqueurs, changements au niveau du moment des prélèvements ou des interventions, etc.).

En espérant voir ce programme mis en œuvre au plus tôt!

Dominique Pilon, M.D.

Représentant de l'AOPQ au Comité d'implantation du programme

...COMMENT

En décembre 2007, le MSSS a signé une entente avec la Corporation Salus Global (formé de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Health Insurance Reciprocal of Canada) pour le déploiement du programme AMPRO^{OB} (Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux) dans toutes les unités obstétricales hospitalières et toutes les maisons de naissance du Québec.

POURQUOI CET INTÉRÊT POUR LE PROGRAMME AMPRO?

Les représentants du MSSS décrivent le programme comme « un modèle d'application pour une prestation sécuritaire des soins et services en obstétrique ». En effet AMPRO est déployé depuis maintenant sept ans dans plusieurs autres provinces canadiennes et l'expérience est devenue concluante :

Le programme AMPRO permet au service d'obstétrique des hôpitaux de diminuer le nombre des accidents, de sauver plus de vies et d'économiser du temps et de l'argent! Tout en améliorant la qualité de vie des professionnels participants!

MAIS COMMENT CELA EST-IL POSSIBLE?

Ce programme utilise les techniques les plus récentes en éducation des adultes et en gestion des risques. Il va plus loin que les formations habituelles qui sont moins efficaces pour changer les attitudes et les pratiques cliniques. Il prend racine dans le milieu par l'entremise d'une équipe de base multidisciplinaire qui devient le nouveau leadership de la gestion des risques. Chacune de ses facettes est interdisciplinaire, il brise les barrières entre les différentes professions et crée une nouvelle culture de communauté de pratique où la sécurité est la priorité de tous.

1) Frick C, Nguyen T, et coll. Outcomes Following Province-Wide Implementation of the Managing Obstetrical Risk Efficiently (MOREOB) Program in Alberta. Présenté à la réunion annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) Halifax, juin 2009

LE PROGRAMME AMPRO^{OB}



RENDRE LES ÉQUIPES OBSTÉTRICALES

VRAIMENT PERFORMANTES

EST-CE QUE ÇA MARCHE VRAIMENT?

Au Canada, le programme AMPRO est passé de 33 hôpitaux pilotes en mai 2004 à 170 hôpitaux totalisant plus de 8 000 participants. Les résultats à date démontrent :

La capacité du programme à attirer un grand nombre de participants au sein d'un processus multidisciplinaire visant à améliorer la sécurité des patientes. Les sondages indiquent que 86 % des répondants recommanderaient le programme à d'autres, 82 % sont d'accord pour dire qu'il augmente la satisfaction des professionnels et 68 % que le stress au travail est diminué.

Sa capacité de passer d'une culture de prestation de soins obstétricaux à une culture mettant davantage l'accent sur la sécurité des patientes, le travail d'équipe et la communication tel que mesuré par le sondage d'évaluation de la culture (SEC) où tous les éléments démontrent une amélioration au fil des modules.

L'amélioration et le maintien des connaissances obstétricales des participants de toutes les disciplines. On remarque qu'une différence de connaissances allant jusqu'à 19 % entre les groupes de professionnels au début du module 1 est réduite à 3 % après le module 3.

Une réduction des dépenses liées à l'assurance responsabilité hospitalière, comme le démontrent les données fournies par la Health Insurance Reciprocal of Canada sur les demandes d'indemnisation touchant le travail et l'accouchement, en comparaison avec les mêmes coûts dans les autres services de 39 hôpitaux pilotes ayant débuté le programme en 2002.

Un effet positif sur la prestation des soins obstétricaux en Alberta tel que mesuré par un groupe de chercheurs ayant examiné toutes les naissances de cette province (50 000/an) entre 2003/2004 et 2007/2008 selon une méthodologie de comparaison avant/après le début du programme et de chaque module¹. Les données ont été recueillies à partir des feuilles sommaires au congé de la mère et du bébé

selon les diagnostics ICD-10 et à partir du Alberta Perinatal Health Program database. On y retrouve :

Enfants sur ventilateur* : diminution jusqu'à 31 %

Morbidité grave* : diminution jusqu'à 24 %, incluant la détresse respiratoire, la septicémie, les hémorragies intracrâniennes traumatiques ou non traumatiques

Lacérations du 3^e ou 4^e degré* : diminution jusqu'à 22 %

Durée de séjour de moins de 48 hr* : augmentation de 12 % pour les deux premières années*

Mortalité néonatale : diminution de 18 %

Encéphalopathie ischémique hypoxique : diminution jusqu'à 33 %

Un astérisque indique un résultat statistiquement significatif à $p \geq 0,05$. Les conclusions de cette étude sont limitées par le fait qu'elle a été conduite avant que tous les hôpitaux n'aient complétés les trois modules. Par conséquent, l'échantillon **post-module 3** étant encore petit une analyse plus complète sera faite dans le futur.*

ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

Le programme se déploie en trois phases et au moment d'écrire ces lignes la situation est la suivante : les 15 centres de la phase 1 (2008-2009) ont débutés la formation. Des 20 centres de phase 2 (2009-2010) treize ont débutés ou vont le faire très prochainement tandis que sept tardent encore à s'engager. Des 30 centres de la phase 3 (2010-2011) deux sont déjà engagés, vingt ont déjà été visités et huit restent à voir.

Malgré les résultats positifs démontrés ailleurs, certains centres de phase 2 et 3 semblent souffrir d'un manque de ressources humaines ou financières ou encore du peu d'appui de leur administration pour leur permettre d'aller de l'avant facilement. Les problématiques sont

variées mais souvent il s'agit de mettre les priorités là où l'effet positif sur la qualité et la sécurité sera maximum et nous pensons que les équipes cliniques des unités obstétricales doivent pouvoir faire valoir leur point de vue là-dessus. Le programme a été priorisé par le MSSS et la table des PDG des agences et nous travaillons de notre côté pour que les administrations hospitalières soient bien informés sur ce point ainsi que sur les qualités du programme. Cependant, les établissements doivent assumer les coûts de rémunération des infirmières pour les journées d'ateliers (une journée/an et parfois d'autres frais selon le contexte syndical) et même si 1 % de la masse salariale des établissements est normalement dédié à la formation, cela peut représenter un obstacle. Pour les médecins il y a une tarification spécifique de la RAMQ autant pour les participants que pour les membres de l'équipe de base.

Tout le monde sait que les ressources humaines et budgétaires des centres hospitaliers sont limités, mais notre expérience démontre que si les médecins continuent de demander le programme il va monter dans l'ordre des priorités des gestionnaires. Pour ce faire il faut que vous soyez bien informé et bien outillé pour faire avancer les choses et que l'on ne manque pas cette occasion unique de standardiser et sécuriser les soins obstétricaux dans toute la province avant la fin 2010. Dans cette optique, si le programme AMPRO n'est pas déjà démarré dans votre hôpital, informez-vous auprès de l'administration ou de votre chef de service pour savoir où en est le dossier et pour vous assurer qu'il avance positivement. En cas de doute n'hésitez pas à contacter le soussigné il me fera grand plaisir de répondre à vos questions et si nécessaire d'assister le porteur du dossier dans ces démarches. Il suffit souvent d'informer cette personne ou parfois d'organiser une présentation à l'équipe clinique pour que tout le monde parle le même langage. Votre équipe obstétricale ainsi que les mamans et les bébés de toute la province ne s'en porteront que mieux. Au plaisir de vous rencontrer avec AMPRO.

Guy-Paul Gagné, M.D.
Directeur AMPRO Québec,
514 449-8487

gpgagne@salusgc.com



PETIT PROBLÈME...

GRANDE DOULEUR

Alors que je suis de garde dans un hôpital régional, à titre de médecin de famille accoucheur, une infirmière en obstétrique me demande de voir le bébé d'une de ses collègues, qui a accouché sept semaines auparavant.

Au questionnaire, j'apprends que depuis le « jour 5 » de sa courte vie, ce bébé pleure tout le temps. Il ne réussit à dormir que lorsqu'il est épuisé, après avoir pleuré sa douleur. Rien n'arrive à soulager ses douleurs.

Le problème a donc débuté au cinquième jour de vie. Nourri au lait maternel, le début de la tétée allait bien. Après cinq minutes, bébé devenait souffrant, prenait le sein, le lâchait, sans être capable de se nourrir adéquatement. Le même scénario se répétait à chaque boire. Épuisée, maman consulte son médecin de famille et il est décidé d'arrêter l'allaitement maternel, pensant ainsi régler le problème. Plusieurs marques de lait furent essayées au fil des jours, sans succès. Bébé pleurait toujours, ne réussissant à faire une selle qu'à chaque trois jours. Maman et papa étaient exaspérés, on le comprend facilement.

À l'examen du bébé, tout semble normal, sauf une toute petite anomalie: en écartant les marges de l'anus, j'observe deux fissures en voie de guérison et une fissure active. Nous avons, j'en suis certain, trouvé la source de son mal.

J'explique à maman, ce que je viens de découvrir à l'examen, et lui fais voir les fissures. À cause de ses fissures, le bébé a mal lorsque vient le moment d'expulser les selles et il se retient. De son côté l'intestin travaille pour expulser les selles, sans succès. Donc, colliques, douleur et tout ce qui s'ensuit.

Devant mes explications, maman me regarde, sans trop y croire. Je lui propose un traitement simple: application de Xylocaine 5%, en crème, avec un coton-tige à l'intérieur et à l'extérieur de l'anus, avant chaque boire, tant que la ou les fissures ne seront pas guéries.

Je demande à maman, de me revoir après deux jours si le problème ne se règle pas. Après trois jours sans nouvelle, curieux, j'interroge l'infirmière qui m'avait demandé de voir ce bébé, si elle avait des nouvelles de son amie. Non me dit elle, mais elle allait la contacter.

Les nouvelles furent excellentes. Bébé n'avait presque plus de douleur, dormait bien, buvait bien et faisait au moins une selle quotidiennement. J'ai téléphoné à cette maman qui m'a confirmé que bébé allait bien. Elle me demande pourquoi ce diagnostic et ce traitement n'étaient pas plus connus, et pourquoi ce traitement n'était pas prescrit? Avec son accord, j'ai décidé de rédiger ce petit article, au sujet d'un tout petit problème, mais qui fait beaucoup souffrir.

Au cours de ma carrière de médecin de famille, j'ai souvent posé ce diagnostic et proposé ce traitement, avec succès. J'ai, à l'occasion, discuté de ce problème avec quelques pédiatres. Je ne sais pas si le problème leur a paru trop simple, mais ce fut une fin de non recevoir.

Lors d'une conférence donnée par un pédiatre gastro entérologue, j'ai posé la question au sujet de ce diagnostic. La réponse fut très honnête: « Je n'ai jamais pensé à regarder l'anus des bébés souffrants. » Ce pédiatre me recommandait de publier à ce sujet.

Pris dans le quotidien de mon travail, n'ayant pas l'habitude de publier, j'ai négligé de donner suite à cette suggestion, jusqu'à cet événement rapporté ci haut.

Je ne sais pas quelle est la cause de la fissure anale chez le nouveau-né. Si quelqu'un connaissait cette cause, j'aimerais avoir de ses nouvelles. Cependant, ce dont je suis certain, c'est que le traitement décrit fonctionne et a soulagé nombre de bébés au cours de mes 30 années de pratique.

Jean St-Arnaud, M.D.

j-st-arnaud@hotmail.com

LA MÉTHODE COVVADIS

SURVEILLANCE FŒTALE INTRAPARTUM



Contexte du projet

En septembre 2007, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada a émis de nouvelles lignes directrices pour la surveillance fœtale intrapartum. En tant que chargé d'enseignement clinique pour le département de médecine familiale de l'Université Laval et surtout en tant que responsable du stage en périnatalité pour les mêmes résidents dans mon CSSS, je ressentais la nécessité de structurer un outil d'enseignement sur le sujet.

Jusque là j'enseignais aux résidents « sur un coin du poste de garde » en regardant avec eux des tracés de monitoring électronique continu. Les infirmières d'obstétrique, qui regardaient souvent par-dessus nos épaules, ressentaient aussi un besoin de formation dans ce domaine.

Dans un premier temps, j'ai donc préparé une présentation Powerpoint classique qui comportait trois parties. Une partie théorique, une partie « exercices » où l'on interprétait des tracés (que j'avais préalablement digitalisés sur notre département d'obstétrique) et enfin un examen de certification. Il fallait compter trois heures pour chaque groupe de participants. Comme certains membres du personnel n'avaient pas reçu la formation (congé de maternité, vacances, maladie, nouveau personnel orienté) et qu'un nouveau résident s'ajoutait chaque mois, il s'avérait utopique de

trouver le temps requis pour l'enseigner à tous. Le défi était donc de taille; trouver une façon de donner la formation théorique avec les commentaires pertinents, mettre au point une méthode interactive pour les exercices pratiques et finalement permettre aux participants d'effectuer l'examen de certification tout en donnant un enseignement rétroactif. Le tout dans les plus brefs délais et, bien sûr, sans aucun budget.

Le monde de l'enseignement est une merveilleuse école pour celui qui enseigne, lui permettant sans cesse de se perfectionner. Personnellement, j'ai beaucoup appris de mes étudiants, chaque fois que je donnais une présentation, je modifiais cette dernière à la lumière de ce qui était le plus difficile à saisir pour ceux-ci.

Description du projet

En expérimentant d'innombrables outils informatiques, je suis parvenu à unifier l'ensemble de la formation dans un seul outil rétroactif d'apprentissage. Le principe de base est très simple : cliquez ici sur une diapo de la présentation et le narrateur vous parle; cliquez là et vous êtes dirigé vers une autre diapo.

Outre la partie théorique (avec narration) et les cas cliniques interactifs, le participant pourra effectuer un Quiz de type « pointer et cliquer ».

Une bonne réponse permettra, bien sûr, de passer à la question suivante, mais pour chaque réponse erronée, il se verra redirigé vers la diapo correspondante de la présentation et ce, de façon contextuelle selon la réponse qu'il aura fournie. Le participant poursuit donc son apprentissage de façon rétroactive à chaque question. De cette façon, celui-ci peut réviser, apprendre et se perfectionner dans un même outil d'apprentissage. Cet outil d'enseignement se veut donc surtout formatif, mais le participant se voit aussi attribuer une note à la fin du test, le motivant, de ce fait, à définir certains besoins d'apprentissage.

Tous ceux qui ont essayé le programme ont affirmé avoir acquis de nouvelles connaissances. De plus, les participants furent étonnés de reconnaître avec amusement qu'ils avaient des choses à apprendre.

Comme ce projet d'enseignement permet de contribuer à la standardisation des pratiques obstétricales selon les nouvelles lignes directrices canadiennes, j'ai résolu de le rendre accessible à tous en créant un site Web pour COVVADIS®.

Suite page 10

Bonjour à tous et à toutes, j'espère que vous avez passé un bel été. En tous cas, le début de l'automne était superbe... Il est maintenant temps de reprendre les différentes réunions des multiples comités sur lesquels je siège. Cependant, comme la dernière parution du Cordon a eu lieu alors que mes dernières réunions se terminaient, je ne peux vous amener que très peu de nouvelles récentes de ces comités.

J'ai donc choisi de partager avec vous deux articles que je trouve intéressants et dont les conclusions entraînent une remise en question de certaines de nos pratiques, attitudes et croyances. Je vous résume donc un article publié dans le CMAJ de septembre 2009 s'intitulant *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician* ainsi qu'un article qui a été publié dans le AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology) en août 2009: *Iron supplementation and gestational diabetes in midpregnancy* qui amène des remises en question sur nos prescriptions de suppléments de fer en grossesse.

Au plaisir de vous voir au prochain congrès de la SOGC.

Andrée Gagnon, M.D.

Chef du service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Représentante du Québec sur le Comité de soins maternels et néonataux du Collège des médecins de Famille du Canada

Représentante du CMFC sur le Comité du Fœtus et Nouveau-né de la Société Canadienne de pédiatrie

Représentante du Québec et de l'AOPQ sur le Comité Consultatif en Médecine Familiale de la Société d'Obstétrique-Gynécologie du Canada

Membre de l'exécutif de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

OUTCOMES OF PLANNED HOME BIRTH WITH REGISTERED MIDWIFE VERSUS PLANNED HOSPITAL BIRTH WITH MIDWIFE OR PHYSICIAN

par Patricia A. Janssen Ph. D., Lee Saxell M, Lesley A. Page Ph. D., Michael C. Klein M. D., Robert M. Liston M. D., Shoo K. Lee MBBS Ph. D.

Cet article publié dans le CMAJ de septembre 2009 est basé sur le fait que les études antérieures des naissances planifiées à la maison effectuées par les sages-femmes certifiées étaient limitées par des données incomplètes, des échantillons non-représentatifs, des valeurs statistiques inadéquates et l'impossibilité d'exclure les naissances non-planifiées. Dans cette étude, toutes les naissances planifiées à la maison effectuées par les sages-femmes certifiées en Colombie Britannique du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2004 (n = 2889), ainsi que toutes les naissances planifiées à l'hôpital qui répondaient aux mêmes critères que les accouchements à la maison et qui ont été effectuées par la même cohorte de sages-femmes (n = 4752) ont été incluses. On a aussi analysé un échantillon comparable (à faibles risques) de naissances en milieu hospitalier effectuées par des médecins (n = 5331).

Le taux de mortalité périnatale par mille naissances dans le premier mois de vie a été de 0,35 pour les sages-femmes à la maison, de 0,57 pour les sages-femmes à l'hôpital et de 0,64 pour les médecins. Les femmes dans le groupe de naissance à domicile étaient significativement moins susceptibles d'avoir des interventions obstétricales (monitoring fœtal continu, accouchement assisté, déchirures périnéales du 3^e et 4^e degré et hémorragies post-partum) que les deux groupes à l'hôpital qui avaient des taux similaires. Les nouveau-nés dans le groupe accouché à la maison étaient significativement moins susceptibles de nécessiter une réanimation à la naissance, d'avoir une aspiration méconiale ou de devoir

recevoir de l'oxygène pour plus de 24 heures comparativement à ceux nés dans le milieu hospitalier qui, pour les deux groupes, étaient similaires. Cependant, les nouveau-nés des sages-femmes étaient plus admis en milieu hospitalier ou réadmis si nés à l'hôpital, et la cause principale était l'hyperbilirubinémie. Il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe à domicile et les deux autres groupes pour le score d'Apgar à cinq minutes de moins de sept, un diagnostic d'asphyxie à la naissance, des convulsions ou le besoin de ventilation assistée après 24 heures de vie.

Cette étude de cohorte s'ajoute aux autres démontrant que les accouchements à domicile sont une option raisonnable et sécuritaire lorsque comparés aux accouchements à l'hôpital. Évidemment, même si les groupes étaient semblables dans leur variable pronostique, il est impossible de dissocier le fait que les parturientes qui demandent d'accoucher à la maison font peut-être partie d'une clientèle qui se présélectionne, ce qui pourrait biaiser l'évaluation du risque d'une façon encore inconnue actuellement. Cependant, d'après cette étude, les sages-femmes savent très adéquatement sélectionner leur clientèle pour un accouchement à domicile et que ceci va en faveur d'une politique encourageant le libre choix de l'endroit pour donner naissance.

Bien sûr, la meilleure étude en serait une contrôlée, randomisée mais ceci amène un grand débat éthique. Il est aussi intéressant de noter que lorsque ces mêmes sages-femmes qui font des accouchements à domicile se retrouvent en milieu hospitalier, leur pratique ressemble alors beaucoup plus à celle de leurs confrères et consœurs médecins.

En conclusion, l'évidence actuelle permet de croire que les accouchements planifiés à la maison sont sécuritaires pour les femmes à bas risque de complications qui sont suivies par des sages-femmes qualifiées avec un accès adéquat au système hospitalier lorsque requis.

IRON SUPPLEMENTATION AND GESTATIONAL DIABETES IN MIDPREGNANCY

par Simona Bo M. D., Guido Menato M. D., Paola Villois,
Roberto Gambino Ph. D., Maurizio Cassander Ph. D., Ilenia
Cottrino M. D., Paolo Cavallo-Perin M. D.

Cette étude publiée dans l'American Journal of Obstetrics and Gynecology en août 2009 a été basée sur le fait qu'il y a de plus en plus d'évidence suggérant que le fer influence le métabolisme du glucose même en l'absence de surcharge de celui-ci. Des grandes études prospectives de cohortes ont trouvé que le fer dans l'alimentation, surtout celui qui vient des viandes, était associé à une augmentation significative du risque de développer un diabète de type II.

De plus, les niveaux de ferritine étaient associés positivement avec le risque de diabète, d'hypertension, de syndrome métabolique, d'augmentation du risque cardiovasculaire et d'inflammation. Durant la grossesse, la supplémentation en fer est souvent recommandée de routine. Cependant, si elle est excessive, elle pourrait exposer les femmes à des stress oxydatifs augmentés, une peroxydation des lipides, une augmentation du risque de diabète gestationnel et des troubles hypertensifs de la grossesse.

Toutes les femmes suivies à l'Unité d'Obstétrique et Gynécologie de l'Université de Turin ont subi un dépistage systématique du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines de gestation. Le dépistage est semblable à celui que nous effectuons au Canada. Les sujets ont été inclus dans l'étude en les prenant de façon séquentielle lors de leur dépistage de diabète entre 1997 et 2002. 500 parturientes sans diabète gestationnel ont été comparées à 500 autres avec diabète gestationnel. Les femmes avec diabète gestationnel étaient significativement plus âgées, fumaient plus, avaient un poids avant grossesse plus élevé, un IMC, une

parité et un poids plus élevés lors du test d'hyperglycémie orale provoquée de trois heures (au lieu de deux), post 100g de glucose, et plus de diabète dans leur famille (1^{er} degré) que celles qui n'ont pas développé de diabète gestationnel. Comme attendu, leur valeur de circonférence abdominale, de tension artérielle, de glucose à jeun, d'insuline, de résistance à l'insuline et de triglycérides étaient augmentées alors que leur valeur de HDL-cholestérol était diminuée.

On a alors caractérisé les participantes selon leur apport en fer (suppléments de 525 mg de sulfate ferreux (équivalent à 105 mg de fer élémentaire) ou 80 mg de gluconate de fer (total 212 patientes) et celles ne prenant pas de suppléments (n = 788). Dans ce département, seules les femmes ayant une anémie ferriprive prenaient du fer.

La supplémentation préventive de routine n'était pas faite. La prévalence des femmes avec diabète gestationnel, hypertension et syndrome métabolique était environ 2 fois plus élevée dans le groupe avec supplémentation de fer. Après un ajustement pour les variables confondantes, l'usage de suppléments de fer était significativement associé à une augmentation de 2 à 3 fois du risque d'avoir une hyperglycémie gestationnelle, une résistance à l'insuline, une hypertension et un syndrome métabolique. La plupart des valeurs de glucose durant le test d'hyperglycémie provoqué étaient significativement plus élevées chez les femmes avec suppléments de fer, à la fois chez celles avec un diabète gestationnel et celles normoglycémiques

Cette étude a certains manquements puisque ni le fer provenant de la diète, ni la ferritine n'étaient mesurés. De plus, seulement 20 % de leurs patientes prenaient des suppléments de fer à la mi-grossesse. Ainsi, cette association trouvée n'implique pas nécessairement un lien causal. Cependant, la grossesse est une condition caractérisée par une plus grande

susceptibilité aux stress oxydatifs à cause de l'augmentation de la consommation basale en oxygène par le placenta riche en mitochondries. Le fer est abondant dans le placenta et est particulièrement important dans la production de radicaux libres et l'exacerbation des processus inflammatoires. Un excès de fer résulterait donc en un stress oxydatif subséquent et provoquerait des dommages aux tissus. La grossesse est aussi une condition d'augmentation de résistance maternelle à l'insuline. L'augmentation des niveaux de fer accroît l'oxydation des lipides et interfère avec l'extraction de l'insuline par le foie, entraînant une hyperinsulinémie périphérique. Initialement, l'excès de fer pourrait contribuer à la résistance à l'insuline et subséquentement à la diminution de la sécrétion d'insuline. De plus, un excès de fer pourrait aussi augmenter l'agrégation plaquettaire et le risque de thrombose.

En conclusion, à la lumière de cette étude et d'autres sur le même sujet, la supplémentation de routine en fer devrait peut-être être remise en question. Cette supplémentation semble associée à l'hyperglycémie et l'hypertension durant la mi-grossesse (augmentation du risque de deux à trois fois). Les effets néfastes possibles devraient donc être débattus et étayés par d'autres études plus importantes afin de pouvoir décider si nous causons plus de dommages que de bien en promouvant une telle pratique.

Andrée Gagnon, M.D.

*Suite
de la page 7*

**L'AOPQ
A BESOIN
DE VOS
COMPÉTENCES
ET DE VOTRE
TALENT.**

**VOTRE IMPLICATION
EST ESSENTIELLE
À L'AMÉLIORATION
DE NOS SERVICES
DE SANTÉ.**

L'ACRONYME COVVADIS[®]

En français, l'expression latine « quo vadis » signifie « Où vas-tu? ». Je trouvais cet homonyme de COVVADIS très pertinent; l'acronyme permet une évaluation systématique des tracés de monitoring foetal électronique continu et permet, de ce fait, d'évaluer « où l'on s'en va ».

Co	Contractions
V	Valeur de base
V	Variabilité
A	Accélérations
D	Décélérations
Is	Interprétation selon les risques

PRIX DE L'INNOVATION PÉDAGOGIQUE 2009 DU CQDPCM

Le principe d'enseignement ainsi développé peut évidemment s'adapter à n'importe quel projet qui se fonde sur un principe « pointer et cliquer ». L'environnement graphique se prêtant particulièrement bien aux situations dans lesquelles le participant doit choisir ou identifier (une réponse, une région anatomique, etc.), on pourrait s'attendre à voir émerger de nombreux projets de DCP tout à fait novateurs. C'est pourquoi ce projet s'est mérité le prix de l'innovation pédagogique 2009 du Conseil Québécois de Développement Professionnel Continu pour les Médecins.

Le programme, qui s'adresse aussi bien au personnel infirmier qu'aux médecins spécialistes, omnipraticiens ou résidents, peut être gratuitement téléchargé sur le site www.covvadis.ca.

Bonne gestion de vos apprentissages,

Pierre Gagné, M.D.

le Cordon

Le bulletin LE CORDON est publié par L'AOPQ
505, boul. Adoncourt, Longueuil (Québec) J4G 2M6

Fax : 450.651.6674

info@aopq.org ■ www.aopq.org

AOPQ

Dr Sylvie Berthiaume,
présidente par intérim

Dr Andrée Gagnon
Dr Anne Gosselin-Brisson
Dr Dominique Pilon
Stéphanie Julien, secrétaire

Aide à la rédaction

Dr Guy-Paul Gagné
Dr Pierre Gagné
Dr Jean St-Arnaud

Coordination

Dr Dominique Pilon

Concept / réalisation

Graphidée

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



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

Pr DICLECTIN®

Succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine
Comprimé à action retardée

Effacité  innocuité
démonstrées



Remboursé par tous les régimes publics d'assurance des provinces

- La combinaison succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine s'appuie sur un imposant volume de données probantes sur l'efficacité et l'innocuité publiées dans la littérature médicale révisée par des pairs.
- Diclectin® est considéré comme le **traitement de première ligne** dans les directives cliniques et les algorithmes de prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse (NVG).
- La formulation à action retardée de Diclectin® agit à son meilleur lorsqu'il est pris de 4 à 6 heures avant l'apparition anticipée des NVG. Elle permet à la dose prise le soir (2 comprimés au coucher) de soulager les symptômes du lendemain matin; en ajoutant 1 comprimé le matin et 1 comprimé au milieu de l'après-midi, les symptômes seront contrôlés toute la journée.
- Diclectin® **ne devrait pas** être prescrit p.r.n.

Pr DICLECTIN®

Succinate de doxylamine/chlorhydrate de pyridoxine
Comprimé à action retardée

L'effet indésirable le plus courant est la somnolence. D'autres effets indésirables peuvent survenir, notamment : les vertiges, la nervosité, les douleurs épigastriques, les céphalées, les palpitations, la diarrhée, la désorientation, l'irritabilité, les convulsions, la rétention urinaire ou l'insomnie.

LadySystem®



Cônes vaginaux
Pour la rééducation du plancher pelvien

Maintenant disponible au Canada



Rééducation du plancher pelvien à l'aide de cônes vaginaux Traitement conservateur de l'incontinence urinaire à l'effort

- Aide à effectuer correctement les exercices de Kegel par mécanisme de biofeedback.
- Thérapie privée, discrète et facile à effectuer à domicile sans interrompre les activités quotidiennes de la patiente.
- 15 minutes d'exercice, 2 fois par jour pendant 3 mois.
- Aide à prévenir ou à traiter l'incontinence urinaire à l'effort.



No 1	4,9 g
No 2	20,5 g
No 3	32,0 g
No 4	44,0 g
No 5	55,0 g

5 cônes de forme identique mais de poids différents

Dr _____
Pour _____
Adresse _____
Date _____
Rx
<input type="checkbox"/> LadySystem
15 minutes, 2 fois par jour
Signature: _____



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

www.ladysystem.ca

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