

Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir

Novembre 2009

Le Collège des médecins
de famille du Canada

**Un document de travail du
Comité des soins de
maternité et de
périnatalité**

**Anne Biringer, John Maxted et
Lisa Graves**

Nous remercions les personnes
suivantes de leur collaboration :

Monica Brewer
William Ehman
Andrée Gagnon
Sharon Northorp
Larry Reynolds

Observateurs :
Elizabeth Brandeis
Kathryn Doren
Dean Leduc



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
INTRODUCTION	3
LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES SOINS PÉRINATALS	4
LES DÉFIS DANS L'ÉDUCATION ET LA FORMATION	6
LE SONDAGE.....	7
RECOMMANDATIONS	13
CONCLUSIONS.....	17
RÉFÉRENCES	18

Les soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir

INTRODUCTION

Le Sondage national des médecins 2007 (SNM) révèle que 11,1 % des médecins de famille canadiens offrent des soins périnataux¹. Dans le sondage du Projet Janus en 1997, le chiffre comparable se situait à 20 %². De plus, 2,6 % des médecins de famille qui ont dit offrir des soins périnataux en 2007 ont indiqué avoir l'intention de cesser de le faire ou de prendre leur retraite d'ici deux ans. Les variations selon la région sont importantes au chapitre de la prestation des soins périnataux, allant de 8,1 % des médecins de famille en Ontario à 31,4 % dans les territoires.

Même si un pourcentage beaucoup plus élevé de médecins de famille offrent des soins prénatals et postnatals (environ 50 % selon le SNM 2007), ce fléchissement progressif continu de la participation aux soins périnataux des médecins de famille a été interprété comme le son du glas pour les soins de maternité en médecine familiale. Par ailleurs, étant donné le nombre de patients qui ont un médecin de famille au pays, on estime qu'environ 26 % des accouchements au Canada ont été assistés par un médecin de famille en 2004-2005. (1)

La baisse du nombre de médecins de famille offrant des soins périnataux est frappante dans les grands centres urbains. Ce fléchissement a été moins prononcé dans les plus petites régions rurales et éloignées. Par contre, des baisses bien moins importantes ont un potentiel immense dans ces collectivités de nuire aux soins obstétriques et, par le fait même, aux soins médicaux généraux.

Le présent document vise à informer Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), ses membres et d'autres intervenants importants de la situation actuelle des soins de maternité en médecine familiale au pays, au chapitre de la pratique et de l'éducation et de la formation. Il présente des recommandations fondées sur les résultats d'un sondage, des ouvrages spécialisés récents et les opinions d'experts membres du Comité des soins de maternité et de périnatalité du CMFC (CSMP).

(1) Les données combinées de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada indiquent qu'en 2004-2005 (la période la plus récente pour laquelle des données fiables sont disponibles), des médecins de famille ont effectué 86 541 accouchements, dont 3 495 par césarienne. Ceci représente 25,6 % de toutes les naissances au Canada mais n'inclut pas les cas où un médecin de famille était présent pendant le travail mais c'est un obstétricien qui a procédé à l'accouchement.

LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES SOINS PÉRINATALS

Les médecins de famille dispensent des soins de maternité sûrs et efficaces. Le médecin de famille accoucheur est une ressource pour la communauté, offrant des soins complets et continus à toutes les étapes de la vie. Plusieurs études ont révélé des taux d'interventions moins élevés pour les médecins de famille que pour les obstétriciens avec des résultats équivalents ou meilleurs dans des cas comparables de patientes à faible risque³⁻⁶. Les femmes apprécient la continuité des soins offerte par les médecins de famille accoucheurs. Le sondage canadien sur les expériences de la maternité indique que 88 % des femmes qui ont eu le même médecin pendant la grossesse et à l'accouchement jugeaient cette continuité importante. Chez les femmes qui n'ont pas fait l'expérience de cette continuité de la grossesse à la naissance, 42 % ont indiqué qu'il aurait été important pour elles d'avoir le même médecin⁷. S'il est vrai que les médecins de famille ne sont pas les seuls à pouvoir offrir la continuité des soins de la période prénatale à postnatale, c'est le modèle de la pratique familiale qui confère cet avantage dans de nombreux centres ruraux et urbains. De fait, nombreux sont ceux qui préconiseraient un système national de soins de maternité axé sur la pratique familiale / les soins primaires.

« Les soins qu'ils (les sages-femmes et les omnipraticiens) peuvent donner à la majorité des femmes enceintes dont la grossesse n'est pas affectée par une maladie grave ou des complications sérieuses peuvent souvent être plus réceptifs à leurs besoins que ceux dispensés par un obstétricien spécialiste⁷. » (Traduction libre)

Des facteurs multiples et complexes expliquent les taux d'interventions en escalade et les complications qui s'ensuivent dans les soins obstétriques. Même si ces changements dans les taux d'interventions coïncident temporellement avec la baisse généralisée dans le nombre de médecins de famille qui dispensent des soins périnataux, on ne peut pas faire d'association ou de lien de cause à effet entre les deux. Au cours des dernières années, les obstétriciens et les sages-femmes (dans une moindre mesure) sont intervenus pour combler le vide laissé par les médecins de famille et fournir aux femmes canadiennes les soins dont elles ont besoin. Les problèmes de ressources humaines dans le milieu de la santé ont ainsi engendré des modèles de plus grande collaboration dans les soins de maternité qui mettent à contribution différents professionnels de la santé. Quoiqu'on soit favorable à la collaboration, chacun des fournisseurs de soins de maternité devrait aussi être reconnu pour ses connaissances et ses habiletés uniques qu'il ou elle contribue à la prestation des soins, qu'il s'agisse de répondre aux besoins et aux attentes des patientes en santé de la reproduction ou en matière de soins complets continus à toutes les étapes de la vie.

Les raisons expliquant la baisse de participation des médecins de famille aux soins de maternité périnatale sont bien documentées. Au nombre des facteurs importants figurent les préoccupations entourant leur impact sur les modes de vie personnels et professionnels, le manque de confiance ou l'inquiétude à l'endroit d'une formation adéquate, des questions entourant la suffisance des remboursements et, pour certains, des craintes de poursuites^{8,9}.

LES DÉFIS DANS L'ÉDUCATION ET LA FORMATION

Les nouveaux diplômés en médecine familiale n'ont pas comblé les lacunes dans les soins périnataux offerts par les médecins de famille. Cette réalité est non seulement inquiétante sur le plan de la disponibilité des médecins de famille qui les dispensent, mais elle pose aussi des difficultés aux professeurs qui enseignent les soins périnataux dans les programmes de formation en médecine familiale.

Les écrits sont nombreux concernant l'éducation sur les soins de maternité en médecine familiale, notamment les facteurs susceptibles de contribuer au manque d'intérêt des résidents pour les soins périnataux comme partie importante de leur pratique une fois diplômés. Les étudiants en médecine et les résidents commencent leur formation avec leurs propres systèmes de valeurs et des notions préconçues de la discipline de la médecine familiale, ainsi que des satisfactions ou des risques d'assister à une naissance. Le processus éducatif influence ces apprenants. Ils peuvent faire l'expérience d'une rareté de modèles à imiter ou de milieux hospitaliers difficiles et terminer leur programme de formation se sentant mal préparés à dispenser des soins de maternité périnataux. Godwin et ses collaborateurs ont suivi une cohorte en Ontario pendant toute leur résidence en médecine familiale et deux ans de pratique et, en bout de ligne, seulement 16 % d'entre eux procédaient à des accouchements¹⁰. Selon le SNM 2007 auprès des résidents en deuxième année de médecine familiale, 42,2 % ont l'intention de fournir des soins obstétricaux. Malheureusement, le sondage ne faisait pas la distinction entre les soins périnataux et les soins prénatals et postnatals, mais 23,4 % d'entre eux ont aussi mentionné qu'ils avaient l'intention d'inclure les accouchements assistés par ventouses dans leur pratique future. Ce dernier pourcentage peut être interprété comme un indice « par approximation » de l'intention des résidents en médecine familiale de fournir des soins de maternité à faible risque. Le même sondage révélait que 59,6 % des résidents en pratique familiale estimaient qu'ils étaient adéquatement formés en soins obstétriques et que 25,2 % et 22,2 % se sentaient bien formés pour procéder, respectivement, à des accouchements par ventouses et à l'extraction manuelle du placenta¹.

En 2006, le CMFC publiait un document de travail intitulé : « Une approche à la formation en soins de maternité pour les résidents canadiens en médecine familiale »¹¹. Les recommandations, fondées sur l'interprétation par le CSMP des ouvrages spécialisés et les opinions d'experts, portaient sur les possibilités d'apprentissage, les évaluations formatives et les compétences essentielles. Cependant, il semble que les programmes d'enseignement au Canada n'aient pas mis en œuvre un grand nombre des recommandations présentées dans ce document. Pourtant, les directeurs de département de médecine familiale au pays ont exprimé leurs inquiétudes à propos des tendances signalées récemment dans la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales – qui, dans certains cas, se sont détériorées¹². Ces données doivent être interprétées avec prudence; toutefois, elles ouvrent la porte à un examen des soins de maternité au Canada.

LE SONDAGE

En 2008, le CSMP a décidé de faire un suivi sur les recommandations présentées dans le document dont on vient de parler et les inquiétudes des directeurs de département en procédant à un sondage auprès des 16 facultés de médecine offrant un programme de résidence en médecine familiale (la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario n'en offrait pas au moment du sondage) pour déterminer l'ampleur de leur formation en soins de maternité et comparer la situation actuelle quant à la mise en œuvre des recommandations du document de travail.

Nous avons communiqué avec les 16 programmes de résidence en médecine familiale qui étaient opérationnels en 2008 pour leur demander de répondre à un sondage sur papier ou en ligne à propos de leurs programmes d'enseignement en soins de maternité. Tous y ont répondu après un rappel. Puisque les soins de maternité sont souvent enseignés de manière décentralisée, il a été suggéré que le directeur du programme réponde au sondage pour chacun des établissements participant à l'enseignement des soins de maternité. C'est pourquoi le nombre de réponses peut varier d'une seule par université jusqu'à un maximum de 10 dans l'une d'entre elles. Au total, nous avons des renseignements concernant 38 établissements d'enseignement des soins de maternité. Puisqu'il peut exister autant de variations entre établissements d'une même université que d'une université à l'autre, nous présentons les données de manière descriptive, ainsi que la fourchette des réponses.

a) Participation du corps professoral aux soins de maternité

En 2008, la participation aux soins périnataux des professeurs équivalents temps plein (ETP) en médecine familiale variait de 4 à 75 %. Toutefois, la plupart des établissements ont signalé une participation de 10 à 30 % des ETP. Certains établissements n'avaient qu'un ou deux ETP offrant ce service, tandis que d'autres centres en comptaient autant que 9 à 11. Il y avait des médecins communautaires au sein du corps professoral enseignant l'obstétrique en pratique familiale dans la plupart des établissements, surtout en milieu rural où il n'y avait pas d'ETP. Les statistiques étaient plus impressionnantes lorsqu'il s'agissait de la prestation de soins prénatals, mais certains centres ne comptaient que 22 % de leurs ETP qui en dispensaient, avec ou sans soins périnataux.

b) Composantes du programme d'enseignement

Le nombre de mois de formation en soins de maternité variait de 1 jusqu'à 3 à 4 et, en moyenne, il se situait à 2 mois. Les périodes de services de garde par mois allaient de 4 à 9 et l'enseignement était donné soit par des médecins de famille ou par des obstétriciens seulement dans 15 % de tous les programmes. Dans 70 % des cas, les établissements ont répondu que la formation était donnée autant par des médecins de famille que des obstétriciens. Le nombre de séances d'enseignement didactique variait de 0 à 26 durant le programme de deux ans (ce qui

peut vouloir dire entre 0 et 26 heures, la plupart se situant à environ 10 heures). Le nombre moyen d'accouchements auxquels a assisté chaque résident durant les deux ans de formation variait de 15-20 à 60-100, la plupart se situant dans la fourchette 25-30. Les résidents assuraient le suivi de 1 à 30 grossesses durant les deux ans et la majorité des programmes ont signalé entre 6 et 8. Dans ces cas longitudinaux, on estime que le résident a procédé à ses « propres » accouchements dans 2 à 80 % des cas.

Le Programme de réanimation néonatale (PRN) était obligatoire dans tous les programmes. Le cours avancé de réanimation obstétricale (ALSO) était offert dans la majorité des programmes et obligatoire dans six universités. Certains programmes exigeaient obligatoirement soit ALSO, ALARM ou MOREob; par contre, la plupart des programmes n'offraient pas ces deux derniers cours. Lorsque la participation était obligatoire, le financement des résidents pour cette formation était versé par le département de médecine familiale ou encore par l'hôpital. Tous les programmes rémunéraient leurs instructeurs ALSO. Les programmes qui n'offraient pas ALSO ont donné comme motifs les obstacles suivants : le financement, le manque d'intérêt et le manque d'instructeurs.

La forme des séances didactiques variait grandement, allant de séances formelles d'une demi-journée sur les habiletés à des séances présentées par des résidents en obstétrique en passant par des discussions fondées sur des cas. Par ailleurs, presque tous les programmes comportaient une composante d'enseignement obligatoire.

L'analyse des commentaires par écrit a révélé plus d'information concernant la grande diversité des expériences et des programmes offerts au pays. Elle a aussi mis en évidence le dévouement et la créativité des professeurs de soins de maternité en médecine familiale. Au nombre des possibilités d'expériences en soins prénatals, on peut mentionner des visites en alternance avec le personnel en médecine familiale, des affectations dans des cliniques prénatales dirigées par un médecin de famille et des cliniques externes en obstétrique. Les plus importantes difficultés mentionnées étaient le manque de précepteurs offrant des soins de maternité, les problèmes du suivi longitudinal dans les programmes qui n'étaient pas horizontaux et le volume insuffisant de patientes dans certains établissements. Il y avait des différences évidentes entre les établissements d'un même programme, tant au chapitre de la quantité que de la qualité des expériences pour les résidents.

c) Soutien aux professeurs de soins de maternité

En général, les directeurs de programme ont mentionné le dynamisme, l'enthousiasme et le dévouement du corps professoral parmi les plus grandes forces de leur programme. Ils ont insisté sur l'importance de modèles de médecins de famille à imiter, d'un volume important de cas en soins périnataux et prénatals et d'avoir l'objectif que TOUS les résidents en médecine familiale aient les habiletés voulues pour faire un accouchement de manière à ce qu'on « forme une nouvelle génération de fournisseurs de soins obstétricaux en médecine familiale ».

Les directeurs de programme ont identifié le maintien de l'intérêt des médecins de famille pour les soins périnataux et le recrutement de professeurs qui dispensent des soins périnataux comme étant leurs plus gros défis. Au nombre des autres difficultés figurait aussi le nombre suffisant de patientes enceintes pour que les résidents participent activement à assez de naissances pour prendre confiance et acquérir la compétence. Cette réalité était à la fois présente dans l'enseignement en médecine familiale et en obstétrique et elle se compliquait davantage en raison du nombre accru de résidents dans chaque programme qui avait le potentiel de « diluer » leur expérience. Le troisième défi important se situait dans le manque d'intérêt des résidents et la difficulté de faire en sorte que les résidents assistent à l'accouchement de leurs « propres » patientes. Plusieurs établissements d'enseignement dans la communauté ont mentionné que le manque d'infirmières nuisait à la capacité de leur programme d'offrir des soins de maternité et de les enseigner.

Tableau 1: Incitatifs spéciaux pour les professeurs qui offrent des services périnataux

Aucun
Honoraires pour les services de soins de maternité
Prime horaire
Déboursement des frais d'inscription à ALSO, MOREob, etc.
Stationnement gratuit pendant les accouchements
Financement du service de garde (provincial)
Moins de services de garde en médecine familiale générale

Nous avons demandé si on offrait des incitatifs particuliers aux professeurs qui dispensent des soins périnataux. Les réponses variaient d'aucun incitatif au paiement des frais de participation à MOREob, en passant par l'autorisation donnée aux professeurs de garder les honoraires pour les services périnataux, des primes d'enseignement, des congés « compensatoires », le financement du service de garde à l'hôpital (SGH) et le stationnement payé lors d'un accouchement (**Tableau 1**).

Nous avons aussi demandé aux directeurs de programme d'évaluer l'appui aux soins de maternité en médecine familiale accordé par les résidents, les collègues, les directeurs de département, les hôpitaux et les autres membres de l'équipe de soins de maternité sur une échelle de médiocre à excellent. En général, l'appui manifesté par les médecins de famille était de bon à excellent; cependant, les cotes variaient grandement selon l'établissement. Fait inquiétant, l'appui de la part des collègues était coté de médiocre à passable dans sept programmes. Le soutien par l'hôpital était qualifié de médiocre ou passable par neuf programmes, tandis que les directeurs de quatre programmes estimaient que l'appui des soins infirmiers était passable. Par ailleurs, ce qui préoccupe le plus, c'est que les directeurs de 13 programmes estimaient que les résidents en médecine familiale accordaient seulement un appui passable ou médiocre aux soins de maternité (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Appui aux soins de maternité en médecine familiale dans 38 établissements

	Passable ou médiocre n (%)	Bon ou excellent n (%)
Résidents	13 (34 %)	25 (66 %)
Collègues	7 (18 %)	31 (82 %)
Directeurs de départ.	2 (5 %)	36 (95 %)
Hôpital	10 (26 %)	28 (74 %)
Obstétriciens	5 (13 %)	33 (87 %)
Infirmières	4 (11 %)	34 (89 %)

DISCUSSION DES RÉSULTATS DU SONDAGE

Même si la plupart des directeurs de programme ont signalé un bon appui ou un appui excellent aux soins de maternité en médecine familiale, il est évident que de nombreux établissements sont aux prises avec des problèmes. Notre sondage a révélé que quelques programmes ne se conformaient pas aux recommandations sur la formation des résidents en médecine familiale dans le domaine des soins de maternité, telles que présentées dans le document de travail du CSMP. Dans six programmes, seuls des obstétriciens donnaient la formation. Les résidents dans cinq établissements participaient à moins de 30 naissances durant leur formation et neuf établissements ont mentionné moins de 6 cas de « continuité » dans lesquels les résidents participent aux soins prénatals. Dans douze des 26 établissements qui comptent des ETP, il y avait trois ETP ou moins qui dispensaient des soins périnatals. Il est évident que ces professeurs sont aux prises avec tout un défi, puisqu'on doit probablement trop se fier à eux pour superviser les soins de maternité et qu'ils doivent avoir de la difficulté à établir un système de service de garde compatible avec leur mode de vie personnel. Un nombre plus grand encore d'établissements ont indiqué que les résidents n'accordaient aucun appui. Nous savons, selon le projet « Babies Can't Wait » en Ontario, que le milieu de travail et de l'accouchement peut se révéler « hostile » pour les apprenants qui ressentent la concurrence pour acquérir de l'expérience clinique et une hiérarchie dans la salle de travail et d'accouchement¹³.

Ce sondage comporte des limites, notamment le fait que les estimés de la participation clinique aux accouchements ont été donnés par les directeurs de programme, plutôt que par les résidents ou en fonction d'un registre. Le sondage était un questionnaire difficile à compléter et certains établissements ont signalé un nombre inhabituel de professeurs, tant des ETP que dans la communauté. La volonté de se conformer aux normes minimales du CMFC pourrait aussi avoir influencé certaines des réponses. Par contre, les renseignements recueillis sont importants et seront utiles dans la détermination des prochaines étapes.

Depuis longtemps, les médecins de famille « accoucheurs » et les professeurs délibèrent pour trouver des façons de renverser la tendance à s'éloigner des soins de maternité en médecine familiale. Certaines données probantes indiquent que des changements dans le programme d'enseignement postdoctoral des soins de maternité peuvent réussir à faire augmenter le nombre de diplômés qui en dispensent. Helton et ses collaborateurs ont été en mesure d'augmenter le nombre de résidents diplômés qui incluent les soins pendant la grossesse durant la première année de pratique après leur diplôme, d'une proportion de 27,5 % à 52 % à la suite d'une restructuration complète de leur programme¹⁴. Ils ont changé leur programme en s'inspirant des « caractéristiques essentielles » de Taylor et Hansen pour une formation efficace en obstétrique durant la résidence en pratique familiale¹⁵. Ces caractéristiques ont été définies par un collège de 28 experts en soins de maternité en médecine familiale selon la méthode Delphi. Les plus importantes caractéristiques sont celles du *corps professoral en médecine familiale* et du *service d'enseignement*. Parmi les autres caractéristiques essentielles, on peut mentionner une *quantité suffisante de formation en obstétrique*, le *respect mutuel entre les professeurs et les résidents en obstétrique et en médecine familiale*, l'*appui à la pratique des*

soins de maternité en médecine familiale par les obstétriciens, l'administration et le personnel infirmier et l'acceptation des médecins de famille comme dispensateurs de soins de maternité par la collectivité. Helton et ses collègues ont aussi rendu obligatoires le programme ALSO et le PRN pour tous les résidents et professeurs dans leur curriculum restructuré sur les soins durant la grossesse.

En 1997, la Residency Review Commission aux États-Unis a stipulé que tous les programmes de résidence en médecine familiale devaient compter au moins un médecin de famille agissant comme médecin traitant en soins périnataux pour les accouchements effectués par les résidents¹⁶. Pour de nombreux programmes, cette exigence signifiait de ressusciter un modèle de soins de maternité en pratique familiale depuis des décennies en dormance. Cinq ans plus tard, Ratliff et ses collègues ont mené un sondage auprès de tous les directeurs de programme de résidence en pratique familiale, s'inspirant de celui de Sakornbut et Dickinson en 1993, qui demandait aux directeurs de programme de pratique familiale de décrire les caractéristiques du programme associées à la décision des résidents d'inclure les soins de maternité dans leur future pratique¹⁷. En comparaison de l'étude de 1993, les directeurs de programme ont signalé une augmentation de 16 % dans le nombre de résidents diplômés choisissant de pratiquer l'obstétrique. Le fait d'avoir au moins un professeur à temps plein faisant des accouchements comptait parmi les facteurs qui ont augmenté la probabilité de cette inclusion; par ailleurs, avoir quatre professeurs à temps plein ou plus faisant des accouchements, des professeurs à temps partiel dispensant des soins périnataux (c.-à-d. divers modèles à imiter) et compter plus de 10 naissances par mois au centre de pratique familiale étaient encore plus fortement associés à la probabilité que les résidents pratiquent l'obstétrique¹⁶.

On s'entend pour dire que l'exposition aux soins de maternité devrait commencer tôt. Westra et ses collègues ont élaboré un programme d'enseignement conçu pour exposer les étudiants en première année de médecine à une expérience longitudinale des soins prénatals et de l'accouchement par des médecins de famille¹⁸. Les étudiants qui avaient été choisis au hasard pour participer au programme ont dit dans une plus grande proportion qu'il était probable qu'ils incluent les accouchements dans leur pratique future. Il ne s'agissait pas là de l'expression d'une intention plus probable de choisir l'obstétrique et la gynécologie comme carrière.

De fait, la médecine familiale peut examiner les ouvrages portant sur l'obstétrique et la gynécologie pour y trouver de multiples moyens dont se sont servis les obstétriciens et les gynécologues pour tenter de rehausser leur récent manque de popularité auprès des étudiants en médecine. Ils ont surtout insisté sur l'amélioration de l'expérience en stages et sur « une incitation précoce des étudiants à s'intéresser à la discipline », grâce à des groupes d'intérêts, des programmes de mentorat et au soutien d'organisations comme l'ACOG et la SOGC. De fait, les programmes de résidence en obstétrique et gynécologie au Canada sont complètement remplis depuis quelques années – une manifestation concrète du fruit des efforts de leurs organisations professionnelles.

RECOMMANDATIONS

1. Le CMFC, mettant à contribution l'expertise de son Comité de l'agrément, devrait réexaminer la pertinence des exigences actuelles dans les programmes de résidence en médecine familiale concernant les soins de maternité.

Cet élément est essentiel à la viabilité de l'obstétrique en médecine familiale et, peut-être, la question la plus importante cernée dans cette étude. Cet examen ouvre la voie à une gamme de possibilités, allant du renforcement des normes actuelles dans les programmes postdoctoraux de deux ans en médecine familiale jusqu'à la création d'un programme de troisième année de perfectionnement, donnant droit à une désignation universitaire spéciale dans toutes les facultés de médecine canadiennes. Une fois cette démarche acceptée, il faudra alors prendre d'autres mesures pour renforcer les exigences appropriées imposées dans la formation en soins de maternité en médecine familiale dans tous les programmes au pays – plutôt que de déterminer les normes en fonction des possibilités d'apprentissage disponibles localement (ou de l'absence de telles possibilités).

2. Il faudrait offrir des possibilités de perfectionnement des habiletés en soins de maternité après la résidence.

Même si le CSMP préférerait que tous les résidents en médecine familiale terminent leur formation ayant acquis les habiletés nécessaires pour prodiguer de manière autonome des soins périnataux, il est évident, selon ce sondage auprès des programmes de résidence, que ce n'est pas le cas dans la réalité. Il faudrait offrir des possibilités de formation additionnelle pour renforcer les habiletés des résidents qui souhaitent se sentir plus confiants à dispenser des soins périnataux et pour perfectionner les habiletés des résidents qui prévoient exercer dans des milieux disposant d'un moins grand soutien. On pourrait envisager un programme de troisième année en soins de maternité et de périnatalité. Ceci exigerait probablement la formation d'un groupe de travail se rapportant au Comité de direction et au Conseil d'administration du CMFC, composé de membres du CSMP et de la Section des enseignants.

3. Tous les programmes de résidence en médecine familiale devraient avoir des directeurs de programme de soins de maternité et des coordonnateurs dans les établissements.

Tous les programmes de médecine familiale devraient avoir un coordonnateur des soins de maternité. De plus, chaque établissement d'enseignement devrait compter un médecin de famille qui participe aux soins de maternité afin d'assurer des liens appropriés entre le directeur de la formation postdoctorale du département universitaire de médecine familiale, l'hôpital local et les collègues obstétriciens.

4. Tous les résidents doivent avoir une expérience éducative suffisante pour atteindre la maîtrise des habiletés en soins de maternité de base. Le programme d'enseignement devrait se fonder sur les compétences essentielles.

Le nombre de naissances nécessaires pour atteindre la compétence ne fait pas l'unanimité. Par ailleurs, l'étude de Godwin indique que l'exécution de 40 accouchements durant la formation comptait au nombre des facteurs associés à la probabilité de dispenser des soins périnataux dans la pratique¹⁰. Il est intéressant de constater que le fait de suivre longitudinalement un minimum de six femmes n'a pas influencé les décisions des résidents. Taylor et Hanson ont proposé que le nombre idéal pour la formation se situe à 100 naissances durant la résidence et, de ce nombre, que de 20 à 30 soient des accouchements de patientes suivies en continu¹⁵. La plupart des praticiens estiment avoir atteint leur compétence après 50 à 100 naissances; donc, la ligne directrice actuelle de 25 accouchements dans le document de travail du CSMP est conservatrice.

Un programme d'enseignement fondé sur les compétences assurera que tous les résidents diplômés après une formation en médecine familiale auront un ensemble prévisible d'habiletés, qu'importe le niveau où ils ont commencé. Les compétences essentielles en soins de maternité devraient inclure (sans s'y limiter) les soins prénatals, le déroulement normal du travail et de l'accouchement, ainsi que la prise en charge de problèmes périnataux communs et des soins postnatals de base (voir le document de travail antérieur du CSMP). Malheureusement, de nombreux résidents en médecine familiale commencent à pratiquer sans jamais avoir fait d'accouchement par voie vaginale.

5. Il faudrait rendre obligatoire le cours ALSO ou un autre cours en urgences obstétricales dans la formation de tous les résidents en médecine familiale.

Ces cours structurés répondent aux inquiétudes exprimées par les résidents en médecine familiale diplômés à l'effet que leur manque de formation en urgences obstétricales est la raison pour laquelle ils n'offrent pas de soins périnataux¹⁹. Bower et ses collègues ont pu démontrer une hausse importante de la confiance que ressentent les résidents à prendre en charge des urgences obstétricales après avoir suivi le cours ALSO²⁰. Par ailleurs, ils n'ont pas observé de changements significatifs dans leur intention d'offrir des soins de maternité au moment de commencer à exercer.

Le curriculum actuel du CMFC exige que tous les résidents suivent le PRN et le cours de technique spécialisée de réanimation cardiorespiratoire, quelles que soient leurs aspirations de pratique. Pourtant, à l'heure actuelle, seulement six programmes universitaires exigent ALSO dans la formation postdoctorale. Cette formation est donnée de façon différente selon les établissements : sous la forme traditionnelle de deux jours ou en segments d'une demi-journée présentés à divers moments durant le programme universitaire.

6. Les résidents doivent avoir accès à des médecins de famille accoucheurs servant de modèles à imiter dans leurs unités d'enseignement.

Il n'est pas acceptable d'utiliser des professeurs de l'extérieur pour enseigner les soins de maternité. Les universités et les unités d'enseignement doivent concerter leurs efforts pour

recruter, former, appuyer et rétribuer des médecins de famille professeurs en soins de maternité. Un plus grand nombre de modèles à imiter n'est pas seulement associé à une plus importante inclusion par les résidents des soins de maternité dans leur pratique, c'est aussi une façon d'assurer un bon soutien au corps professoral par un groupe assez nombreux de pairs permettant de bien gérer les questions entourant le mode de vie. Les professeurs doivent faire la démonstration de différents modèles de soins de maternité qui sont viables et partager les joies de la naissance avec les résidents en médecine familiale.

7. Il faut rétribuer de manière adéquate les professeurs de soins de maternité en médecine familiale.

On trouve dans le **Tableau 1** des façons novatrices de rétribuer les médecins de famille accoucheurs. Cependant, toutes les récompenses ne sont pas ou ne devraient pas être de nature financière. Il faut prendre en considération le temps additionnel en service de garde effectué par les médecins qui dispensent des soins périnataux par rapport à leurs collègues. De plus, les chefs et directeurs d'unité doivent reconnaître et rétribuer l'enseignement donné lors du suivi du travail, de l'assistance à l'accouchement et de la suture du périnée. Cet enseignement presque « invisible » n'est pas souvent remarqué et, pourtant, il est la cible des plaintes des résidents quand cet enseignement n'est pas bien fait.

8. Il faudrait enseigner aux résidents en médecine familiale dans un environnement clinique favorable au médecin de famille accoucheur.

Dans notre sondage auprès des programmes d'enseignement, 26 % d'entre eux ont répondu que l'appui des hôpitaux aux soins de maternité en médecine familiale était médiocre ou passable. Les résidents en médecine familiale ne devraient pas être obligés de passer du temps dans des milieux de soins de maternité qui ne sont pas favorables à la médecine familiale. Leur expérience durant la formation a le pouvoir de présenter aux résidents les joies et les satisfactions de la naissance ou encore d'éliminer les soins de maternité comme une option de carrière. Dans l'étude « Babies Can't Wait », les résidents en médecine familiale, en particulier, ont identifié le manque de médecins de famille agissant comme modèles à imiter, la rudesse générale du milieu et une hiérarchie chez les apprenants qui nuit à leur capacité d'avoir accès aux expériences cliniques dont ils ont besoin pour prendre confiance et atteindre la compétence. Ils trouvent que les infirmières jouent un rôle central dans leur expérience éducative.

Il est essentiel de déployer tous les efforts possibles pour transformer le milieu de l'apprentissage clinique en un environnement qui appuie tous les apprenants. Si ce n'est pas possible, les programmes devraient alors envisager d'autres options pour les stages de base en soins de maternité qui sont favorables aux résidents en médecine familiale et n'influencent pas négativement les apprenants qui n'ont pas encore décidé s'ils incluront les soins périnataux dans leur pratique clinique future.

9. Les programmes de médecine familiale devraient faciliter l'exposition au travail et à la naissance au niveau prédoctoral.

Le corps professoral en médecine familiale devrait s'associer à leurs collègues obstétriciens et sages-femmes pour assurer que les étudiants en médecine au niveau prédoctoral ont l'occasion de participer aux naissances. Plus précisément, ces étudiants devraient être exposés au rôle qu'exercent les médecins de famille en soins de maternité. Les médecins de famille peuvent aussi participer à l'enseignement en laboratoire des modèles pelviens, à des activités de formation interprofessionnelle et aux groupes d'intérêts en médecine familiale coordonnés par le CMFC.

10. Les programmes d'enseignement en médecine familiale devraient offrir du perfectionnement professoral en soins de maternité.

Les jeunes professeurs ont besoin de mentorat de la part des professeurs seniors ayant une expertise spéciale. Il est essentiel que les professeurs se sentent à l'aise avec leurs propres habiletés avant d'être appelés à faire du mentorat et de l'enseignement auprès des résidents. Des cours comme ALSO et d'autres cours en urgences obstétricales sont nécessaires pour le maintien constant des compétences et devraient être appuyés par le département de médecine familiale. Il serait possible de créer une « trousse à outils » qui élucide les diverses composantes de différents modèles d'enseignement, comme la gestion des conclusions de séances et de l'agencement des cas.

CONCLUSIONS

Ce document procure aux dirigeants en médecine familiale un point de départ pour participer à une discussion et à une étude des soins de maternité en médecine familiale sur le plan national. Le CSMP recommande la création d'un groupe de travail chargé d'améliorer les programmes existants et de renforcer l'enseignement et la pratique de tous les aspects des soins de maternité en médecine familiale en se fondant sur les recommandations ci-dessus. Le Comité des soins de maternité et de périnatalité s'engage à participer à cet exercice.

RÉFÉRENCES

Liste de références

1. Collège des médecins de famille du Canada. Sondage national des médecins 2007. http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/2007results-f.asp. 2007.
Type de réf. : Citation électronique
2. Collège des médecins de famille du Canada. Sondage national des médecins 2004. http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2004_Survey/2004nps-f.asp. 2004.
Type de réf. : Citation électronique
3. Klein M, I Lloyd, C Redman, M Bull et AC Turnbull. A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care: shared-care (consultant) and integrated general practice unit. I. Obstetrical procedures and neonatal outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90(2):118-122.
4. Klein M, I Lloyd, C Redman, M Bull et AC Turnbull. A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care: shared-care (consultant) and integrated general practice unit. II. Labour and delivery management and neonatal outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90(2):123-128.
5. MacDonald SE, K Voaklander et RV Birtwhistle. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *J Fam Pract* 1993; 37(5):457-462.
6. Reid AJ, JC Carroll, J Ruderman et MA Murray MA. Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *CMAJ* 1989; 140(6):625-633.
7. Bartholomew S, M Boscoe, B Chalmers et collab. What Mothers Say: the Canadian Maternity Experiences Survey. Agence de la santé publique du Canada, rédacteur. 1-225. 2009. Ottawa.
Type de réf. : Report
8. Smith LF et JL Reynolds. Factors associated with the decision of family physicians to provide intrapartum care. *CMAJ* 1995; 152(11):1789-1797.
9. Woodward CA et W Rosser. Effect of medicolegal liability on patterns of general and family practice in Canada. *CMAJ* 1989; 141(4):291-299.
10. Godwin M, G Hodgetts, R Seguin et S MacDonald . The Ontario Family Medicine Residents Cohort Study: factors affecting residents' decisions to practise obstetrics. *CMAJ* 2002; 166(2):179-184.
11. Graves L et P. Hutten-Czapski. Une approche à la formation en soins de maternité pour les résidents canadiens en médecine familiale. Un document de travail du Comité des soins de

maternité et de périnatalité.

http://www.cfpc.ca/local/files/Programs/Patient%20Care/Maternity/MNCC_Paper_FR.pdf.
2009.

Type de réf. : Citation électronique

12. Agence de la santé publique du Canada. Canadian Perinatal Health Report, édition 2008. 1-317. 2008. Ottawa.
Type de réf. : Rapport
13. Tobin S, A Biringer et M Boutilier-Dean. A Qualitative Exploration of Learners' Experiences in maternity care education. Babies Can't Wait Project. University of Toronto. Rapport technique n° 2. 2009.
Type de réf. : Ouvrage non publié
14. Helton M, B Skinner et C Denniston. A maternal and child health curriculum for family practice residents: results of an intervention at the University of North Carolina. *Fam Med* 2003; 35(3):174-180.
15. Taylor HA et GH Hansen. Perceived characteristics of successful family practice residency maternity care training programs. *Fam Med* 1997; 29(10):709-714.
16. Ratcliffe SD, SR Newman, MB Stone, E Sakornbut, M Wolkomir et SM Thiese. Obstetric care in family practice residencies: a 5-year follow-up survey. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15(1):20-24.
17. Sakornbut EL et L Dickinson. Obstetric care in family practice residencies: a national survey. *J Am Board Fam Pract* 1993; 6(4):379-384.
18. Westra R, IV Haller, J Adams, BJ Peterson et J Pearson. Early introduction to pregnancy care and delivery for medical students. *Fam Med* 2008; 40(1):17-23.
19. Larimore WL. Attitudes of Florida family practice residents concerning obstetrics. *J Fam Pract* 1993; 36(5):534-538.
20. Bower DJ, MS Wolkomir et DB Schubot. The effects of the ALSO course as an educational intervention for residents. Advanced Life Support in Obstetrics. *Fam Med* 1997; 29(3):187-193.