

En avant toute!

Timothy Rowe, MB BS, FRCSC

Rédacteur en chef

Après avoir connu une introduction par effraction, le bureau de la rédaction du JOGC a récemment dû surmonter une autre épreuve : déménager d'un hôpital général de soins tertiaires à un hôpital pour femmes de soins tertiaires. Nous n'avons donc pas seulement changé de lieu, mais également de milieu de travail.

Bien que nous ayons eu un an pour planifier ce déménagement, nous avons tout de même dû faire face aux immanquables imprévus. Que vous puissiez lire le présent numéro en ce moment, cela tient presque du miracle; toutefois, nous ne disposons maintenant plus d'excuses pour expliquer notre manque de disponibilité ou la lenteur de nos réponses. Les lecteurs perspicaces remarqueront sans doute les modifications que nous avons apportées au bloc-générique du JOGC et, particulièrement, à nos numéros de téléphone. Nous aurions aimé obtenir un numéro du genre « 1-800-NEW-JOGC », mais nous n'y sommes malheureusement pas parvenus. Les numéros de téléphone accrocheurs font désormais figure de « pierres précieuses » : ils font l'objet de convoitise et de marchandage. Nous nous rangions bel et bien du côté des convoiteurs, mais nous n'étions pas disposés à sacrifier nos précieuses ressources à des efforts de marchandage. Ainsi, nous n'avons d'autre choix que de travailler à la mémorisation de nos nouveaux numéros de téléphone; cependant, nos adresses courriels demeurent les mêmes et nous vous invitons d'ailleurs plus que jamais à communiquer avec nous de cette façon. En bout de ligne, ce déménagement nous permettra, nous l'espérons, d'améliorer le fonctionnement du JOGC grâce au caractère plus pratique de nos nouveaux locaux.

Seul le temps nous permettra de constater si ce déménagement entraînera les améliorations souhaitées. Pour le moment, les différences entre le fait de travailler au sein d'un hôpital pour femmes et le fait de travailler au sein d'un hôpital général se limitent aux quelques observations suivantes :

1. Les corridors sont beaucoup plus peuplés et j'ai l'impression que certaines réunions se déroulent en fait dans les corridors, plutôt que dans les salles prévues à cet effet. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de devoir me faufiler entre des groupes d'employés menant des discussions houleuses, alors qu'à l'hôpital général les corridors étaient toujours vides.
2. Bien que l'hôpital pour femmes soit plus petit que l'hôpital général, nous disposons de pas moins de quatre bistrotts (représentant les trois chaînes nationales); l'énorme hôpital général n'en comptait que deux. Pour paraphraser Bette Midler : il semble y avoir du café partout, mais tout reste au ralenti.
3. On aurait cru que les services TI de l'hôpital général avaient été externalisés, tant l'aide que nous recevions était anonyme. Toutefois, à l'hôpital pour femmes, les services TI semblent reposer sur les épaules de trois employés (dont au moins un du nom de Jeff... ou partagent-ils tous le même prénom?) qui promettent des services et qui, chose surprenante, livrent la marchandise presque à tout coup.
4. À l'hôpital pour femmes, les visiteurs sont orientés vers les diverses cliniques et unités au moyen d'une multitude d'écriteaux, tant faits à la main que de façon professionnelle. À l'hôpital général, les écriteaux étaient plutôt austères, uniformes et (selon moi) rébarbatifs. Bien sûr, nous ne savons pas encore laquelle de ces deux façons de faire réussit le mieux à diriger les gens là où ils doivent se rendre.

Notre nouveau milieu de travail est visiblement plus jeune, puisque nous sommes entourés de femmes en âge de procréer et d'enfants fréquentant l'hôpital pour enfants. L'atmosphère de l'hôpital pour femmes a tendance à être joyeuse; toutefois, en raison des 8 000 accouchements qui s'y déroulent annuellement, la présence de certains enfants très malades rend l'atmosphère de l'hôpital pour enfants inévitablement poignante. Les battements qui annoncent fréquemment l'arrivée ou le départ d'un hélicoptère nous rappellent également que cet établissement, malgré son orientation clinique plus pointue que celle de l'hôpital général, est bel et bien un centre régional tertiaire et quaternaire, et

ÉDITORIAL

que nous opérons au sein d'un vaste pays. Au Canada, l'offre des meilleurs soins possibles est largement tributaire du transport, tel que l'illustre l'article des docteurs Louai Jony et Tom Baskett dans le présent numéro. Leur analyse des raisons qui font en sorte que certaines femmes enceintes nécessitent un transport aérien d'urgence indique que près des deux tiers de ces femmes faisaient face à un possible accouchement précoce. Ils en viennent donc à la conclusion que l'élaboration de meilleures méthodes d'identification des femmes qui courent un risque réel de connaître un accouchement prématuré devrait permettre de réduire le nombre de cas nécessitant de tels transports d'urgence. Cette conclusion ne devrait pas être prise à la légère; en 1995, un vol d'urgence transportant une patiente en travail s'est écrasé au large des côtes de la Colombie-Britannique. Tous les occupants de l'appareil sont décédés, y compris un jeune résident du programme de l'UCB, Jeffrey Dolph. La communauté obstétricale de la C.-B. cherche encore à se remettre de cette tragédie.

Dans un autre ordre d'idées, les docteurs Dominique Bourassa et Jocelyn Bérubé ont, dans le cadre de leur étude, constaté que les jeunes femmes souhaitant obtenir une interruption de grossesse couraient moins de risques de subir de la violence exercée par un partenaire intime que leurs aînées. Cependant, ils ont aussi constaté une hausse alarmante de la prévalence de la violence chez les femmes qui souhaitaient obtenir un avortement, par comparaison avec les femmes qui poursuivaient leur grossesse. Cet article souligne l'importance, pour les fournisseurs de soins, de

procéder activement au dépistage des femmes qui courent des risques de subir de la violence exercée par un partenaire intime ou qui en subissent déjà. À cette fin, il vous est possible de télécharger, à partir du site Web de la SOGC, une trousse d'évaluation de la violence exercée par le partenaire intime. Nous nous devons de toujours garder cette problématique à l'esprit.

Le présent numéro du JOGC comporte le deuxième volet de la série de cinq articles, rédigés par les docteurs Gregory Davies et William Herbert, axée sur la cardiopathie au cours de la grossesse. Ce mois-ci, l'article se penche sur la cardiopathie congénitale pendant la grossesse, laquelle représente environ les trois quarts des maladies cardiaques constatées pendant la grossesse, selon les estimations canadiennes. Les prochains articles de cette série examineront la cardiopathie acquise, la coronaropathie et la cardiomyopathie, ainsi que les valvules artificielles et les arythmies pendant la grossesse; d'autant plus de raisons de ne pas vous départir de vos exemplaires du JOGC! Comme toujours, ces articles seront également disponibles sur notre site Web.

Maintenant que nous sommes installés dans nos nouveaux locaux, je me dois de remercier nos collaborateurs et nos correspondants pour leur patience et leur bonne humeur pendant la transition. À partir de maintenant, nous espérons pouvoir vous offrir un service impeccable et ne plus connaître de contretemps. À tout le moins, nous ne manquerons pas de café...