

Mot du président

ÇA BOUGE À L'ASSOCIATION

Encore une nouveauté!

C'est le moment de vous présenter notre nouveau logo ainsi que notre devise. Les membres présents à la dernière assemblée les ont découverts mais il est important que tous les comprennent et se les approprient. Les valeurs véhiculées dans ce logo sont tout à fait appropriées aux médecins de famille, spécialement ceux qui font de l'obstétrique. Il répond bien à nos attentes et j'espère qu'il vous plaira. La description du logo se trouve à la page suivante. Nous vous présentons également une des bannières qui faciliteront notre identification dans les congrès ou les réunions.

La dernière négociation avec le gouvernement a laissé une certaine amertume. Nous avons tout de même fait des gains mais certains concepts comme la rémunération pour la supervision des 15 premiers accouchements ou le suivi post-césarienne par le médecin de famille n'ont pas été retenus. Le forfait de prise en charge passe à 75 \$ et il y aura un supplément de 10 \$ par visite pour le suivi. Un gain intéressant pour les médecins en CLSC est le supplément de 7 \$ par visite obstétricale, s'ils prévoient faire l'accouchement. Le forfait de garde en obstétrique sera lui aussi rehaussé. Dans les prochains mois, nous travaillerons à un document résumant la facturation en obstétrique lequel éclaircira certains points obscurs.

arriver (certains l'avaient proposé lors d'une assemblée annuelle). J'espère que vous serez d'accord avec nous et que vous resterez des membres fidèles de l'association. Une autre façon de nous aider est d'augmenter le nombre de nos adhérents et pour cela nous avons besoin de VOUS! Informez-vous auprès de vos collègues pour savoir s'ils font partie de l'association ou s'ils ont renouvelé leur adhésion. Le nombre d'omni-accoucheurs dans la province tourne autour de 400 et seulement la moitié adhère à notre association. Je suis sûr que ce n'est pas par divergence d'opinion mais davantage par omission; c'est pourquoi nous vous encourageons à rafraîchir la mémoire de vos collègues.

Nous continuons notre association avec la SOGC pour l'élaboration du congrès « De la préconception au post-partum ». Ce congrès se tiendra à Montréal les 16 et 17 novembre 2006 à l'hôtel Omni Mont-Royal. La programmation du congrès est spécialement conçue pour les médecins de famille accoucheurs et sera du plus vif intérêt. Nous espérons vous y voir tous. Il y aura une table de l'AOPQ pour ceux et celles qui voudront régler leur abonnement ou pour toutes autres questions.

Dans le cadre du projet VISIBILITÉ, nous avons participé au Salon *Maternité Paternité Enfants*, lequel a eu lieu du 30 mars au 2 avril dernier. Le Dr Savard-Coté, responsable du projet, nous résume l'expérience vécue par nos représentants et par les participants au Salon. Le Dr Berthiaume résume le sondage qui a été fait dans le contexte de ce projet. Ses conclusions vous étonneront.

Sommaire

LE NOUVEAU LOGO

On se modernise... **2**

ACCOUCHEMENT

Naturel ou contrôlé? **3**

COMPÉTENCES OBSTÉTRICALES

Rapport interne de l'AOPQ **5**

EXIT LES COMPAGNIES DE LAIT

Toute une montée de lait... **9**

ACCOUCHE!

La réappropriation **14**

DANS LE CALME...

Naissance et hypnose **15**

CONFÉRENCE DE NOVEMBRE 2006

Encore temps de s'inscrire! **16**

Lors de la dernière réunion de l'exécutif, nous avons le Dr Andrée Gagnon comme invitée. Elle fait partie du comité de la périnatalité au sein du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Nous avons passé une motion pour qu'un poste au sein de notre exécutif soit réservé à un représentant du Collège. Cette représentation permettra une meilleure circulation de l'information et une plus grande collaboration dans divers projets. Je souhaite la plus cordiale bienvenue au Dr Gagnon au sein de l'exécutif et nous l'assurons de notre entière collaboration avec le CMFC.

Durant ladite réunion, nous avons discuté de la cotisation d'adhésion à l'association et nous sommes arrivés à la conclusion que nous devons l'augmenter à 75 \$. Nous vous avons présenté quelques nouveautés (Cordon amélioré, logo et devise remodelés), mais tout cela a malheureusement un prix! Nous pensons qu'il est important de se donner les moyens de nos ambitions et que c'est une des façons d'y

ÇA BOUGE À L'ASSOCIATION...

Vous savez sans doute que le Collège des médecins du Québec a décidé de cesser la publication du carnet de grossesse *9 mois pour la vie*. Eh bien, l'Institut de santé publique du Québec a repris le flambeau. Une réunion de tous les intervenants a en effet été convoquée pour l'élaboration de ce que sera « le nouveau 9 mois pour la vie ». L'Institut prépare et publie déjà le *Mieux vivre avec son enfant* qui est une référence et une publication très appréciée des parents pour la période allant de la naissance à deux ans. Le nouveau document sera construit de la même façon mais pour la période de la gestation jusqu'à la naissance. Le Dr Savard-Côté sera notre représentante à ce comité.

Le projet des compétences du Dr Demers continue à faire son petit bonhomme de chemin. Le but ultime est d'obtenir un niveau de compétences de base pour tout les omnis-accoucheurs de la province. Pour y parvenir, il a fallu faire entériner ces compétences par les gynécologues, ce qui est chose faite; il faut

maintenant les actualiser dans chaque milieu. La prochaine étape sera de s'assurer que les universités utilisent ces compétences de base comme objectifs de formation. C'est précisément ce qui se passe présentement à l'Université de Montréal dans le contexte du renouveau du programme de formation des résidents en médecine familiale. Le Dr Demers résume le travail déjà fait et nous reproduisons le texte des compétences pour que vous puissiez l'utiliser dans vos milieux comme référence.

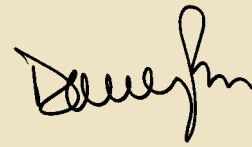
La césarienne sur demande demeure un sujet brûlant, le Dr Berthiaume répond à un article de Nathalie Collard, de La Presse, intitulé « Accouche! ». Nous avons reproduit à votre intention le texte de ces articles de même que les réactions et les commentaires à la réponse du Dr Berthiaume.

La controverse sur la publicité des substituts du lait a soulevé un débat très intéressant et je pense qu'il est sain pour une association comme la nôtre d'avoir ce genre de débat. Le Dr Bessette explique le débat et nous

reproduisons quelques commentaires reçus depuis le dernier Cordon et la dernière assemblée. Dans la foulée du débat, le Dr Suzanne Dionne nous expose « Le Code » pour démystifier ce que l'OMS nous recommande au sujet de l'allaitement.

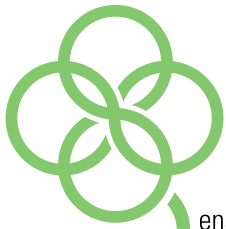
Vous trouverez également un article sur l'hypnose et l'accouchement. Le Dr Fiset, médecin de famille et hypnothérapeute, nous renseigne sur l'utilisation de cette technique dans le contrôle de la douleur lors de l'accouchement.

Je vous souhaite une très bonne lecture et j'espère vous rencontrer bientôt lors d'un prochain congrès ou d'une réunion.



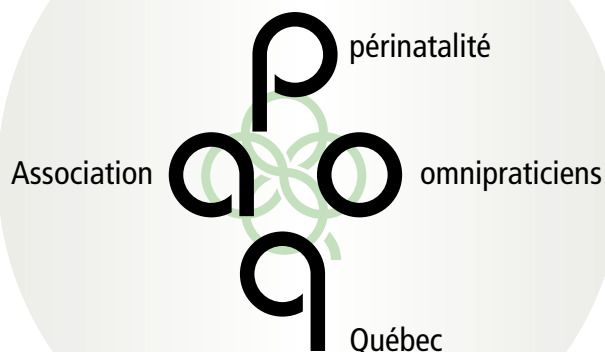
Dominique Pilon M.D.
Président AOPQ

NOUVEAU LOGO, NOUVEAU LOOK!



ensemble pour la vie...

Association des **omnipraticiens en périnatalité** du Québec



Le logo représente un chaînon, une association, un trèfle à quatre feuilles, une fleur et un arbre. En fait, il représente la chaîne de la vie, les enfants d'aujourd'hui et les parents de demain.

Plus concrètement, le trèfle à quatre feuilles porte son statut de porte-bonheur; il représente l'espoir, la foi, l'amour et la chance, soit quatre valeurs correspondant chacune à une feuille.

La chance aussi d'avoir un médecin en qui on a confiance « pour la vie... ». La famille constitue un maillon essentiel d'une chaîne qui ne doit pas s'affaiblir, ni disparaître.

ACCOUCHEMENT NATUREL OU CONTRÔLÉ?

Le texte ci-dessous est la réponse du Dr Berthiaume à l'article de Nathalie Collard paru dans La Presse du samedi 29 avril 2006 et reproduit à la page 14 de ce numéro.

par Sylvie Berthiaume M.D.

Les médecins de famille qui font près de 40 % des accouchements au Québec sont aussi très préoccupés par la hausse constante du taux de césariennes au Canada. C'est avec grand intérêt que nous participons au débat que vous ouvrez dans vos pages car il s'agit vraiment d'un débat public et non seulement d'une question médicale.

Les médecins de famille dont la pratique est axée vers la clientèle à faible risque sont, en général, moins interventionnistes que les obstétriciens-gynécologues. De plus, nous ne pratiquons pas nous-mêmes la césarienne ce qui ne nous incite pas à y avoir recours facilement.

Par contre, nous sommes assujettis aux protocoles hospitaliers et aux guides de pratique fondés sur des évidences scientifiques. Or, très souvent, ces guides de pratique proposent des interventions (inductions, césariennes, monitoring continu) que subiront des centaines de femmes pour éviter un rare cas de décès ou de morbidité fœtale (de l'ordre de 1 cas sur 1000). La plupart des femmes, lorsqu'on leur donne le choix (et il faut leur donner ce choix), préfèrent subir cette intervention pour éviter ce faible risque pour leur bébé (exemples : inductions après 41 semaines, césariennes pour présentation de siège). Si on ne leur propose pas ces interventions, on s'expose à des poursuites en cas de complications. Il est donc utopique de vouloir contrôler un phénomène aussi imprévisible que celui de la naissance sans exposer de nombreuses femmes à des interventions inutiles pour elles-mêmes et leur bébé. Autant que les médecins, les parents et les sages-femmes doivent être conscients de cette contrainte.

Par ailleurs, d'autres facteurs de société contribuent à hausser le taux de césariennes. Il y a, entre autres, de plus en plus de premières grossesses à un âge avancé ce qui rend l'accouchement souvent plus difficile. L'incidence élevée d'obésité entraîne aussi une hausse de bébés trop gros.

Finalement, dans notre culture, la douleur de l'accouchement est de moins en moins acceptée et le recours à l'épidurale de plus en plus fréquent surtout si elle est facilement disponible dans les hôpitaux. Relier cette tendance à la seule qualité des intervenants est une analyse un peu simpliste. L'épidurale faite trop précocement pendant le travail augmente le taux de césarienne. Même faite à un moment plus favorable, elle augmente le taux de forceps ou de ventouse. Les femmes doivent être mises au courant de ces risques. Elles doivent aussi être soutenues pendant leur travail avec un ratio de une intervenante pour une parturiente. Souvent les budgets des hôpitaux et la pénurie de personnel ne permettent pas ce ratio. Nous devons le réclamer.

En fait, la culture de notre société a bâti une utopie de l'accouchement sans douleur avec un résultat garanti de bébé en bonne santé et sans trop d'interventions. Un débat public permettra peut-être de déconstruire ce mythe et d'avoir des attentes plus réalistes et plus près d'une naissance physiologique ou bien nous assumerons que le choix de l'accouchement sans douleur et sans aucun risque pour le bébé implique de nombreuses interventions.

Commentaires

par Gilles Brunet M.D.

Je voudrais apporter quelques commentaires au texte de Sylvie. Il faut rappeler que le taux de césariennes élevé n'est pas unique au Canada : les États-Unis, l'Angleterre, la France, l'Italie, etc. ont aussi des taux élevés et parfois supérieurs à ceux enregistrés au Canada (les sages-femmes de ces pays n'y changent rien!). Ce qui m'amène à ton deuxième paragraphe, car la « culture » du milieu est plus importante que le titre du docteur et souvent les omnis ont des taux d'interventions similaires aux gynécologues. C'est d'ailleurs ce que révèlent les statistiques relatives aux taux de césariennes dans les hôpitaux du Québec.

Une des autres causes de l'augmentation du taux de césariennes réside dans la diminution des AVAC et des forceps au détroit moyen, la préférence des intervenants et des patientes (comme pour une césarienne sur demande) et le manque d'intérêt des pouvoirs publics pour le contrôle du taux de césariennes puisque le ministère de la Santé ne publie plus les taux de césariennes observés dans les hôpitaux du Québec.

L'âge avancé de la maternité est un facteur contribuant à la situation au Canada, mais dans les pays scandinaves, ces patientes âgées ne connaissent pas d'accouchements plus difficiles que les autres patientes.

Enfin, tu as en partie raison lorsque tu parles d'augmentation de forceps/ventouse reliée à la péridurale; mais c'était avant l'utilisation des narcotiques associés aux anesthésiques pour diminuer le bloc moteur et aussi parce qu'on limitait la durée du 2^e stade, donc associé à un modèle de gestion non « physiologique ».

par Alain Demers

Lors de la dernière assemblée générale de l'AOPQ tenue à Sherbrooke, le printemps dernier, nous vous avons fait part des derniers développements dans ce dossier. Comme la majorité de nos membres ne peuvent être présents à ce genre de réunion, nous avons cru bon d'inclure dans ce numéro du Cordon la version révisée du document traitant des compétences minimales de base pour un omnipraticien oeuvrant dans un département d'obstétrique.

Il est important de préciser que ce document fut finalisé à l'issue d'une rencontre avec l'exécutif de l'AOGQ (Association des gynécologues-obstétriciens du Québec) en juin 2005. Quelques correctifs (je ne parle pas de concessions) y ont été apportés, lesquels ne modifient aucunement l'esprit même du document, soit la place que le médecin de famille doit occuper au sein des départements hospitaliers de périnatalité. J'insisterais plutôt sur la consolidation de notre position et d'améliorations dans plusieurs centres, si j'en juge par les règlements intra-hospitaliers que vous m'aviez fait parvenir, il y a quelques années de cela.

Le président de l'exécutif de l'AOGQ a fait parvenir une lettre à tous les chefs de département hospitalier de gynécologie et obstétrique de la province dans laquelle il souligne qu'ils avaient accepté ce document.

Comme tous les gynécologues de la province ont reçu cette lettre, — car je présume que les chefs de département en ont informé leurs collègues — il n'y a aucune raison qui vous interdise de l'utiliser au moment de la négociation en vue du renouvellement de vos privilèges obstétricaux.

À l'heure actuelle, je m'efforce de faire accepter l'ensemble par le Collège des Médecins et les départements universitaires comme objectifs de formation pour les résidents inscrits au programme de médecine familiale. J'avoue bien humblement avoir été peu actif à ce chapitre au cours de la dernière année, mais je compte m'y atteler dès cet automne. Je devais probablement avoir autre chose à faire...

Bonne lecture...

COMPÉTENCES



Voici la lettre qui a été envoyée à tous les chefs de département d'obstétrique de la province à l'issue de nos discussions avec eux. Le rapport plus élaboré et définitif se trouve dans la communication du Dr Demers.

COMPÉTENCES OBSTÉTRICALES POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE

Cher(e)s Collègues,

Il y a quelques mois, vous avez participé à une téléconférence très productive sur le sujet mentionné ci-dessus et nous vous remercions de votre généreuse disponibilité.

À la suite de vos commentaires et des discussions tenues au sein de l'exécutif, nous avons rencontré les représentants de l'Association des médecins omnipraticiens en périnatalité afin de dégager un consensus.

Les quelques lignes qui suivent se veulent un très court compte rendu de notre réunion, car un comité de travail des médecins de famille est déjà à l'œuvre avec le Collège des médecins du Québec, les directeurs de programmes universitaires et les omnipraticiens dans le but d'uniformiser l'acquisition de certaines compétences de base, essentielles à la formation d'un médecin accoucheur pratiquant dans divers milieux.

D'ici à l'aboutissement de leur démarche, nous croyons qu'il est pertinent de souligner les points importants sur lesquels nous sommes d'accord et qui devraient d'ores et déjà faire l'objet de discussions ou de modifications dans vos départements ou services respectifs :

① *Nous avons rediscuté de la notion de compétences de base requises pour une pratique adéquate de l'obstétrique et apporté des corrections mineures (voir ANNEXE page suivante). Dans le contexte d'une formation pré-pratique obstétricale, ces compétences nous semblent primordiales.*

② *La notion de consultation obligatoire devrait être remplacée par celle de consultation recommandée. Nous encourageons l'élaboration de protocoles ou ententes locales pour certaines situations particulières (AVAC, accouchement instrumental, induction, etc.)*

③ *Dans les cas où les patientes à risque sont transférées à tout stade de la grossesse ou du travail, ne pas exclure le médecin de famille du dossier afin de conserver un lien thérapeutique important.*

Cet exposé ne devrait pas vous surprendre car la plupart d'entre vous ont manifesté une généreuse ouverture sur les points mentionnés ci-dessus.

Nous vous encourageons donc à faire un suivi auprès de vos membres tout en veillant à ménager la « susceptibilité » de certains milieux dans leurs relations interprofessionnelles.

En attendant de recevoir un rapport plus détaillé de la part des omnipraticiens en périnatalité, nous comptons sur votre collaboration dans le maintien des relations harmonieuses à l'intérieur de vos centres respectifs tout en préservant la qualité des soins requis.

Veillez recevoir, cher(e)s Collègues, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Philippe Y. Laberge M.D.
Président AOGQ

Claude-A. Fortin M.D.
Président sortant AOGQ

ANNEXE

COMPÉTENCES DE BASE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE

Les compétences que nous considérons de base pour tous les médecins de famille impliqués en soins périnataux englobent les points suivants :

- 1 Admettre et soigner des patientes enceintes pouvant présenter des conditions médicales nécessitant des soins hospitaliers;
- 2 Le travail (incluant l'amniotomie) et l'accouchement spontané d'une grossesse unique à terme se présentant par le vertex;
- 3 Le déclenchement du travail à terme ou lors d'une rupture des membranes à terme lorsque le bien-être fœtal n'est pas compromis;
- 4 La surveillance fœtale incluant le monitoring interne (ECG et tocographe) et l'utilisation d'une PHmétrie au cuir chevelu du fœtus;
- 5 L'évaluation de la fonction placentaire en prescrivant et en interprétant les épreuves cliniques et de laboratoire;
- 6 La prise en charge de l'arrêt de progression au premier et au deuxième stade du travail par l'utilisation appropriée de moyens pharmacologiques ou non, tels l'oxytoxine ou les analgésiques;
- 7 L'accouchement instrumental au détroit inférieur ou à la vulve;
- 8 La prise en charge de la dystocie des épaules selon les critères de la GESTA;
- 9 La réparation de lacérations périnéales du 1er et 2e degré, ainsi que l'épisiotomie et les lacérations vaginales;
- 10 La prise en charge d'une hémorragie postnatale;
- 11 Le suivi du travail et l'accouchement par voie vaginale après une césarienne (AVAC), après avis de l'obstétricien-gynécologue ou du chirurgien;
- 12 L'examen, le suivi et les soins du nouveau-né;
- 13 La réanimation néonatale de base, notamment l'intubation et la prise en charge du méconium;
- 14 La prise en charge d'un ictère physiologique chez le nouveau-né.

RAPPORT INTERNE DE L'AOPQ

Plusieurs auteurs constatent sur un ton parfois alarmiste la chute des effectifs médicaux en médecine familiale. Dans plusieurs régions du Québec, encouragés dans cette voie par les politiques gouvernementales, les gens tentent sans trop de succès de se trouver un médecin de famille qui voudra bien les conseiller sur leur état de santé. En fait, il est toujours surprenant de voir des patients faire plus d'une heure de voiture pour venir rencontrer leur médecin et ce, parce qu'ils sont incapables d'en trouver un plus près de leur nouveau lieu de résidence.

Ce phénomène n'est pas unique au Québec. Hormis Terre-Neuve, toutes les autres provinces et les territoires du Canada font le même constat. La pénurie est plus grave dans les secteurs spécialisés comme la médecine hospitalière, l'urgence et les soins obstétricaux. Débordés par leurs nombreuses autres tâches, les omnipraticiens à l'instar des patients désertent progressivement l'hôpital. La clientèle s'est sensiblement alourdie avec le virage ambulatoire, obligeant les médecins de famille à offrir une plus grande disponibilité à leur cabinet. Mais est-ce là la seule et unique raison? Ne pourrait-il pas y avoir d'autres causes?

Dans son allocution aux omnipraticiens présents au congrès de périnatalité de mars 1996, le Dr François Lemieux, alors président de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ), énumérait plusieurs raisons expliquant ce désistement de la pratique obstétricale par les médecins de famille. Plusieurs irritants ont été corrigés depuis, notamment au chapitre de la rémunération et des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle. On a toujours invoqué l'atteinte à la qualité de vie comme un élément négatif de recrutement pour les soins périnataux. Les jeunes médecins, hommes ou femmes, ne souhaitent plus consacrer autant d'heures que leurs prédécesseurs à la pratique de la médecine et c'est mieux ainsi. Ils veulent s'assurer que leur travail n'aura pas trop d'effets négatifs sur leur mode de vie. Mais les médecins de famille travaillent maintenant davantage en équipe, ce qui permet un meilleur partage de la garde et par conséquent, une diminution du temps en disponibilité pour le médecin. Un jour, il faudra bien qu'on fasse comprendre aux résidents que qualité de vie ne rime pas seulement avec le nombre d'heures travaillées.

La qualité de la clientèle et les gratifications multiples qui accompagnent une pratique obstétricale contribuent sensiblement à accroître la qualité de vie du médecin.

Suite page 6 : Rapport interne de l'AOPQ



Des études ont démontré à ce propos que les médecins de famille qui incluent l'obstétrique à leur pratique apprécient davantage leur travail et possèdent un meilleur éventail de clientèle du point de vue de l'âge et du sexe.

Il faut désormais s'attaquer à la place que doit occuper le médecin de famille au sein des divers intervenants en soins périnataux, notamment sur son intégration et sa reconnaissance dans les départements hospitaliers.

Plusieurs médecins perçoivent la pratique obstétricale comme on la leur a enseignée lorsqu'ils étaient étudiants : une médecine de catastrophe, devenue affreusement technique, qu'il vaut mieux laisser aux « experts ». Voici comment le Dr Raymond Lalande, alors directeur du programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Montréal, décrivait cette réalité au groupe de travail sur la pratique obstétricale du Collège des Médecins en 1999 : « Le contact que nous avons avec les résidents nous amène à croire que, pour la plupart de ceux qui ont définitivement exclu l'obstétrique, l'expérience vécue pendant les années prédiplomations et plus spécifiquement pendant le stage d'externat a été difficile pour ne pas dire déplaisante. L'étudiant retient souvent de son expérience qu'il s'agit d'une médecine de catastrophe, touchant ce qu'il y a probablement de plus précieux dans la vie d'un être humain et ce, dans un contexte où malheureusement les valeurs humaines font souvent défaut. Les patientes sont vues à la chaîne, l'accouchement est réduit à ses aspects techniques et le suivi post-partum est réduit à sa plus simple expression. L'étudiant œuvre dans un contexte qui n'est pas celui de la périnatalité en ce sens que le suivi du nouveau-né est complètement dissocié de l'événement de la naissance. Pour l'étudiant qui se destine à la médecine familiale, cette expérience s'effectue, en plus, dans un contexte où, bien souvent, il n'est pas évident d'affirmer son choix de carrière. Combien de commentaires alarmants, désobligeants, dénigrants, voire méprisants envers les médecins de famille n'entendra-t-il pas pendant sa courte expérience obstétricale ? Pour le futur résident qui

aura mis une croix sur la pratique obstétricale, renverser la vapeur pendant la formation en médecine familiale représente un véritable tour de force. »

Dans les milieux universitaires, il devient primordial que les médecins de famille s'impliquent davantage dans l'enseignement des soins périnataux au niveau prédoctoral. En raison de l'importance cruciale des modèles à suivre, les stagiaires se doivent de faire leur apprentissage de la périnatalité dans un contexte de soins plus globaux et dans des structures favorables et collégiales.

Il appert que la façon dont sont élaborés les règlements actuels dans la vaste majorité des départements obstétricaux du Québec fait en sorte de placer le médecin de famille dans une situation de dépendance vis-à-vis de ses confrères spécialistes. Plusieurs médecins ressentent de l'impuissance à changer l'état des choses et se sentent sous-estimés. Le choix de ne pas inclure les soins obstétricaux dans la pratique courante devient une conséquence qu'il faut combattre. L'AOPQ, à l'instar du comité des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada, croit que des structures favorables à la responsabilité, à l'autoréglementation, à la collégialité et au soutien réciproque entre les dispensateurs valoriseront des normes de soins plus élevées que celles qui encouragent la dépendance d'un groupe envers un autre. L'horizontalité des connaissances du médecin de famille n'est pas moins appropriée que la verticalité de celles des spécialistes quand vient le temps de traiter des gens généralement en bonne santé.

En avril 1999, le Collège des Médecins du Québec adoptait et publiait les recommandations du groupe de travail sur la pratique obstétricale au Québec. Il est intéressant de noter que ces recommandations avaient reçu l'approbation des représentants de l'Association des Gynécologues Obstétriciens du Québec (ACOG), de l'Association des Pédiatres du Québec (APQ), de la Fédération des Médecins Résidents du Québec (FMRQ) et de l'Association des Omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ) pour ne citer que ceux-là. Ces recommandations, au nombre de treize, avaient été regroupées sous trois thèmes : la formation, l'organisation des pratiques et des

services et la collaboration nécessaire entre omnipraticiens, spécialistes et sages-femmes. Certaines recommandations ont retenu spécifiquement notre attention pour les fins de ce document : « **2.** d'exposer davantage les étudiants en médecine à des médecins de famille pratiquant l'obstétrique afin d'augmenter chez eux l'intérêt pour la pratique de l'obstétrique par le médecin de famille; **7.** de laisser libre choix de la porte d'entrée dans le système tout en valorisant le rôle de deuxième et de troisième ligne du médecin spécialiste; **12.** que les compétences essentielles et spécifiques du médecin spécialiste, du médecin de famille et de la sage-femme soient respectées, entre autres, lorsqu'il s'agit de déterminer les actes qu'ils sont autorisés à poser dans les établissements. »

C'est dans cette optique que l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ) a élaboré une série de recommandations au sujet des compétences de base des médecins de famille impliqués dans les soins périnataux. Les objectifs poursuivis sont de quatre ordres :

1. Reconnaître l'existence même du médecin de famille accoucheur autonome avec une formation et une façon de faire qui lui sont propres;
2. Établir un sentiment de respect mutuel et de collégialité entre les différents corps professionnels dispensant les soins en maternité;
3. Fournir aux programmes universitaires en médecine familiale un document pouvant aider à établir des objectifs précis de formation en soins périnataux;
4. Favoriser le recrutement et la rétention des médecins de famille au sein des départements hospitaliers de périnatalité.

Privilèges

L'acceptation au sein du Conseil des médecins et dentistes et pharmaciens (CMDP) constitue la première étape dans l'exercice de la médecine dans un établissement de santé au Québec. Cette accréditation confère simplement une appartenance à un groupe médical. La seconde étape consiste en l'octroi de

OBSTÉTRICALES

privilèges. Ces privilèges permettent de poser des actes médicaux à l'intérieur de l'établissement. Un médecin ne pourra pas exercer adéquatement dans un hôpital si trop peu de privilèges lui sont accordés. Le troisième élément déterminant a rapport aux ressources disponibles dans le milieu et fournies par l'établissement. On aura beau embaucher un neurochirurgien dans un établissement et lui accorder toutes sortes de privilèges, il ne pourra pas exercer son art sans un minimum de ressources matérielles et humaines pour le seconder. Ces trois étapes sont donc intimement liées.

L'Association médicale canadienne a émis des recommandations en ce qui concerne l'octroi de privilèges pour les médecins canadiens à l'intérieur des établissements de santé. Parmi toutes ces recommandations, on peut y lire que la qualité des soins dispensés par un médecin demeure le critère le plus important dans l'octroi ou le renouvellement de privilèges et non son appartenance à un groupe. En clair, cela veut dire qu'à l'intérieur d'un même groupe, les individus pourraient se voir accorder des privilèges différents, ce qui serait même souhaitable, eu égard aux compétences spécifiques des individus. La définition de compétences de base pour les omnipraticiens oeuvrant en périnatalité ne saurait donc être limitative dans l'octroi de privilèges pour certains médecins de famille ayant fait la démonstration de compétences accrues dans des domaines définis de la pratique périnatale. Nous croyons qu'un seuil de compétences doit être déterminé pour l'ensemble des médecins de famille, un minimum qui pourrait être retenu par les programmes de formation universitaire dans l'enseignement des compétences périnatales.

Dans le même ordre d'idée, aucun règlement visant à restreindre l'utilisation de ressources matérielles appropriées à une situation d'urgence ne peut être bénéfique à une saine pratique obstétricale et pourrait être dangereux pour la clientèle. Par exemple, empêcher des intervenants d'utiliser un forceps ou une ventouse alors que « l'expert autorisé » n'est pas disponible dans un bref laps de temps peut compromettre le sort d'un nouveau-né et n'a certainement pas sa place dans les soins obstétricaux modernes.

Comme aucune donnée n'en a fait la démonstration, on ne devrait pas accorder ou limiter les privilèges d'un individu sur la base du nombre minimal annuel d'accouchements. Il devrait y avoir des mécanismes dans les départements permettant d'évaluer les compétences des individus (voir ANNEXE en page 5) sur la qualité des gestes posés plutôt que sur la quantité.

Les cours de perfectionnement de type GESTA ou ALSO pourraient être favorisés, mais jamais imposés. Il faudrait tenir compte de la participation à d'autres ateliers, congrès ou mentorat dans la décision de renouveler des privilèges.

Dans le cas de compétences techniques plus complexes qui ne seraient pas perfectionnées ou appuyées par une expérience limitée, telle l'utilisation d'un forceps, les médecins de famille sont invités à assister à des ateliers ou à rechercher un mentorat auprès de leurs confrères. Tel que mentionné précédemment, d'autres compétences plus avancées peuvent être octroyées à des médecins de famille qui peuvent faire la démonstration de leurs compétences dans des champs de pratique plus avancés. Ces compétences représentent un plancher, non un plafond.

Consultations

La lecture de la quasi-totalité des règlements hospitaliers et des listes de consultations obligatoires ou recommandées, imposées aux médecins de famille pratiquant l'obstétrique dans les centres hospitaliers du Québec, nous a permis de constater l'existence d'une importante diversité sur la façon d'organiser la pratique obstétricale des médecins de famille. Cette diversité est parfaitement compréhensible vue l'étendue du territoire et la grande disparité des ressources humaines et matérielles disponibles dans les régions. Bien que la qualité des soins et les règles de soins dispensés par les intervenants en périnatalité doivent demeurer les mêmes pour tous, la réalité de la pratique sur le terrain sera différente si l'on se trouve aux Îles-de-la-Madeleine ou au centre-ville de Montréal.

Dans ce contexte, il nous semble difficile et sans doute inconvenant de tenter d'étendre à toute la province un modèle rigide de consultations. Il nous apparaît plus approprié d'énumérer des principes généraux qui aideront les différents centres obstétricaux à élaborer leur propre liste de consultations, toujours dans une optique de collégialité et de respect des divers groupes intervenant en périnatalité.

Respecter les compétences de base

Une étude a démontré que plus de 50 % des consultations demandées par les médecins de famille pour la clientèle reconnue à faible risque concernait l'induction ou la stimulation du travail. Nous croyons fermement que tout médecin de famille impliqué en soins intra-partum peut très bien décider lui-même du moment jugé opportun de procéder à l'utilisation des ocytociques, en accord avec les données de la littérature à ce propos. Il ne fait aucun doute que les consultations inutiles ne font qu'accroître les coûts de la santé. Il ne faut pas oublier non plus que la consultation d'un spécialiste suggère fortement que quelque chose ne tourne pas rond, contribuant ainsi à augmenter le niveau d'anxiété de la patiente quant à l'issue possible de la grossesse et, peut-être, à diminuer son degré de confiance envers le médecin traitant.

Dans les milieux de l'enseignement, le recours fréquent et la dépendance sans doute exagérée aux consultations ne font rien pour stimuler la confiance ou l'intérêt des médecins de famille à dispenser des soins obstétricaux, encore moins chez les résidents intéressés à œuvrer dans des centres plus ruraux. Si l'on inculque aux résidents l'impression que la consultation spécialisée est partie intégrante de la pratique obstétricale, il est évident que leur enthousiasme pour les soins intra-partum s'en trouvera réduit d'autant, surtout dans le contexte d'une pratique où les obstétriciens sont moins présents.

Suite page 8 : Rapport interne de l'AOPQ

Rapport interne de l'AOPQ (suite)

Finalement, la main d'œuvre obstétricale diminue également chez les médecins spécialistes. Ils affirment être débordés et manquer d'effectifs. Les délester de consultations inutiles ne peut que leur être salutaire et s'inscrit dans les recommandations du Collège des Médecins.

Consultations recommandées et non obligatoires

Dans un monde idéal, on ne devrait jamais établir de listes de consultations dites obligatoires ou recommandées. Dans aucun autre département hospitalier intégrant des omnipraticiens ne voit-on autant de consultations obligatoires qu'en obstétrique. Le devoir de consulter appartient au bon jugement du médecin traitant. Comme je l'ai mentionné, les compétences et les habiletés des médecins de famille peuvent varier de l'un à l'autre et de plus, il n'a pas été démontré qu'une telle politique améliore les soins. L'obligation de consulter un confrère par voie de règlement comporte certains problèmes, ne serait-ce que d'un strict point de vue médico-juridique. Advenant le cas où, parce que son consultant n'est pas disponible, un médecin de famille devait poser un geste d'urgence qui lui est interdit par les règlements en vigueur dans son établissement, pourrait-on vraiment lui en tenir rigueur? On devrait plutôt présumer que les médecins responsables demanderont une consultation si nécessaire, en fonction d'une situation clinique particulière.

Malgré tout, certains hôpitaux préféreront maintenir une certaine liste de consultations pour les omnipraticiens envers un confrère spécialiste ou omnipraticien. Dans ces situations, on devrait davantage privilégier un concept de consultations recommandées plutôt qu'obligatoires et ce, pour les mêmes raisons que celles qui ont été invoquées précédemment. Il existe certainement des circonstances où il y a lieu d'envisager sérieusement une consultation, soit d'un spécialiste ou d'un

collègue médecin de famille. Il ne devrait s'agir ici que de situations cliniques particulières justifiées par le danger pour la vie de la mère ou celle du bébé, par leur rareté ou lorsqu'une compétence particulière est requise.

Nous ne croyons pas qu'une telle attitude favorisera l'incurie. Il existe d'autres mécanismes de surveillance des pratiques à l'intérieur des centres hospitaliers qui permettent d'évaluer la qualité des soins dispensée par les individus et au besoin, la restriction des privilèges. Nous croyons que cette façon de faire entraînera un plus grand respect des compétences propres aux médecins de famille et permettra aux médecins ayant développé au fil des ans une certaine expérience clinique de même que certaines compétences, d'exercer avec une plus grande latitude sans pour autant compromettre les soins.

Éviter les consultations de corridor

Toutes les consultations devraient être demandées de manière officielle et il est important de préciser qui assume la principale responsabilité dans le dossier. Il faut décourager les consultations informelles et souvent incomplètes dans l'intérêt de la protection médicale et juridique de toutes les personnes en cause. Non pas que les discussions collégiales concernant les principes des soins aux patients ou des questions générales de prise en charge soient découragées, mais nous estimons que les consultants ont le droit de disposer de l'ensemble des éléments d'un dossier avant d'émettre une opinion.

Éviter le transfert de clientèle

Nous croyons que peu, pour ne pas dire aucune situation clinique ne devrait exclure le médecin de famille impliqué depuis le début de la grossesse et parfois même avant. Si le médecin de famille le demande, les soins

peuvent être transférés au médecin consultant sans qu'il faille pour cela exclure le médecin de famille. Si ce dernier le désire, on devrait lui permettre de participer activement aux décisions thérapeutiques à titre de consultant. Bref, on inverse la situation plutôt que de le reléguer au rôle de simple visiteur.

Conclusion

Nous l'avons dit d'entrée de jeu, la main d'œuvre obstétricale chez les médecins de famille est en chute libre depuis plusieurs années. Bien que le nombre d'individus diminue, la proportion d'accouchements qu'ils effectuent diminue beaucoup moins rapidement. Ceux qui restent en font donc plus et risquent conséquemment davantage de s'essouffler. Si l'on en croit les rapports sur les effectifs de l'AOGQ, le même phénomène est observé chez les gynécologues-obstétriciens. Qui plus est, dans leur cas certains spécialistes obtiennent leur diplôme avec la ferme intention de ne jamais pratiquer l'obstétrique, de s'en tenir exclusivement à la gynécologie. L'arrivée des sages-femmes ne devrait se faire que progressivement mais surtout, lentement. On constate qu'elles ont été incapables de remplir complètement leurs postes universitaires au cours de la dernière année et je ne vois vraiment pas le jour où elles accompliront un nombre significatif d'accouchements dans les hôpitaux ou dans les cliniques au Québec.

Ce document se veut donc une reconnaissance de la pratique obstétricale des médecins de famille, reconnaissance d'une pratique de qualité qu'ils peuvent dispenser en fonction de leurs capacités. Loin de nous l'idée de « déterrer la hache de guerre » contre les spécialistes. Nous voulons que ce document contribue au respect mutuel des intervenants en périnatalité et par conséquent, favoriser un meilleur recrutement et une meilleure rétention des effectifs au sein des départements. Il doit être interprété comme un autre élément pouvant contribuer à la survie de l'espèce.

Exécutif de l'AOPQ

Juin 2006

TOUTE UNE MONTÉE DE LAIT...

Sachez que ce fut un plaisir de lire vos opinions et commentaires au sujet de la publicité entourant les substituts de lait. Parmi ceux qui ont participé au sondage, tous étaient opposés à l'idée de voir une telle publicité dans les pages du CORDON. Les « pour » et les « tièdes » existent-ils hors de l'exécutif de l'AOPQ? Si oui, ils sont plutôt avares de commentaires.

Cela étant dit, ceux qui se sont exprimés seront écoutés, il n'y aura pas de pages publicitaires attribuées à Nestlé et cie dans notre journal.

J'apprécie cependant le fait qu'il existe des courants d'opinions contraires au sein de l'organisation et que le débat puisse se dérouler dans le respect des individus.

À la prochaine chicane,
Lucie Bessette M.D.



OUI OU NON?

À la question, « Doit-on ou non accepter ou solliciter la publicité de lait maternisé pour financer la publication du Cordon? », je réponds un **NON** haut et clair. De plus, je note l'utilisation erronée du terme « maternisé ». Le terme actuel est « artificiel ». Merci de solliciter des réactions à ce sujet.

Vania Jimenez M.D.

QUELLE BELLE OCCASION... RATÉE

J'ai lu avec intérêt puis avec déception la lettre du Dr Demers dans le dernier Le Cordon.

Cette lettre mettait en doute le bien fondé du code de commercialisation des préparations lactées. Je ne pensais jamais voir Le Cordon venir à la défense de multinationales qui, vous en conviendrez, ont les moyens de faire eux-mêmes leur promotion, moyens qui sont tout à fait hors de notre portée.

Dois-je vous rappeler que ce sont ces moyens directs et indirects, ce sont des politiques subtiles, sournoises et pas toujours très catholiques qui ont amené ce code de commercialisation.

Ce n'est pas sans raison que l'OMS déclare qu'il y a 3 actions principales à faire pour aider les enfants sur cette planète.

- 1) leur donner de l'eau potable
- 2) les vacciner
- 3) les allaiter

Ces déclarations ne sont pas le fruit du hasard, elles sont fondées sur une logique solide, une logique bien connue de ces mêmes compagnies. Pourtant, leur lobby fort puissant est bien établi partout, notamment dans le tiers monde.

Le fait de profiter (sous un couvert pseudo-comique) de la tribune Le Cordon pour écorcher au passage les hôpitaux devenus « amis des bébés » ne peut relever que d'une méconnaissance déplorable de ce qu'est un hôpital « amis des bébés », de la philosophie sous-jacente et de la façon dont cette philosophie est appliquée et vécue au quotidien.

Évidemment, pour une compagnie pharmaceutique, le fait d'avoir l'exclusivité à l'intérieur d'un hôpital est très important pour leur commercialisation. Il n'est pas si loin le temps de ces luttes épiques au Québec entre compagnies pharmaceutiques pour obtenir cette exclusivité.

Pour votre information, disons tout d'abord que le code de commercialisation des préparations lactées a été mis en place pour protéger les bébés (autant ceux allaités que non allaités).

De plus, un hôpital « ami des bébés » n'est pas une secte, c'est un endroit où l'on peut accoucher dans un grand respect de la mère, de l'enfant et de la famille, qu'il y ait allaitement ou non. Par ailleurs, il n'est pas interdit d'avoir du lait industriel ou artificiel ou de l'appellation contrôlée que vous voulez lui donner, mais l'hôpital doit le payer comme toute autre denrée et non pas l'avoir en cadeau.

Pour s'en rendre compte, évidemment, il faudrait prévoir une petite visite... Vous êtes donc invités à mettre votre chapeau et vos claques et à venir nous voir. Vous serez tous et toutes les bienvenus.

Normand Chagnon M.D.

Chef du service obstétrique
et de la petite enfance de l'Hôpital Brome
Missisquoi Perkins, Cowansville

Pour les femmes qui allaitent

UN BON CHOIX CONTRACEPTIF

À la fin de la grossesse, il est important de discuter avec notre patiente et idéalement avec le couple, de la méthode de contraception qu'ils utiliseront après la venue de leur enfant.

Mais qu'est-ce que le médecin peut dire à sa patiente? Son expérience? L'expérience de ses patientes? Où sont les preuves cliniques chez les femmes qui allaitent?

Les limites de la méthode de l'aménorrhée par lactation (LAM)

L'allaitement maternel exclusif et fréquent protège à 98 %, en empêchant l'ovulation durant les 6 premiers mois post-partum, si la femme n'a pas de menstruations, si l'intervalle entre 2 tétées ne dépasse pas 6 heures la nuit, 4 heures le jour et si...? En règle générale, il est recommandé de donner cette information et de la compléter en discutant d'autres méthodes contraceptives.

L'intervalle idéal recommandé entre deux naissances étant d'environ 3 ans, une femme qui allaite son enfant a plusieurs choix contraceptifs: les méthodes non hormonales de type barrière (condom, diaphragme, cape cervicale), le DIU avec cuivre, les méthodes hormonales avec progestatifs seulement ainsi que les méthodes hormonales combinées.

Une récente revue systématique des études randomisées et contrôlées (Cochrane)

La revue systématique des études sur la contraception hormonale durant l'allaitement - faite en 2003 et mise à jour en 2005 - déplore le peu d'études randomisées avec méthodologie comparable dans ce domaine et nous dit que les résultats doivent être interprétés avec prudence. En attendant l'étude idéale avec placebo — c'est à dire avec des femmes ligaturées pour ne pas risquer la grossesse — quelle tendance se dessine sur les effets des méthodes hormonales sur l'allaitement?

Le lait maternel, le nouveau-né et les méthodes hormonales: les progestatifs seuls sont recommandés avant de penser aux méthodes hormonales combinées.

La quantité de lait produite, la croissance et le développement du nouveau-né

La plupart des études menées depuis 30 ans semblent démontrer que l'œstrogène contenu dans les contraceptifs oraux combinés diminue la quantité de lait produite par la mère, sans toutefois affecter la croissance ou le développement de l'enfant. Les progestatifs seuls ne semblent pas diminuer la quantité de lait produite, ni la croissance et le développement, même comparés à des méthodes non hormonales.

Les dosages sériques maternels: les progestatifs ne sont pas tous identiques

Les niveaux sériques maternels des contraceptifs avec hormones sont comparables aux niveaux sériques lorsque la femme recommence à avoir une activité ovarienne ovulatoire. Les niveaux sériques d'une femme utilisant le SIU-LNG (système intra-utérin libérant du levonorgestrel) sont très bas et inférieurs aux progestatifs oraux et injectables. On expliquerait ce phénomène, entre autres raisons, par les changements atrophiques de l'endomètre qui rendraient l'absorption sérique minimale.

Les dosages dans le lait maternel et le sang du nouveau-né

Les niveaux hormonaux retrouvés dans le lait maternel varient entre 2 et 10 % des niveaux sériques maternels. Les niveaux sériques retrouvés chez le nouveau-né varient entre 30 et 75 % par rapport au lait maternel (c'est à dire que de 30 à 75 % du 2 à 10 % des niveaux hormonaux sera transmis au nouveau-né). À l'heure actuelle, nous ne pensons pas que la présence de ces hormones ait un effet néfaste chez le nouveau-né qui est souvent exposé aux hormones naturelles de sa mère. La plupart des experts recommandent de commencer les contraceptifs hormonaux après la sixième semaine de la période post-partum chez la femme qui allaite, afin de limiter l'exposition hormonale du nouveau-né, dans une période où son métabolisme hépatique est immature.

Le Mirena: un très bon choix contraceptif

Nous pouvons rassurer nos patientes qui allaitent leur enfant et qui désirent une méthode très fiable, simple et sécuritaire. Le faible taux de levonorgestrel libéré par le dispositif intra-utérin n'affectera pas la quantité ni la qualité de leur lait. Parmi les méthodes hormonales, le Mirena constitue le premier choix. De plus, inséré 6 à 8 semaines post-partum, plusieurs femmes n'auront pas les taches des trois premiers mois, si elles allaitent encore pendant cette période.

Bonne discussion avec vos patientes !

Francine Léger M.D., FCMF

Déclaration de l'auteur: j'ai reçu des honoraires, sans droit de regard au contenu, de Berlex, pour la rédaction de cet article.

Références :

1. Truitt, ST et al, Cochrane Database Syst Rev. *Combined hormonal versus non hormonal versus progestin-only contraception in lactation*, 2003;(2), update Nov. 16, 2005.
2. Shikary Z.K. et al, *ICMR task force study on hormonal contraception. Transfer of levonorgestrel (LNG) administered through different drug delivery systems from the maternal circulation into the newborn infant's circulation via breast milk.*, Contraception. May, 1987; 35(5):477-86.
3. Shaamash AH et al, *A comparative study of the levonorgestrel-releasing intra-uterine system Mirena versus the Copper T380A intra-uterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development*, Contraception. 2005 Nov; 72(5):346-51. Epub, July 6, 2005.

D'autres références disponibles auprès de l'auteur (15 références lues après recherche dans **pubmed** avec les mots-clés: *breastfeeding and contraception and levonorgestrel* et quelques articles reliés aux premiers).

Un sondage confirme LES MÉDECINS DE FAMILLE EN PÉRINATALITÉ SONT MÉCONNUS DU GRAND PUBLIC

À l'occasion de notre campagne de visibilité, couronnée par notre présence au *Salon Maternité Paternité Enfants*, nous avons voulu évaluer la connaissance du grand public de notre implication en périnatalité.

Rappelons tout d'abord que le ministère de la Santé et des services sociaux avait mandaté, durant l'été de 2005, une maison de sondage afin de connaître « les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité ». En fait, ce sondage insistait surtout sur la connaissance des services des sages-femmes et la demande pour ces services. On y apprenait que 73 % des femmes en âge de procréer souhaitaient accoucher avec un gynécologue, 15 % avec un généraliste et 12 % avec une sage-femme. Plusieurs questions portaient sur la connaissance des services de sages-femmes mais aucune sur la connaissance des services que peuvent offrir les médecins

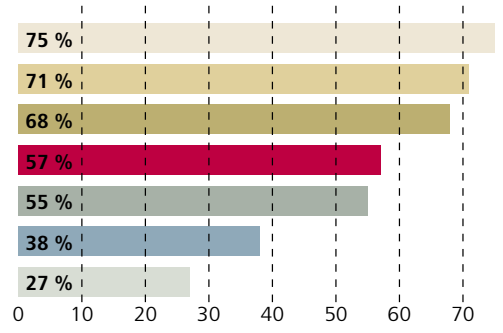
généralistes. Comme ces derniers effectuent près de 40 % des accouchements au Québec, on peut supposer que plusieurs des patientes et leur entourage croient, en fait, que les généralistes sont des gynécologues.

Pour cerner cette problématique, nous avons commandé notre propre sondage, grâce à une subvention de la FMOQ. Nos moyens étant limités, ce sondage s'adressait à la population en général et non aux femmes en âge de procréer.

La question posée était : « Parmi les services suivants, lesquels sont actuellement offerts par les médecins de famille? » Les réponses sont résumées contre.

Suite page 12 : *SONDAGE*

EN POURCENTAGE:



Le suivi de la grossesse	75 %
Le suivi de l'enfant incluant les vaccins	71 %
Le suivi de la mère après l'accouchement	68 %
Les soins pour une dépression post-partum	57 %
L'accouchement	55 %
La césarienne	38 %
Les cours prénataux	27 %

Les proportions de réponses négatives oscillent entre 20 % et 60 % et les proportions de NSP/INRP oscillent entre 5 % et 14 %.

Le dépistage prénatal, c'est important. Exigez le meilleur...

Le Test Intégré

Le Test Intégré a été le sujet de nombreuses études scientifiques qui ont démontré son taux de détection supérieur. Il est reconnu comme le test de dépistage prénatal le plus performant*. De plus, il est sans danger pour la femme et le bébé.

Test de Contingence maintenant disponible.
Contactez-nous pour avoir plus d'information.



Le Test Intégré détermine les risques de Syndrome de Down (trisomie 21), trisomie 18 et les anomalies du tube neural.

*Étude FASTER 2005.

Exclusivement au

LABORATOIRE
MÉDICAL
CURALAB
450-656-0446
866-656-0446
www.curalab.com

SONDAGE (suite)

On peut donc estimer à 55 % de la population la proportion de personnes (sur 1 000 répondants) qui savent que les omnipraticiens font des accouchements au Québec.

Ce sondage confirme la méconnaissance de notre travail par le grand public, ce qui peut nuire au recrutement chez les étudiants en médecine. Selon une étude sur les externes, 28 % d'entre eux ne savent pas, à la fin de l'externat, qu'ils peuvent faire des accouchements comme médecin de famille. Cela pourrait aussi influencer les politiques gouvernementales, plus enclines à injecter de l'argent neuf chez les sages-femmes que dans les hôpitaux.

Même si la plupart d'entre nous n'ont pas besoin d'augmenter leur clientèle, nous devons tout de même essayer d'augmenter notre visibilité. Pensez-y! N'avez-vous pas un événement spécial à souligner dans les médias régionaux ou encore un commentaire à formuler dans une opinion des lecteurs dans les grands journaux?

Sylvie Berthiaume M.D.



Médecins de famille accoucheurs

Photo: Emmanuèle Garnier



Salon MATERNITÉ PATERNITÉ ENFANTS

Nous sommes fiers d'avoir participé à titre d'exposant au *Salon Maternité Paternité Enfants* qui a eu lieu à la Place Bonaventure de Montréal en avril 2006 et qui a attiré plus de 40 000 visiteurs. Merci à la FMOQ et à tous les médecins bénévoles présents au Salon qui ont collaboré à sa préparation.

Selon un sondage non scientifique effectué auprès des visiteurs, surtout des futures et des jeunes mamans, le tiers d'entre elles ne connaissaient pas l'existence des médecins de famille accoucheurs. Un autre tiers a été accouché par un omnipraticien ; toutes se sont dites enchantées de leur expérience. Près de la moitié cherchait un médecin de famille soit pour elle et leur futur bébé ou pour un autre membre de leur famille. Curieusement, quelques personnes ne savaient pas qu'elles avaient été accouchées ou étaient suivies par un omnipraticien, confondant leur médecin avec un gynécologue. Quelques femmes auraient aimé trouver un médecin pour vivre un accouchement à domicile.

La dernière version 2006 du répertoire des médecins de famille accoucheurs et le site www.aopq.org ont pu être publicisés auprès des visiteurs et de plusieurs organismes en périnatalité présents au Salon. Une liste de médecins de famille accoucheurs par région était disponible pour les futures mamans.

Plusieurs auraient souhaité une liste de médecins offrant le suivi de nouveau-nés. Nous avons mis à profit notre présence à l'événement pour promouvoir une grossesse en santé et donner des conseils de prévention.

Nous constatons qu'il est difficile de répondre à la forte demande de soins en périnatalité dans un contexte de pénurie de médecins. Notre but était d'augmenter notre visibilité auprès du grand public; cet objectif a été atteint auprès des visiteurs du Salon et durant le point de presse tenu à l'inauguration du Salon. Dans les circonstances, nous aurions aimé attirer davantage l'attention des médias écrits et électroniques sur les résultats du sondage effectué par la FMOQ au sujet du médecin de famille accoucheur.

Le soutien attendu de nos partenaires a été vivement apprécié ; cependant, il serait souhaitable que les besoins liés à la logistique soient mieux comblés pour un tel événement. Il faudra améliorer cet aspect à l'occasion d'une prochaine expérience.

Mélanie Savard-Côté M.D.

Membre du conseil exécutif et responsable du projet *Salon Maternité Paternité Enfants*.
melaniescote@hotmail.com

LE CODE, CE N'EST PAS SORCIER

par Suzanne Dionne M.D.

Dans le bureau du médecin, 4 ou 5 échantillons de préparations commerciales côtoient d'autres échantillons de médicaments. Dans la boîte aux lettres d'une femme enceinte se trouve un paquet contenant des échantillons de préparations commerciales lesquels lui sont envoyés parce qu'elle a rempli un formulaire dans un magasin de vêtements pour bébés. Dans le journal, un article parle de l'ajout d'acides gras à longue chaîne dans un nouveau « lait maternisé » (artificiel)... du déjà vu! Toutes des situations utilisant des stratégies de marketing pour rejoindre les médecins ou les parents qui peuvent utiliser ce produit pendant les 9 à 12 premiers mois de vie de leur enfant.

Combien de cours de marketing et de relations publiques avez-vous eus pendant votre cours de médecine? Connaissez-vous vraiment les stratégies commerciales? Le marketing c'est, entre autres choses, une langue de persuasion technicisée. Mais on ne s'y laisse pas prendre, nous, les médecins? Allez visiter le site www.nofreelunch.com Vous y trouverez beaucoup d'informations.

Pour les « vieux » et peut-être aussi pour les « jeunes » médecins, combien de cours et d'ateliers pratiques avez-vous eus sur l'allaitement et la résolution des problèmes qui peuvent l'accompagner? Assez pour aider et soutenir les mères? Vous savez que l'allaitement maternel est fragile et vulnérable dans notre société. Beaucoup de femmes vivent un démarrage difficile et l'accès facile aux préparations commerciales pour nourrissons, la culture des grand-mamans qui ont nourri au biberon, et l'image « granola » radicale des groupes de soutien n'aident pas.

La santé n'est pas un produit commercial, le lait maternel non plus. Avec l'allaitement, on ne parle pas de profits pour les actionnaires, il n'y a pas d'argent pour financer la formation médicale continue, pas de cadeaux ou d'échantillons de produits à remettre aux médecins, pas de produits visibles sur les tablettes de l'épicerie pour les parents. La lutte est inégale.

C'est donc pour protéger l'allaitement et favoriser la meilleure alimentation possible pour tous les enfants, y compris ceux qui ont besoin de lait de remplacement que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (nommé le Code dans cet article) a été développé par l'UNICEF, l'OMS, les compagnies de préparations commerciales, les organisations de consommateurs, etc. et adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé et l'UNICEF en 1981. Toutes les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé s'y rapportant sont considérées comme faisant partie du Code. La dernière, WHA59.21, en date de mai 2006, « invite instamment les États membres à soutenir les mesures visant à donner suite à cet appel à l'action et, en particulier, à renouveler leur engagement en faveur de politiques et programmes relatifs à la mise en œuvre du Code (...) et de l'initiative des hôpitaux 'amis des bébés' pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein ».

Il y a plusieurs codes dans notre quotidien: le Code civil, le Code de la route, etc. Prenons l'exemple de ce dernier. Même si le Dr Untel a une voiture très puissante, il doit respecter les limites de vitesse ainsi que les feux de circulation pour protéger sa santé et celle des autres. De même le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel vise à créer un environnement sécuritaire et favorable à l'allaitement. Il met des balises comme tous les autres codes (voir un bref résumé dans le tableau).

Comme son nom l'indique, c'est un code qui s'adresse aux commerçants et aux professionnels de la santé, non pas aux mères et aux bébés. Il ne met pas de pression sur les parents (car ils sont vulnérables) mais plutôt sur les professionnels de la santé, les gouvernements et les compagnies. Il demande aux médecins, entre autres, de promouvoir l'allaitement comme LA norme et de fournir le cas échéant, des conseils justes et scientifiques, libres de biais commerciaux concernant l'alimentation du jeune enfant. Il nous incite à ne pas devenir des agents de commerce, même à notre insu et à ne pas remettre d'échantillons aux parents. Mais que faire lorsque ceux-ci n'en ont plus

pour leur nourrisson à la fin du mois? Référons-les à une banque alimentaire ou au CLSC. Si la mère n'a plus de préparations pour le tout-petit, il est fort probable qu'un enfant plus vieux dans la famille n'a pas plus d'aliments sains à se mettre sous la dent. Ce n'est pas en donnant une ou deux boîtes de lait à la mère que nous changerons vraiment son sort. Les banques alimentaires ou le CLSC, notamment, pourront aider toute la famille et trouver des solutions à long terme aux problèmes qu'elle vit.

Vous connaissez le lait maternisé? Le lait de vache est le lait de la mère du veau. Le lait humain est le lait produit par la femme. La préparation commerciale pour nourrissons est un mélange de produits animaux, végétaux et chimiques régis par des normes strictes pour remplacer le lait humain. Ce n'est pas du lait « maternisé ». Mais d'où vient l'expression? Les compagnies ont longtemps utilisé le terme et l'ont abandonné depuis plusieurs années mais la communauté médicale et la culture populaire l'ont conservé. Le Code nous encourage à utiliser le terme de « préparations pour nourrissons » plutôt que celui de lait « humanisé ou maternisé » qui est une expression tendancieuse et fautive.

Enfin non, le Code ne vous empêche pas d'aider les mères qui n'allaitent pas, ni de parler des biberons aux mères qui allaitent. Il demande que le message de santé publique établisse clairement que l'allaitement est LA NORME LOGIQUE. Mais au niveau de la sphère privée, quand vous êtes en rencontre individuelle avec des parents, il faut soutenir TOUTES les femmes en les informant et les soutenant, quel que soit le mode d'alimentation de leur enfant.

Quand on parle d'allaitement, on parle de santé et de prévention. Nous ne sommes pas dans le champ de la maladie. Les préparations commerciales ne sont pas des médicaments. L'allaitement et le lait maternel ne peuvent pas être des compétiteurs de substituts.

Suite page 14: LE CODE

Quand des médecins négligent de promouvoir l'allaitement naturel, ils augmentent les profits des compagnies et nuisent à la santé publique. C'est le combat de la puce contre l'éléphant.

Le Code célèbre ses 25 ans cette année. C'est d'ailleurs le thème de la Semaine mondiale de l'allaitement qui a eu lieu du 30 septembre au 7 octobre dernier.

Résumé succinct du Code

Approuvé par 118 États membres (dont le Canada) à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1981, le Code fut adopté pour protéger l'allaitement. Les pratiques commerciales des compagnies de produits alimentaires destinés aux enfants doivent suivre ces recommandations minimales. Les produits touchés par le Code sont les préparations commerciales pour nourrissons, les aliments complémentaires s'ils sont commercialisés pour des enfants de moins de 6 mois, les biberons et les sucres.

1. Promouvoir l'allaitement auprès du grand public et éviter la « promotion » de préparations commerciales, sucres ou biberons.
2. Ne pas remettre d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Éviter la promotion de ces produits dans le système de soins de santé - pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits.
4. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
5. Les fabricants et distributeurs doivent fournir aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
6. Tous les produits doivent être de bonne qualité, la date limite doit être indiquée, des termes comme « humanisé » ou « maternisé » ne sont pas admis.
7. Pour éviter les conflits d'intérêt, les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne devraient pas recevoir de soutien financier des compagnies de produits alimentaires infantiles.

ACCOUCHE!

Au pays, 24 % des accouchements en 2002-2003 se sont terminés par une césarienne, une augmentation de 7 % en l'espace de 10 ans. Au Québec, le taux est de 21 %. Ces données sont tirées d'une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur les coûts reliés à la naissance. Rendue publique cette semaine, elle rappelle qu'une césarienne coûte 60 % de plus qu'un accouchement vaginal au système de santé.

Cela dit, ce n'est pas tant pour des motifs financiers qu'il faut freiner et diminuer le recours à la césarienne, c'est avant tout pour le bien-être des femmes et des bébés. Donner naissance ne devrait pas être un acte hyper-médicalisé. C'est un acte on ne peut plus naturel que les femmes doivent se réapproprier.

Il va sans dire qu'il y a des conditions médicales qui imposent le recours à une césarienne: l'augmentation des naissances multiples (jumeaux, triplés, etc.) liés aux traitements de fertilité; le surplus de poids des mères qui accouchent donc de plus gros bébés, ainsi que des motifs psychologiques sérieux, (peur de l'accouchement à la suite d'un traumatisme, etc.).

Il y a ensuite des conditions à améliorer: au Canada, les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) ainsi que les accouchements par le siège se terminent invariablement par une césarienne. Or, il a été démontré qu'une femme qui a accouché une première fois par césarienne peut très bien accoucher par voie vaginale par la suite. Il est également possible d'accoucher d'un bébé par le siège sans césarienne. Mais les jeunes médecins ne sont plus formés pour le faire.

Enfin, il y a des raisons beaucoup moins nettes qui poussent les femmes à demander une césarienne: l'impression que cela sera plus facile, que la naissance n'abîmera pas le corps, que cela permettra de choisir le moment d'accoucher, etc. Ces demandes, qui sont presque toujours rejetées par les médecins, relèvent d'un grand manque d'information et de préparation.

Remettons les pendules à l'heure: la césarienne est une intervention majeure pratiquée sous anesthésie. Les impacts physiques psychologiques sont importants et peuvent avoir des effets sur le développement du bébé.

Sans retourner à l'époque où les femmes accouchaient dans la douleur, il serait temps de revoir les conditions dans lesquelles les femmes donnent naissance au Québec. En commençant par les cours de préparation à la naissance, qui sont de qualité inégale selon la personne ou l'organisme qui les donne.

Les craintes des femmes sont tout à fait naturelles. Elles seraient drôlement atténuées si on investissait dans l'accompagnement systématique des futurs parents, en particulier des mères, afin qu'elles puissent démythifier l'accouchement et se préparer à vivre ce moment comme une expérience positive et non comme une épreuve physique traumatisante.

C'est là que les sages-femmes peuvent jouer un rôle extraordinaire. L'approche qu'elles mettent de l'avant ne devrait pas être réservée aux maisons de naissance et aux femmes déterminées à accoucher à domicile. C'est une philosophie qui doit infiltrer tous les services d'obstétrique afin de redonner aux femmes le temps de bien vivre leur grossesse et leur accouchement. Le recours à la césarienne est une décision médicale, pas un droit, encore moins un choix personnel. Par contre, le droit d'accoucher dans les meilleures conditions possibles existe. Aux femmes de le revendiquer.

Nathalie Collard

La Presse, samedi 29 avril 2006, cahier A page 27

Donner naissance naturellement, **DANS LE CALME**

AVEC UN MINIMUM D'INCONFORT c'est possible.

En tant que médecin de famille faisant des suivis de grossesse et des accouchements (plus de 2350 en 15 ans), je suis passionnée par la vie et la naissance plus particulièrement. J'ai choisi de pratiquer en solo, ce qui me donne le privilège d'assister à près de 90 % des accouchements des patientes que je vois à mon cabinet. On pourrait affirmer que je suis une espèce en voie de disparition.

Plusieurs de mes patientes viennent de très loin pour leur visite médicale et leur accouchement car elles désirent vivre une naissance qui soit la plus naturelle possible et le centre hospitalier où je travaille applique une philosophie qui correspond à la leur. Ainsi, plusieurs couples, après mûre réflexion, ont choisi d'aborder la préparation de la naissance de leur bébé d'une façon qui soit plus en accord avec la nature. Dans une société où la place occupée par les médicaments et les solutions rapides est de plus en plus prépondérante, cette approche doit être considérée comme noble et sage. Leur choix se veut un reflet de leur préoccupation de ne pas exposer inutilement leur bébé à des agents chimiques ou à des interventions inutiles.

Même si j'ai toujours admiré la tolérance à la douleur démontrée par mes patientes et leur conjoint, je n'ai pu m'empêcher de me questionner. Y a-t-il un moyen plus simple? Existe-t-il une manière plus facile de traverser ceci? Existe-t-il un outil que nous avons omis de considérer et qui pourrait les aider à vivre une naissance naturelle et agréable? La réponse m'est venue rapidement: L'HYPNOSE.

Après tout, ce n'est pas tous les jours que l'on rencontre une méthode 100 % naturelle, sécuritaire et dont l'efficacité pour apporter une meilleure santé physique, mentale et spirituelle a été démontrée. J'ai obtenu ma certification en hypnothérapie en 2004 avec l'*Omni Hypnosis*

Training Center et j'ai complété une deuxième certification en 2005 par l'*American Alliance of Hypnotists*. J'ai ensuite suivi de nombreuses formations en hypnose pour la naissance.

Étant occupée par plus de 200 accouchements par année, j'ai offert à mes patientes qu'elles suivent avec leur conjoint des cours de formation en hypnose pour la naissance à l'une de ces écoles. Force a été de constater rapidement qu'elles n'obtenaient pas le degré d'anesthésie ni de confort durant leur accouchement qui leur avait été promis par ces programmes. Je leur ai donc offert des séances privées d'hypnose afin de leur enseigner les éléments qui manquaient à la préparation d'un accouchement naturel à l'aide de l'hypnose.

Les résultats furent très concluants. Après tout, de nombreuses chirurgies, partout dans le monde, ont été effectuées au moyen de l'hypnose comme unique agent anesthésiant.

La nécessité de créer mon propre programme d'hypnose pour la naissance s'est rapidement fait sentir, d'autant plus que les demandes à cet effet étaient nombreuses. Je me suis donc assise à ma table à dessin ou plutôt mon ordinateur et après plus de trois mois de travail très intensif, mon bébé a vu le jour!

Le programme d'hypnose pour la naissance Hypno-Vie © consiste en 4 rencontres de deux heures durant lesquelles un instructeur enseigne aux couples l'auto-hypnose, la façon d'atteindre une anesthésie profonde par l'hypnose, une préparation positive à l'accouchement, etc. Ces rencontres sont données par des instructeurs ayant une formation en hypnose et en obstétrique. Le programme enseigne aux futurs parents à devenir autonomes pour atteindre l'hypnose rapidement (pour être fins prêts lors du début de chaque contraction).

Il leur enseigne, en outre, de puissantes techniques afin d'obtenir le niveau d'anesthésie utilisé lors de chirurgies faites uniquement avec l'hypnose comme moyen anesthésique. De cette façon, les jeunes parents peuvent vivre un accouchement naturel, calme et avec un minimum d'inconfort. Étant donné l'état de profonde relaxation physique et mentale de la mère, il arrive fréquemment que son travail s'effectue plus rapidement. Ayant ainsi acquis toutes ces techniques, les parents peuvent vivre un accouchement avec l'aide de l'hypnose même si le personnel qui les accompagne n'a pas de formation en hypnose. Je dois avouer qu'il m'arrive encore d'être épatée par l'aisance et la rapidité avec lesquelles ces mères donnent naissance.

Rassurez-vous: la mère n'est pas un « zombie » et se souvient de son accouchement comme l'un des plus beaux jours de sa vie car le niveau d'inconfort a été minimisé. De plus, les jeunes couples retirent de leur cours Hypno-Vie® un outil qui leur servira toute leur vie: la clé qui leur ouvre la puissance de leur propre esprit.

Nathalie Fiset M.D., H.C.

P.S.: Je compte publier un article sous peu traitant de l'utilisation de l'auto-hypnose lors de l'accouchement. Je peux déjà affirmer que sur 200 patientes qui ont accouché en utilisant les techniques d'hypnose, nous avons eu un taux de césarienne d'environ 4 %.

Nathalie Fiset est médecin de famille au centre hospitalier Anna Laberge. Elle est hypnothérapeute certifiée. Vous pouvez consulter ses sites Web www.hypno-vie.com et www.parfaiteharmonie.com. Le programme d'hypnose pour la naissance Hypno-Vie a officiellement été lancé en octobre 2005 et compte déjà plus de 50 instructeurs au Canada et aux États-Unis. De nombreuses personnes à travers le monde se sont procuré l'ensemble d'étude à domicile Hypno-Vie.

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*

Aide à la rédaction

Dr Suzanne Dionne
Dr Nathalie Fiset
Dr Claude-A. Fortin
Dr Philippe Y. Laberge

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

La 2^e FMC du Québec en obstétrique : De la préconception au post-partum Du 16 et 17 novembre 2006

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

SITE DE LA CONFÉRENCE

Hôtel Omni Mont-Royal

1050, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H3A 2R6

- Réservations : (514) 284-1110 ou (800) 843-6664
- Tarif spécial SOGC : 155.00 \$ par nuitée occupation simple/
double ** Nota : pour avoir droit au tarif spécial, mentionnez
simplement que vous participez à la conférence de la SOGC. **

**Tous peuvent s'inscrire en tout temps : veuillez communiquer
avec Joanne Brown au 613 730-4192, poste 225**

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter
notre site web www.sogc.org.



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

780 promenade Echo Drive, Ottawa, Ontario K1S 5R7
Tel/Tél. : 1 800 561-2416 or/ou (613) 730-4192
Fax/Télé. : (613) 730-4314 www.sogc.org

