

Introduction

En novembre 2009, le Comité des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a publié un document de travail intitulé *Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir*¹ qui faisait l'analyse d'un sondage mené auprès des programmes d'enseignement des soins de maternité en médecine familiale au Canada et des défis auxquels ils étaient confrontés. Le Groupe de travail sur la formation en soins de maternité en médecine familiale a été mis sur pied pour donner suite aux recommandations présentées dans ce document de travail. Créé par le Comité de programme des soins de maternité et de périnatalité, le Groupe de travail avait le mandat de réexaminer la pertinence de l'éducation et de la formation actuelles en soins de maternité dans les programmes de résidence en médecine familiale et de faire rapport au Conseil de la Section des enseignants du CMFC (Annexe A. *Mandat du Groupe de travail*). Le Groupe de travail était composé de représentants de la Section des enseignants, de responsables de l'agrément, de directeurs de département de médecine familiale, de membres du Comité de direction du CMFC et de représentants de la Section des résidents et du Comité de programme des soins de maternité et de périnatalité. Hormis deux réunions en personne, le Groupe de travail sur la formation en soins de maternité en médecine familiale a principalement conduit ses réunions par téléconférence, entre avril 2010 et octobre 2011. Le présent document fait la synthèse des délibérations et des recommandations de ce Groupe.

I. Contexte

Le Sondage national des médecins 2010 (SNM) révèle que seulement 10,5 % des médecins de famille canadiens offrent des soins intrapartum.² Parmi ces médecins, 2,2 % ont indiqué qu'ils avaient l'intention de prendre leur retraite ou de cesser de dispenser ces soins d'ici deux ans. Il est important de noter qu'il existe de fortes variations régionales à cet égard, allant de 0 % des médecins de famille à l'Île-du-Prince-Édouard à 26,6 % en Saskatchewan.

Même si les médecins de famille sont nettement plus nombreux à offrir des soins prénatals (environ 42 % selon le SNM 2010), le recul progressif du nombre de médecins de famille participant aux soins intrapartum a suscité des inquiétudes à plusieurs niveaux — tant à l'échelle locale que sur les plans pédagogique et gouvernemental. Toutefois, il convient de remarquer que

les dossiers hospitaliers recueillis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent que les médecins de famille du Canada ont dispensé des soins intrapartum à 28 % des femmes en travail en 2009/2010.³

La baisse du nombre de médecins de famille offrant des soins intrapartum est frappante dans les grands centres urbains. Le recul s'est révélé moins prononcé dans les plus petites collectivités rurales et les régions éloignées. Par contre, des baisses même beaucoup moins fortes ont le potentiel de nuire considérablement aux soins obstétricaux et, par le fait même, aux soins médicaux de nature générale dans ces collectivités.

Les causes de l'engagement décroissant des médecins de famille dans les soins intrapartum sont bien documentées. Parmi les principaux facteurs cités par les médecins, mentionnons les effets sur la vie personnelle et professionnelle, le manque de confiance ou la crainte de ne pas avoir reçu une formation suffisante, les questions entourant la rémunération et, dans certains cas, la crainte d'une poursuite en justice.⁴ Toutefois, les tendances ne sont pas toutes au désengagement. Les données hospitalières nationales révèlent une hausse du nombre d'accouchements par médecin de famille.⁵ De plus, au Québec, on assiste à une véritable « recrudescence » des soins de maternité en médecine familiale. Cette tendance est attribuable à l'approche dirigée et concertée adoptée par le ministère. Certaines stratégies se sont révélées efficaces dans cette province, notamment la décision de limiter l'attribution de nouveaux numéros de facturation aux médecins qui fournissent des services essentiels (l'un étant les soins intrapartum) et le soutien financier accordé pour le mentorat des médecins qui commencent à offrir des soins intrapartum. Dans le programme de mentorat, tant le nouveau médecin que son mentor sont rémunérés pour assister au même accouchement. Un programme semblable a été créé en Colombie-Britannique.

Alors que la baisse du nombre de médecins de famille « accoucheurs » suscite des inquiétudes partout au pays, il n'existe aucun doute quant à la qualité des soins intrapartum qu'ils dispensent. Les recherches confirment que les soins de maternité donnés par les médecins de famille aux patientes à faible risque sont aussi sûrs et moins interventionnels que ceux dispensés par les obstétriciens.⁶⁻⁹ De plus, il est notoire que les femmes apprécient la continuité des soins offerts par leur médecin de famille accoucheur. Le sondage canadien sur les expériences de la maternité¹⁰ indique que 88 % des femmes qui ont eu le même médecin tout au long de la

grossesse et à l'accouchement accordaient de l'importance à cette continuité. Par ailleurs, 42 % des femmes qui n'ont pas fait l'expérience de cette continuité ont indiqué qu'il aurait été important pour elles d'avoir le même prestataire de soins. Même 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, ils sont en mesure d'offrir la continuité des soins de maternité dans un modèle complet et biopsychosocial de soins primaires. De fait, beaucoup diront qu'un système national de soins de maternité devrait reposer sur la médecine familiale et les soins primaires.

II. Les défis liés à l'éducation et à la formation

Les nouveaux diplômés en médecine familiale n'ont pas rempli le vide en matière de soins intrapartum en médecine familiale. Cette réalité soulève non seulement de grandes inquiétudes sur le plan de la disponibilité des médecins de famille en exercice, elle pose aussi des difficultés aux professeurs qui enseignent les soins intrapartum dans les programmes de formation en médecine familiale.

L'enseignement des soins de maternité en médecine familiale a fait couler beaucoup d'encre, notamment sur les facteurs qui pourraient contribuer au manque d'intérêt des résidents d'intégrer pleinement les soins intrapartum dans leur pratique. Au début de leur formation, les étudiants en médecine et les résidents ont leur propre système de valeurs et des idées reçues sur la discipline de la médecine familiale et les risques ou les récompenses de procéder à des naissances. Le processus pédagogique influence ces apprenants, qui pourraient être exposés à un « curriculum caché » pendant leurs études prédoctorales et postdoctorales. Dans le rapport *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* (AEMC), le curriculum caché est défini¹¹ comme un « ensemble d'influences qui se manifeste au niveau de la structure et de la culture organisationnelles » qui porte atteinte à la nature de l'apprentissage, des interactions professionnelles et de la pratique clinique. Il est assimilé à ce que les étudiants en médecine et les résidents apprennent en dehors du cursus structuré et il a le pouvoir d'influencer les perceptions de l'apprenant sur la pertinence d'une carrière en médecine familiale, la satisfaction de fournir des soins intrapartum, le rôle du médecin de famille dans les soins de maternité, etc. Le rapport sur l'AEMC a recommandé d'aborder la question du curriculum caché qui dévalorise le

généralisme et la médecine familiale et de « se centrer sur un contenu largement généraliste, incluant les soins complets et globaux en médecine familiale. »

Il est possible que les résidents ne rencontrent pas suffisamment de modèles professionnels ou qu'ils fassent l'expérience de milieux hospitaliers difficiles et terminent leur programme de formation avec le sentiment d'être mal préparés à dispenser des soins de maternité intrapartum. Godwin et ses collaborateurs¹² ont suivi une cohorte d'étudiants de l'Ontario tout au long du programme de résidence en médecine familiale et au cours des deux premières années de leur pratique et à la fin de cette période, à peine 16 % procédaient à des accouchements. Par contraste, le SNM 2010² mené auprès des résidents en médecine familiale révélait que 46,2 % avaient l'intention de fournir des soins prénatals, alors que 32,3 % prévoyaient offrir des soins intrapartum dans leur pratique future. Le SNM 2007¹³ révélait que 59,6 % des résidents en médecine familiale estimaient qu'ils étaient adéquatement formés en soins obstétricaux 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 placenta. Malheureusement, le SNM 2010 n'a pas repris la question.

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 ». ¹⁴ Ses 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. Il s'avère que très peu de recommandations présentées dans ce document ont été mises en œuvre par les programmes d'enseignement au Canada. En y regardant de plus près, il semble y avoir eu des préoccupations au sujet de la rédaction du rapport et un débat sur son contenu. Même si la Section des enseignants a donné son appui à la version finale du document, les programmes avaient de la difficulté à trouver les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des recommandations. En 2009, le CMFC a publié un autre document de discussion du CSMP rédigé à partir d'un sondage mené auprès de 16 programmes de résidence en médecine familiale intitulé « Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir. »¹ Le document, qui présentait dix recommandations, a été remis aux directeurs de département et aux directeurs de programme. Les directeurs de département de médecine familiale ont largement appuyé les recommandations du document. Une grande

importance était accordée aux recommandations qui renforcent la nature unique des soins de maternité en médecine familiale. On estimait notamment qu'il était extrêmement important que les résidents aient accès à des modèles professionnels de médecine familiale et que l'enseignement leur soit donné dans un contexte clinique qui soutient le médecin de famille accoucheur. De plus, une grande importance était donnée aux recommandations voulant que tous les programmes de résidence aient des directeurs de programme et d'établissement pour les soins de maternité et que les programmes de médecine familiale favorisent l'exposition au travail et à l'accouchement pendant les études prédoctorales.

Mais malgré l'appui solide qu'a obtenu le document de travail, la mise en œuvre de ses recommandations a fait l'objet de nombreuses discussions et débats. Les directeurs de département ont fait état de la difficulté d'assurer que les unités d'enseignement de la médecine familiale de base aient des modèles professionnels qui dispensent des soins intrapartum. Ils s'inquiétaient des répercussions financières si des programmes de formation en obstétrique comme ALARM (*Advances in Labour and Risk Management*) ou ALSO® (*Advanced Life Support in Obstetrics*) devenaient obligatoires. Les directeurs de programme ont émis des réserves sur leur capacité de donner à tous les résidents la possibilité d'atteindre la compétence requise pour dispenser des soins intrapartum à la fin de la résidence de deux ans. Par ailleurs, le document faisait figure de catalyseur pour les discussions sur la place de la formation en soins intrapartum en médecine familiale.

Le Comité de direction du CMFC a jugé qu'il serait bon de créer un groupe de travail pour donner suite aux recommandations du document de travail de 2009 et de renforcer l'enseignement et la pratique de tous les aspects des soins de maternité en médecine familiale. La composition du Groupe de travail et ses délibérations reflètent les leçons tirées des deux documents précédents. Des représentants du Comité de direction de la Section des enseignants, du comité des directeurs de programme, du Comité d'agrément et d'autres comités du Collège ont participé à tout le processus et ont travaillé en étroite collaboration.

III. Les principes du contenu et du contexte de l'enseignement

Le Collège des médecins de famille du Canada a présenté le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (Triple C),¹⁵ et il entend procéder à sa mise en œuvre dans les

programmes de résidence en médecine familiale du Canada au cours des prochaines années. Le Cursus Triple C vise à fournir des soins complets et globaux; il est axé sur la continuité et centré sur la médecine familiale. L'éducation médicale axée sur le développement des compétences au 21^e siècle a été définie comme « une approche visant à préparer les étudiants à exercer la médecine fondamentalement orientée sur les habiletés acquises par les étudiants à la fin de leurs études et qui diminue l'importance de la formation calculée en temps et promet d'améliorer l'imputabilité, la souplesse et l'apprentissage centré sur l'apprenant. »¹⁶ Cette approche pédagogique aidera les éducateurs et les étudiants à mettre l'accent sur les résultats souhaités et clairement définis de la formation. Cette méthode remplacera les stratégies pédagogiques traditionnelles axées sur le temps qui caractérisent actuellement la plupart des programmes de résidence. Les compétences propres à la formation en médecine familiale sont définies par le cadre CanMEDS–Médecine familiale (CanMEDS-MF). Les documents sur la compétence rédigés par le CMFC aideront les programmes à développer les occasions pédagogiques qui répondront aux besoins des apprenants. Les superviseurs devront travailler avec leurs résidents pour suivre et documenter l'acquisition des compétences. L'accent sera mis sur l'application des connaissances plutôt que sur l'acquisition des connaissances, et sur l'évaluation formative, le suivi des progrès et la remédiation (au besoin) plutôt que sur l'évaluation sommative. Le but sera de produire des médecins de famille qui ont les compétences requises pour prodiguer des soins complets, globaux et continus, y compris les soins de maternité (prénatals, intrapartum et postnatals) et donc prêts à répondre aux besoins de leur collectivité et à s'adapter à l'évolution des soins de santé.

IV. Les défis liés à la révision des programmes

À mesure que le CMFC ira de l'avant avec le Cursus Triple C, les programmes de résidence auront la tâche de déterminer les effets de ce nouveau cadre sur le programme et d'élaborer des stratégies de mise en œuvre. Comme le Groupe de travail sur la formation en soins de maternité en médecine familiale a été mis sur pied avant même qu'on crée le sous-comité sur l'harmonisation du Cursus Triple C du Collège et qu'on élabore un cadre, il n'a pas été possible de corriger toutes les lacunes.

Le Groupe de travail avait le mandat de se pencher sur la question des soins de maternité. Toutefois, ce groupe a travaillé en parallèle avec d'autres comités du Collège qui avaient entrepris de réviser le « Livre rouge », de créer un Conseil pour la Section des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratiques ciblées (IPPC) et d'établir la façon d'harmoniser le nouveau Cursus Triple C avec les nouveaux objectifs d'évaluation et CanMEDS-MF.^{15,17} Alors qu'il aurait été idéal d'utiliser le domaine des soins de maternité comme exemple de mise en œuvre du nouveau cursus, le cadre n'était pas encore tout à fait prêt pour que le Groupe de travail puisse remplir pleinement son mandat. Le présent document a été publié avec l'intention de réexaminer les objectifs de l'apprentissage axé sur le développement des compétences à une date ultérieure.

V. Le Cursus Triple C et la formation en soins de maternité en médecine familiale

Il faudra étudier les effets du Cursus Triple C sur la formation en soins de maternité en médecine familiale. Toutefois, à bien des égards, ce domaine clinique est la plate-forme idéale pour réfléchir aux principaux messages du Cursus Triple C et évaluer les modalités de la mise en œuvre. Chose certaine, les soins de maternité en médecine familiale illustrent à la fois les principes des soins complets et globaux et la continuité des soins. En outre, la continuité du contexte d'apprentissage est essentielle pour instaurer la confiance entre le résident et l'enseignant, ce qui fait partie intégrante de l'acquisition progressive et de l'application des habiletés techniques. Il est particulièrement important que les habiletés liées aux soins intrapartum soient enseignées dans le contexte de la médecine familiale et dans un cursus contrôlé par les professeurs de la médecine familiale afin que les résidents puissent développer la compétence et la confiance nécessaires à leur rôle « d'accoucheurs » en médecine familiale. Nous aborderons ces domaines de façon plus approfondie dans des sections ultérieures du rapport.

Évaluation de la compétence

Conformément aux principes du cursus axé sur le développement des compétences, le CMFC fixe les attentes relativement aux finalités d'apprentissage du programme de résidence de deux

ans. Toutefois, il revient à chaque programme de déterminer la marche à suivre pour atteindre ces compétences.

Le Livre rouge exige une évaluation efficace en cours de formation et un programme d'évaluation qui épaulé le résident, les superviseurs et le plan de programme et qui, tout au long de la formation, suit de près les progrès de chaque résident vers l'acquisition de la compétence attendue au début de la pratique indépendante. Cela comprendra la compétence dans les six dimensions essentielles pour les sept rôles CanMEDS-MF dans un échantillon suffisant de sujets prioritaires, les phases de la rencontre clinique, les habiletés techniques, les comportements observables et les compétences définies par les objectifs d'évaluation et CanMEDS-MF.^{15,17} Ces normes s'appliqueront à la formation en soins de maternité et à tous les aspects de la formation en médecine familiale. Les habiletés techniques et les compétences propres aux soins de maternité attendues des médecins sont énumérées et abordées dans le présent rapport.

Les méthodes d'évaluation et la documentation relatives à la formation en soins de maternité respecteront tous les autres champs d'étude et lignes directrices du Livre rouge. L'évaluation s'appuiera sur des situations et des problèmes propres à l'exercice de la médecine familiale. Les discussions de cas et les observations directes serviront de fondement pour la plupart des évaluations superviseur-résident. De multiples observateurs consolideront la valeur des évaluations, qui pourraient être planifiées ou ponctuelles. Les feuilles de route et les évaluations quotidiennes devaient être utilisées pour faciliter et inscrire les progrès du résident. La centralisation de cette documentation dans un portfolio aidera le résident et le superviseur à reconnaître les progrès et à atteindre les compétences.

Des rapports sommatifs devraient être rédigés sur une base régulière et en dehors de l'environnement clinique. De plus, ils devraient se fonder sur les données cumulatives acquises auprès de différents superviseurs et dans diverses évaluations.

Agrément

La formation en médecine familiale et les critères d'agrément du Livre rouge évoluent vers le Cursus Triple C; la formation en soins de maternité devrait emprunter la même voie. Les compétences requises par la formation en soins de maternité ont été définies par notre Groupe

de travail, mais il est essentiel que les programmes de formation utilisent les principes du Cursus Triple C pour atteindre ces buts. Les modèles professionnels de la médecine familiale sont essentiels et indispensables pour que la formation soit centrée sur la médecine familiale. Il va de soi que pour atteindre la compétence technique voulue dans les diverses habiletés techniques nécessaires pour dispenser les soins de maternité, particulièrement les soins intrapartum, il faudra miser sur l'enseignement et le dialogue avec de nombreux autres prestataires de soins. La prestation de soins de maternité supérieurs nécessite souvent une étroite collaboration inter et intraprofessionnelle. Il est essentiel que les autres professionnels de la santé comprennent et enseignent dans un contexte d'apprentissage de la médecine familiale. Le Groupe de travail s'attend à ce que les critères d'agrément de notre Collège et du Collège royal accordent une attention particulière au rôle de Collaborateur dans ce domaine. Il espère également que les équipes d'agrément des deux Collèges s'intéresseront au rôle de Collaborateur tel qu'il s'applique à la formation en soins de maternité. Nos résidents et nos superviseurs doivent vraiment comprendre la nécessité de collaborer, comme toutes les autres disciplines avec lesquelles ils interagissent.

Telle qu'elle est définie dans le Cursus Triple C, la continuité est souvent difficile à atteindre dans le domaine des soins de maternité dispensés dans le cadre de la formation en médecine familiale. Le Groupe de travail reconnaît que les précieuses ressources pédagogiques sont soumises à des pressions extraordinaires. Toutefois, il faut déployer tous les efforts possibles dans tous les programmes de formation pour encourager la continuité des soins de maternité. Il existe des solutions pour faciliter la continuité, notamment le recours à des superviseurs qui dispensent des soins intrapartum, les expériences intégrées en obstétrique qui permettent aux résidents de suivre un groupe défini de patientes jusqu'au terme de leur grossesse, y compris pendant l'accouchement et les soins postnatals, et l'appui donné par les programmes aux résidents qui proposent leurs services pour effectuer des accouchements en dehors des heures de garde.

VI. La compétence en soins intrapartum : un critère pour tous les résidents?

La création du Groupe de travail et la mise en œuvre du Cursus Triple C ont permis de revoir les principes fondamentaux étroitement associés à la formation en soins de maternité en médecine

familiale. Les éducateurs en médecine familiale ont été nombreux à demander que la compétence en soins intrapartum ne soit pas un critère du programme de résidence. Ils ont demandé qu'on la destine aux résidents qui sont très intéressés à l'acquérir ou qu'elle soit enseignée après la fin du programme de résidence de deux ans.^{18,19} Le Groupe de travail a donc entrepris sa démarche à partir des principes de base sur ce sujet. Il a posé la question suivante : « Les résidents en médecine familiale devraient-ils tous être tenus de démontrer une compétence en obstétrique intrapartum? » Cette simple question est pratiquement une hérésie pour de nombreux médecins de famille mais pourtant, ils ne sont que 10,5 % à inclure les soins intrapartum dans leur pratique. Notre Groupe de travail a évalué les conséquences positives et négatives du retrait de l'enseignement des soins intrapartum des programmes d'études postdoctorales de deux ans et la possibilité pour les résidents de choisir ou non les soins de maternité intrapartum, en fonction de leur intérêt.

L'argument en faveur d'un choix du résident en fonction de ses intérêts

Les programmes de médecine familiale seraient certainement soulagés s'ils n'avaient pas à trouver des sites d'enseignement et des superviseurs capables de fournir un nombre suffisant d'expériences ainsi que le mentorat nécessaire pour garantir la compétence. Plusieurs programmes ont indiqué que les effets conjugués de la dénatalité et des situations locales particulières ont nettement compliqué la recherche de bonnes expériences d'enseignement. Le retrait de ce critère pour tous les résidents signifierait que les expériences de haute qualité pourraient être réservées aux résidents désireux de maîtriser les soins intrapartum. Le cursus disposerait d'un peu plus de temps pour les nombreux autres aspects des soins complets et globaux.

Et comme la plupart des médecins de famille ne dispensent pas de soins intrapartum, le retrait de ce critère aurait aussi l'avantage de permettre aux programmes pédagogiques de refléter le milieu de pratique clinique avec une plus grande authenticité. Dans certaines villes de plus de 250 000 habitants et dans de nombreux hôpitaux, aucun médecin de famille n'offre de soins de maternité. Reconnaître cette réalité en renonçant aux soins de maternité intrapartum pourrait montrer que le CMFC comprend la réalité actuelle et rompt avec un vieux courant de pensée relativement à la portée de la pratique des médecins de famille canadiens actuels. De plus, cette

réalité cadre avec la pratique et les programmes de formation en médecine familiale de la Grande-Bretagne et l'Australie, qui n'exigent pas de compétences en soins intrapartum. Des programmes qui pourtant font l'objet d'une entente de réciprocité avec le CMFC aux fins de la certification. D'ailleurs, la population est moins susceptible de s'attendre à ce que les médecins de famille dispensent des soins intrapartum; les sages-femmes et les obstétriciens sont identifiés comme les sources de soins intrapartum.

L'argument contre le choix d'un résident en fonction de ses intérêts

Les partisans du maintien de l'enseignement des soins intrapartum disposent d'un argument de poids lorsqu'ils font état de la diminution possible de la qualité des soins prénatals et des soins destinés aux femmes en médecine familiale. Les médecins qui n'ont jamais été confrontés à des problèmes graves comme le placenta prævia ou la prééclampsie pourraient être moins susceptibles de reconnaître l'importance de déceler ces états à un stade précoce de la période prénatale. Le manque d'exposition aux soins intrapartum et l'abandon subséquent des soins prénatals pourraient conduire à un manque de confiance de la part du médecin de famille à l'égard des soins destinés aux femmes, y compris les examens gynécologiques. À l'heure actuelle, nos programmes de résidence accueillent un nombre considérable de diplômés internationaux et plusieurs n'ont eu qu'une très faible exposition aux examens gynécologiques, à plus forte raison aux soins intrapartum. Si ces résidents ne reçoivent aucune formation en soins intrapartum et prénatals, ils pourraient renoncer à offrir les soins destinés aux femmes.

Nous savons qu'au début du programme de résidence, les résidents se sont déjà fait une idée sur leur intention d'offrir ou non des soins intrapartum dans leur pratique. Plusieurs changeront d'avis pendant leur formation. Même si généralement, ils décidaient de renoncer aux soins de maternité (une décision souvent attribuable à une mauvaise expérience pédagogique ou d'autres facteurs), dans certains cas, une expérience positive en soins de maternité peut convaincre un résident de fournir des soins intrapartum. Ces résidents seraient désavantagés s'il leur était possible d'exclure ces soins, ce qui ne leur permettrait pas d'avoir une exposition clinique et, en définitive, de se raviser.

La perte de compétence en soins intrapartum menace la nature généraliste de la médecine familiale. Elle divise cette importante expérience du cycle de la vie en une série de disciplines

médicales distinctes et élimine les avantages qu'un médecin de famille peut apporter à une femme et à sa famille pendant les soins prénatals, le travail et l'accouchement. C'est un pas de plus vers le retrait des médecins de famille du milieu hospitalier et l'élimination de la collégialité offerte par la proximité physique. De plus, il en résulte souvent l'abandon des soins néonataux et une dégradation supplémentaire des habiletés cliniques requises pour prodiguer des soins aux nourrissons dans les jours suivant la naissance.

Les collectivités rurales du Canada, en particulier, s'appuient sur le savoir de généralistes bien formés. Mettre fin au critère des soins intrapartum causerait du tort aux collectivités rurales et éloignées qui comptent sur les médecins de famille généralistes pour obtenir des soins de maternité, en plus d'accroître les risques pour les femmes de ces collectivités qui auraient à se déplacer pour obtenir des soins prénatals ou intrapartum. De plus, les milliers de membres du CMFC qui dispensent actuellement des soins intrapartum réagiraient sûrement très mal à cette idée. Ils auraient le sentiment, avec raison, que le CMFC les abandonne.

En outre, il faut tenir compte des conséquences sur le programme de résidence en général. Si on autorise les résidents à choisir les cours qu'ils incluront ou non dans leur formation, quelles seront leurs compétences finales? Même s'il semble raisonnable d'exclure les soins intrapartum du programme d'éducation dans certains contextes, cette décision soulève des questions importantes. D'autres résidents choisiraient-ils d'éliminer les soins aux enfants? Les soins aux personnes âgées? Le Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral du CMFC n'appuie pas le concept selon lequel les résidents peuvent choisir en fonction de leurs intérêts. Le but du programme de résidence est de former des « diplômés porteurs d'un potentiel complet » qui possèdent des habiletés dans toute la gamme des soins. Ainsi, aucun résident ne devrait être autorisé à refuser certaines parties du cursus, y compris les soins de maternité intrapartum.

Après avoir soigneusement soupesé les arguments susmentionnés, le Groupe de travail a décidé de recommander que les soins intrapartum continuent de faire partie des critères éducatifs du CMFC.

VII. Qui devrait enseigner les soins de maternité en médecine familiale?

Les programmes de formation en médecine familiale sont régis par les « Critères pour l'agrément des programmes de résidence » (le Livre rouge) du CMFC.²⁰ Même si la dernière version du

Livre rouge n'a pas encore été publiée, le Groupe de travail estimait essentiel d'aborder la question du choix des professeurs pour les soins de maternité en médecine familiale. On insiste de plus en plus sur la nature spécialisée de la médecine familiale et sur la perspective unique que les médecins de famille apportent au contexte et au contenu de l'exercice de la médecine familiale. À l'heure actuelle, le principe directeur veut que toute la formation soit centrée sur la médecine familiale. Il inclut l'enseignement par des médecins de famille (qui sont aussi des modèles professionnels), ainsi que des expériences pédagogiques dans des milieux favorables au médecin de famille et aux résidents en médecine familiale. Même si le CMFC n'a nullement l'intention d'implanter une politique exigeant que l'enseignement soit donné uniquement par des médecins de famille, le Groupe de travail a décidé d'examiner les avantages et les inconvénients d'une telle recommandation théorique afin de mieux délimiter certains principes de l'enseignement des soins de maternité en médecine familiale.

Exiger que l'enseignement dispensé aux résidents en médecine familiale soit donné exclusivement par des médecins de famille superviseurs présente l'avantage évident d'offrir un modèle professionnel que les résidents pourraient imiter par la suite. Si la médecine familiale est une spécialité, les experts de cette spécialité — les médecins de famille — ne devraient-ils pas en être les professeurs? Les enseignants de la médecine familiale ont un intérêt direct à former d'autres médecins de famille qui les remplaceront, et ainsi être plus engagés dans la formation de leurs successeurs que les autres spécialistes. À sa réunion de mars 2011, la Section des résidents a fortement appuyé que l'enseignement des soins de maternité soit confié à des modèles professionnels de la médecine familiale.

En exposant uniquement les résidents à des superviseurs en obstétrique issus de la médecine familiale, on leur fournirait un modèle de soins destinés aux femmes et aux enfants fondé sur la continuité et les relations de confiance ce qui, à notre avis, est important et nettement préférable aux soins épisodiques. De plus, certaines recherches récentes^{21,22} donnent à penser que par rapport aux obstétriciens, l'attitude des médecins de famille envers la prestation de soins de maternité est moins orientée vers l'intervention technologique et plus axée sur l'importance des soins centrés sur la femme.

Il serait difficile pour les programmes d'appliquer cette approche, mais elle aurait l'effet salubre d'augmenter les compétences en soins obstétricaux des professeurs de médecine

familiale et de stimuler le développement professoral dans ce domaine. L'adoption de cette approche nécessiterait vraisemblablement de recruter plus de professeurs. Elle permettrait aussi d'affirmer l'importance des services obstétricaux fournis par des médecins de famille dans les collectivités et les hôpitaux où ce modèle est menacé. Et comme les médecins de famille accoucheurs travaillent dans divers modèles de pratique (y compris les gardes complètes 24/7 ou les gardes partielles fixes), les résidents pourraient être exposés à différentes façons de pratiquer leur discipline — et l'une d'entre elles pourrait leur plaire suffisamment pour devenir une manière durable d'offrir des soins de maternité.

Faire appel à des médecins de famille pour enseigner les soins de maternité en médecine familiale répond mieux au cursus horizontal axé sur le développement des compétences qu'aux stages fixes calculés en temps.

Les enseignants en médecine familiale doivent aussi assumer une partie de l'éducation prédoctorale puisque les étudiants font déjà des choix de carrière importants pendant cette période. Les professeurs de médecine familiale devraient former des partenariats avec leurs collègues obstétriciens et les sages-femmes pour permettre aux étudiants de niveau prédoctoral de participer à des naissances. Ces étudiants devraient notamment être exposés au rôle des médecins de famille dans le domaine des soins de maternité. Les médecins de famille peuvent aussi s'engager dans l'enseignement en laboratoire à l'aide de modèles pelviens et participer aux occasions d'enseignement interprofessionnel et aux groupes d'intérêt de médecine familiale appuyés par le CMFC. Ces modèles professionnels et l'enseignement des soins de maternité devraient s'étendre aux externes pendant leur stage en médecine familiale.

Mais exiger que tout l'enseignement soit donné par des médecins de famille superviseurs va à l'encontre des principes de soins interprofessionnels dispensés en collaboration et pourrait mener à l'isolement professionnel et à une expérience cloisonnée. Même si le contexte d'enseignement est plus « conforme à la réalité » que le stage en obstétrique traditionnel, le contenu obstétrical de l'enseignement risque d'être appauvri par le nombre insuffisant d'interventions ou le manque d'expérience du professeur.

Pour les programmes, le plus grand défi associé à ce critère serait sa mise en œuvre. Dans certains programmes décentralisés, il n'y a aucun médecin de famille pour dispenser des soins intrapartum dans les hôpitaux. La capacité des unités d'enseignement de médecine familiale

d'accepter de nouveaux professeurs, surtout s'ils ont une pratique ciblée plutôt que globale, est limitée et pourrait se faire au détriment du recrutement d'autres professeurs. Et la situation serait particulièrement regrettable si ces nouveaux professeurs laissaient tomber l'obstétrique peu de temps après. Il faudrait réduire le nombre de résidents si ce critère venait à être accepté.

À l'heure actuelle, certains hôpitaux limitent le nombre d'accouchements pouvant être effectués par chaque catégorie de prestataires. En augmentant le nombre de médecins de famille qui pratiquent des accouchements, on déclencherait des querelles intestines dans ces milieux de travail.

Le Groupe de travail croit qu'il est important que les résidents apprennent et comprennent le **contexte** des soins intrapartum dans un milieu de médecine familiale. Par ailleurs, le **contenu** des soins intrapartum peut être enseigné par des obstétriciens, des sages-femmes et des infirmières, surtout s'ils se comportent comme des collaborateurs et des partisans du rôle du médecin de famille. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres, notamment les différentes approches face à l'accouchement mises de l'avant par les sages-femmes et l'exposition à un plus grand nombre de situations à risque élevé en collaboration avec les obstétriciens. Toutefois, les résidents ont besoin d'être en contact avec des modèles professionnels de médecins de famille accoucheurs. Même s'il est souhaitable que ces modèles fassent partie d'unités d'enseignement, advenant que ce ne soit pas possible, le résident devrait pouvoir fréquenter ces modèles professionnels dans d'autres établissements.

Le rôle des collaborateurs dans le processus éducatif

La collaboration fait partie intégrante des soins de maternité. Elle est indissociable de la pratique clinique sécuritaire et de l'éducation des résidents en médecine familiale. Pour être compétent en obstétrique — notamment en obstétrique intrapartum — et avoir confiance en ses moyens, il faut se prêter à un grand nombre d'expériences d'apprentissage. En raison de la baisse du nombre de médecins de famille offrant des soins intrapartum au Canada, les programmes de formation doivent pouvoir compter sur l'aide de nos collègues obstétriciens. Il se pourrait même que certaines régions du pays doivent faire appel à des sages-femmes pour enseigner les soins intrapartum. Nous devons obtenir l'engagement volontaire de ces professionnels pour offrir un nombre d'expériences suffisant à nos résidents et pour démontrer le caractère coopératif des soins

de maternité. Nos collègues des autres spécialités doivent comprendre les besoins curriculaires et contextuels des résidents en médecine familiale pour favoriser le développement des compétences et stimuler la confiance. Pour ce faire, il faut obtenir une collaboration du plus haut niveau et donner suite aux recommandations du Comité d'action sur la collaboration intraprofessionnelle (CACI), une initiative conjointe du CMFC et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

À titre de médecins de famille, nous devons promouvoir les normes de collaboration les plus élevées dans ce contexte. Nos normes d'agrément doivent en exiger la preuve auprès de nos programmes de formation. Nous suggérons à nos collègues du Collège royal qu'ils exigent aussi que ces normes de collaboration deviennent un élément essentiel de leur agrément. Le développement professoral et les indicateurs d'appréciation de nos programmes de formation vont soutenir cette initiative et fournir une formation et des soins de qualité supérieure.

VIII. Le cursus et les compétences en soins de maternité

Le cursus

Comme d'autres éléments du cursus, les soins de maternité présentent un « contenu obligatoire » de connaissances, de communications et d'habiletés techniques que les résidents sont tenus de maîtriser. Les soins de maternité en médecine familiale bénéficient aussi d'un contexte unique à la médecine familiale qui inclut notamment les soins aux femmes enceintes dans le contexte du cycle de vie familial et de la continuité des soins, en plus d'une approche peu interventionniste fondée sur les données probantes en ce qui concerne le travail et l'accouchement.

Le Groupe de travail a demandé aux programmes universitaires canadiens de soumettre leurs documents actuels sur la compétence afin de définir les attentes des diplômés du programme de résidence en médecine familiale relativement aux soins de maternité. Plusieurs programmes ont déjà entrepris la transition vers un cursus axé sur le développement des compétences en prévision de la mise en œuvre du Cursus Triple C. Malgré les variations importantes dans la précision des détails et certaines variations quant au niveau de compétence attendu, de l'avis général, la norme s'établissait quelque part entre pratiquer des accouchements

normaux et spontanés par voie vaginale et pratiquer un accouchement de façon autonome avec application de la ventouse obstétricale.

D'une part, lorsque les attentes entourant la compétence sont trop élevées, elles sont irréalistes et décourageantes pour les professeurs; d'autre part, il n'est pas raisonnable d'ajuster les attentes en matière de compétence en fonction des ressources et des limites existantes. Il incombe au Collège d'établir les normes entourant les soins qu'un diplômé du programme de résidence devrait être en mesure de fournir.

La disponibilité d'un programme de troisième année en soins destinés aux femmes et/ou en soins de maternité a semé une certaine confusion chez les résidents. Il semble y avoir un message caché qui sous-entend qu'il est impossible d'offrir des soins intrapartum si on a seulement suivi la résidence de base de deux ans et même, qu'un fellowship est nécessaire. Certains résidents réclament ou préfèrent l'expérience additionnelle que procure cette période de formation supplémentaire. Or, le but de la résidence est d'acquérir cette compétence pour pratiquer de façon indépendante. Bien des résidents qui ont pu procéder à un grand nombre d'accouchements et travailler avec des médecins de famille encourageants sont en mesure de fournir des soins intrapartum à la fin de leurs études. Toutefois, le Groupe de travail reconnaît que les premières années de pratique sont aussi des occasions d'apprentissage et qu'un mentorat attentif revêt une valeur inestimable pour les nouveaux diplômés qui fournissent des soins intrapartum.

On a connu une hausse des inscriptions aux postes de troisième année en soins de maternité à faible risque partout au pays. Ces programmes ne cherchent pas à couvrir ce qui n'a pas été enseigné pendant le programme de résidence de deux ans, mais plutôt à développer des compétences avancées, notamment des habiletés techniques additionnelles comme l'application des forceps ou la capacité d'effectuer une césarienne, ou la formation supplémentaire requise pour ceux qui envisagent une carrière universitaire. Le Comité de programme des soins de maternité et de périnatalité, dans le cadre du Comité des IPPC, examinera le rôle des programmes de troisième année en soins de maternité et établira des normes nationales pour ces programmes.

Sur la base de cette analyse du cursus, le Groupe de travail recommande que les résidents soient en mesure d'effectuer les tâches suivantes à la fin de leur résidence de deux ans :

Dispenser des soins prénatals jusqu'à la fin de la grossesse aux femmes à faible risque obstétrical.

Reconnaître et prendre en charge les complications liées à la grossesse.

Effectuer de façon autonome un accouchement vertex spontané par voie vaginale.

Prendre en charge les problèmes intrapartum courants.

Reconnaître les signes d'un accouchement vaginal assisté et procéder à une prise en charge appropriée.

Le Groupe de travail accepte aussi la description actuelle du domaine clinique de la santé des femmes présentée dans le Livre rouge :

« Soins de maternité (prénatals, intrapartum, postnatals) :

Le résident **doit** prendre de l'assurance en faisant le suivi de femmes enceintes et en effectuant des accouchements avec des médecins de famille qui lui servent de modèle professionnel. Les compétences incluent les procédures courantes relatives au travail et à l'accouchement qui permettent au résident d'effectuer des accouchements à faible risque de façon autonome. Les résidents **doivent** avoir les compétences requises pour assumer la prise en charge des urgences obstétricales. »

On s'attend du résident qu'il soit en mesure de dispenser la gamme complète des soins de maternité en médecine familiale à la fin de sa résidence.

De plus, le Groupe de travail a passé en revue les objectifs pédagogiques de la formation en soins de maternité et propose ce qui suit (les changements apportés aux objectifs initiaux sont indiqués en caractère gras) :

Grossesse

1. Chez un patient (homme ou femme) actif sexuellement, qui envisage d'avoir des activités sexuelles ou qui a le potentiel de concevoir ou de provoquer une grossesse, profitez des rencontres médicales pour donner des renseignements sur la fertilité et les conséquences d'une grossesse, **les pratiques sexuelles sûres et la contraception.**
2. Chez la patiente qui veut devenir enceinte :
 - a) Identifiez les facteurs de risque de complications
 - b) Recommandez les changements appropriés (p. ex. prise d'acide folique, cessation du tabagisme, changements dans la médication)

3. Chez une patiente dont la grossesse est soupçonnée ou confirmée, établissez la désirabilité de la grossesse.
4. Chez une patiente enceinte et qui consulte pour sa première visite de grossesse :
 - a) Évaluez les facteurs de risque maternels (médicaux et **psychosociaux**)
 - b) Déterminez la date prévue de l'accouchement
 - c) Informez la patiente du suivi médical dans sa collectivité, **y compris le rôle des différents prestataires de soins de santé (comme les sages-femmes, les infirmières, les adjoints du médecin, les obstétriciens et les médecins de famille) et le lieu de l'accouchement.**
5. Chez les femmes enceintes :
 - a) **Fournir des soins prénatals et des conseils d'ordre préventif**
 - b) Identifiez celles qui sont à risque élevé (p. ex. adolescentes, victimes de violence familiale, famille monoparentale, consommation de drogues, milieu de vie défavorisé)
 - c) Référez les patientes à risque élevé aux ressources appropriées au cours de la grossesse et en postpartum
 - d) Chez les patientes à risque élevé (p. ex. femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine, utilisatrices de drogues intraveineuses, femmes diabétiques ou épileptiques), adaptez convenablement les soins et le suivi
6. Chez les femmes enceintes qui présentent une complication prénatale précoce ou tardive :
 - Complications précoces
 - Dans les cas de fin de grossesse précoce :**
 - a) **Évitez de minimiser l'importance de la perte; offrez votre appui pendant le processus de deuil**
 - b) **Prenez en charge le processus d'avortement spontané**
 - Complications tardives (p. ex. rupture prématurée des membranes, hypertension, saignement) :
 - a) Établissez le diagnostic
 - b) Initiez le traitement adéquat

7. Pendant le travail :
 - Encouragez les pratiques fondées sur les données probantes compatibles avec le soutien donné dans le cadre d'un travail physiologique normal (positionnement, mesure de confort, auscultation intermittente, aide individuelle)**
8. Chez une patiente qui, pendant le travail, présente des complications (p. ex. dystocie, décollement prématuré du placenta, rupture utérine, dystocie de l'épaule, tracé de monitoring foetal **atypique ou anormal**) :
 - a) Diagnostiquez la complication
 - b) Intervenez de façon appropriée
9. Chez la patiente ayant une phase postpartum normale :
 - a) **Donnez des conseils d'ordre préventif (transition vers la condition parentale, récupération physique)**
10. **Complications postpartum :**
 - a) Avec la preuve clinique d'une complication (saignement immédiat ou tardif, infection), diagnostiquez le problème et intervenez de façon appropriée
 - b) Identifiez la dépression postpartum et distinguez la dépression postpartum des « blues du postpartum »; intervenez de façon appropriée
11. Chez la femme qui allaite :
 - a) **Encouragez les pratiques fondées sur les données probantes conformes avec le processus d'allaitement normal**
 - b) Dépistez et diagnostiquez les cas d'allaitement dysfonctionnels (saisie inadéquate du mamelon, évacuation inadéquate du lait)
12. Dans le contexte des soins de maternité, démontrez la capacité de travailler dans un milieu de collaboration avec tous les membres de l'équipe de soins.

Habiletés techniques :

- Accouchement normal d'un seul fœtus**
- Amniotomie**
- Placement d'électrodes au cuir chevelu du fœtus**

- **Démonstration (par simulation si nécessaire) d'accouchement assisté du siège; manœuvres pour intervenir en cas de dystocie de l'épaule; extraction par faible aspiration**
- **Réparation de lacérations de 1^{er} et 2^e degré et épisiotomie**
- **Épisiotomie, s'il y a lieu**

IX. Le soutien à la formation en soins de maternité en médecine familiale

1. Caractéristiques des programmes de formation en soins de maternité en MF qui produisent de bons résultats

Même s'il n'y a pas d'approche « universelle » lorsqu'il est question de la formation en soins de maternité, il est utile de réfléchir aux caractéristiques d'un programme de formation en soins de maternité en médecine familiale qui fonctionne bien. En 1997, Taylor et Hansen²³ ont publié les résultats d'un processus Delphi réunissant 28 participants invités sur 35 qui étaient d'anciens coprésidents du Groupe de la STFM sur les soins de maternité centrés sur la famille, chefs de département ou directeurs de programmes de résidence. On leur a demandé « Quelles étaient les caractéristiques perçues des programmes de résidence en médecine familiale qui ont produit un pourcentage élevé de diplômés offrant des soins de maternité? » Le Tableau 1 dresse la liste de ces caractéristiques dans leur ordre général d'importance.

Tableau 1. Les caractéristiques « essentielles » telles qu'établies par le processus Delphi²³

Caractéristiques du personnel enseignant en médecine familiale et des services d'enseignement
1. Le personnel enseignant en médecine familiale encourage et soutient explicitement les étudiants intéressés à fournir des soins de maternité
2. Le personnel enseignant en médecine familiale affiche le comportement à adopter en fournissant des soins de maternité
3. Le personnel enseignant en médecine familiale est compétent dans la prestation des soins de maternité
Hôpital

<ol style="list-style-type: none"> 1. L'administration hospitalière soutient les médecins de famille qui fournissent des soins de maternité 2. Le département de médecine familiale délivre des titres de compétence aux médecins de famille qui fournissent des soins de maternité 3. Le personnel soignant soutient les soins de maternité fournis par des médecins de famille 4. Le nombre d'interventions obstétricales est suffisant
Résidents
<ol style="list-style-type: none"> 1. Expérience d'apprentissage positive en obstétrique (coopération/encouragement) 2. Exposition suffisante à l'obstétrique pendant la résidence 3. Présence de modèles professionnels de la médecine familiale
Cursus
<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions obstétricales en nombre suffisant pour assurer la compétence 2. Forte insistance sur l'expérience longitudinale des soins de maternité 3. Le cursus encourage les résidents à offrir des soins de maternité
Personnel enseignant en obstétrique et service d'enseignement
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les résidents en médecine familiale assument des responsabilités réelles 2. Il existe un respect mutuel entre les obstétriciens et les professeurs/résidents de la médecine familiale 3. Le personnel enseignant en obstétrique soutient les résidents de médecine familiale qui offrent des soins de maternité
Localité
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les médecins de famille sont vite acceptés par la collectivité à titre de prestataires de soins de maternité 2. Les médecins de famille de la collectivité dispensent des soins de maternité
Composition de la pratique
<ol style="list-style-type: none"> 1. La population de patientes est ouverte aux soins

Adapté de Taylor HA, Hansen GH. *Fam Med* 1997;29:709²³

Certaines de ces caractéristiques ne peuvent être modifiées, mais bon nombre d'entre elles peuvent être menées à bien en introduisant des changements réfléchis. En 2002, Helton et ses

collaborateurs²⁴ ont publié les résultats de leur cursus restructuré des soins pendant la grossesse . Ils ont appliqué un grand nombre des « caractéristiques essentielles » de Hanson et ont réussi à accroître le pourcentage moyen de résidents qui ont intégré les soins prénatals ou les accouchements à leur pratique à la fin de leurs études. Il est encourageant de constater que certaines de ces caractéristiques positives peuvent être reproduites et changer les choses.

Un projet de recherche utilisant la méthodologie qualitative est actuellement en cours pour étudier la façon dont les directeurs de programme canadiens perçoivent ce qui constitue un programme de soins de maternité réussi. Il permettra de recueillir des exemples concrets qui montrent comment les programmes exemplaires de soins de maternité abordent certains problèmes universels comme le manque de modèles professionnels de médecine familiale, le nombre insuffisant d'accouchements pour gagner confiance, le contexte difficile des lieux de travail et d'accouchement et la compétence. Il y a lieu de croire que ces résultats peuvent servir de ressources pour les programmes en difficulté qui cherchent à apporter des changements qui renforceront leurs programmes de formation en soins de maternité.

2. L'environnement externe

Les résidents devraient suivre leur formation dans des milieux de soins de maternité où l'on traite les médecins de famille comme des ressources valorisées. Le projet *Babies Can't Wait*²⁵ a décrit comment le contexte du travail et de l'accouchement peut être « hostile » aux résidents, qui ont l'impression de se battre pour obtenir une expérience clinique et de concurrencer une hiérarchie à l'intérieur de la salle de travail et d'accouchement. Toutefois, aussi courante que soit cette expérience pour les professeurs et les résidents de médecine familiale, il est difficile de quantifier les facteurs qui font qu'un milieu est favorable à la médecine familiale.

La présence de hiérarchies bien ancrées dans la salle de travail et d'accouchement est bien connue. Ces hiérarchies affectent le degré de satisfaction du clinicien et nuisent aux résultats pour la patiente. Certains programmes comme l'*Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO^{OB®}) cherchent notamment à minimiser ces hiérarchies par le biais de la communication efficace et du travail d'équipe. Néanmoins, même si nous avons réalisé des progrès dans plusieurs milieux, les médecins de famille et leurs résidents continuent de subir les effets néfastes de ces hiérarchies dans certains contextes.

Idéalement, les départements de médecine familiale devraient exercer un contrôle sur les privilèges et l'agrément de ses membres qui dispensent des soins intrapartum et veiller à ce que les médecins de famille soient bien présents au sein des comités hospitaliers multidisciplinaires et à ce qu'ils aient voix à tous les niveaux. Là où ce n'est pas possible, il y aurait lieu d'envisager des modèles de gouvernance hospitalière qui intègrent et respectent tous les intervenants. Le processus de consultation devrait faire l'objet de discussions ouvertes et privilégier l'absence de consultations obligatoires.

Les médecins de famille devraient être considérés comme des enseignants qualifiés pour les étudiants en médecine de tous les niveaux, y compris ceux d'autres disciplines. Ils devraient notamment participer à l'enseignement des soins de maternité aux étudiants de niveau prédoctoral afin d'assurer qu'ils voient des modèles professionnels de la médecine familiale dès leurs premières années d'études médicales. Les résidents en médecine familiale devraient être accueillis à bras ouverts par l'équipe de soins et prendre part à toutes les décisions relatives à une patiente dont ils assurent le suivi. Il conviendrait entre autres d'ouvrir l'accès aux patientes, de permettre aux résidents d'acquérir l'expérience pratique appropriée et d'encourager leur présence à toutes les consultations, etc. La continuité des soins que certains médecins assurent à leur patiente devrait être valorisée par l'équipe qui rencontre la patiente pour la première fois dans la salle de travail.

Les médecins de famille ne devraient pas être assujettis à des restrictions différentes en matière de volume ou être comparés à leurs collègues obstétriciens sur le plan des soins. En cas de conflit, il faut prévoir un processus équitable de règlement. Le Groupe de travail estime que le CMFC et le CRMCC devraient aborder officiellement ces questions au palier national et que les normes d'agrément communes devraient tenir compte des résultats obtenus.

3. L'appui offert au corps professoral

Même si les études qui cherchent à expliquer pourquoi les médecins de famille ne participent plus aux soins intrapartum sont nombreuses, il existe beaucoup moins d'information sur les raisons qui les incitent à commencer ou à continuer à fournir ce service essentiel. La plupart des médecins de famille accoucheurs diront qu'ils apprécient la continuité des soins, qu'ils aiment offrir des soins à tous les membres de la famille, qu'ils apprécient les éléments techniques des

soins intrapartum, allant même parfois jusqu'à mentionner que la collectivité a besoin de ce service. Pour les professeurs de médecine familiale qui font partie d'unités d'enseignement universitaires, il existe une multitude de demandes contradictoires, ce qui réduit la probabilité qu'ils fournissent des soins intrapartum. Ce qui nous amène à la question posée par les chefs de file de la médecine familiale : « Comment peut-on créer et soutenir les modèles professionnels dont nous avons si ardemment besoin pour l'éducation de nos futurs médecins de famille? »

Le recrutement ciblé de professeurs qui dispensent des soins intrapartum contribue à établir et à maintenir un groupe central de modèles professionnels. Les professeurs eux-mêmes ont besoin de temps et d'appui pour parfaire leurs compétences et s'habituer à de nouveaux milieux pour le travail et l'accouchement. D'autres obstacles comme les restrictions en matière de volume dans les hôpitaux, les attentes sociétales et les milieux interprofessionnels complexes sont plus difficiles à surmonter.

La présence du directeur du programme de soins de maternité en médecine familiale de l'établissement peut grandement aider les professeurs qui pratiquent et enseignent les soins intrapartum. En fonction des situations locales, certains établissements pourraient bénéficier de la présence d'un chef de file reconnu.

Le sondage de 2009 sur les programmes de médecine familiale¹ a abordé la question de l'appui offert aux professeurs en soins de maternité. Bien que de nombreux programmes n'accordent aucune considération particulière aux médecins qui dispensent et enseignent les soins intrapartum, d'autres fournissent un ou plusieurs des avantages suivants : allocation horaire, dispositions spéciales afin de retenir les honoraires perçus pour les soins de maternité, versement des frais d'inscription pour des cours comme ALSO® et ALARM, stationnement gratuit à l'hôpital, prime de recrutement, congés compensatoires, allocations d'enseignement et réduction des gardes en médecine familiale générale.

On ignore si ces mesures incitatives améliorent le recrutement ou le maintien en poste des fournisseurs et des professeurs de soins intrapartum. Toutefois, elles signalent la valeur que les leaders universitaires de la médecine familiale accordent à ces compétences. De plus, bon nombre de provinces ont modifié les échelles de rémunération qui ont une incidence favorable sur le revenu des médecins de famille « accoucheurs » moyens dans l'espoir d'améliorer le recrutement et le maintien en poste. Le projet de recherche dont il a été question plus tôt étudiera l'aide

offerte au corps professoral en espérant que les programmes efficaces présenteront leurs recommandations pratiques, lesquelles pourront être reprises par d'autres programmes.

Il convient de noter que certaines provinces (la Colombie-Britannique et le Québec en particulier) versent des rétributions financières pour le mentorat des médecins de famille qui commencent à offrir des soins intrapartum. Dans ces programmes, tant le mentor que le nouveau diplômé est payé pour l'accouchement, jusqu'à concurrence d'un nombre maximal de naissances encadrées.

4. Les différents modèles des programmes d'enseignement

Même si l'étude Taylor et Hanson énumère certaines caractéristiques des programmes de formation en soins de maternité en médecine familiale qui connaissent du succès, le Groupe de travail a jugé bon de donner des exemples qui expliquent comment certains programmes abordent une partie des principes de base de la formation en soins de maternité.

La continuité des soins : De nombreux programmes longitudinaux sont en mesure de « jumeler » chaque femme enceinte avec un médecin de famille membre du personnel et un résident en médecine familiale. Les soins prénatals sont partagés entre eux, avec pour objectif que le résident effectue l'accouchement de ses « propres patientes » si possible. Les nouveau-nés deviennent des patients du résident. D'autres programmes placent les résidents dans des cliniques de soins de maternité où les médecins de famille offrent des soins prénatals et des soins intrapartum. Avec le temps, les résidents sont en mesure de faire le suivi de certaines femmes enceintes et ils sont encouragés à assister à l'accouchement de ces patientes.

Les modèles professionnels de la médecine familiale : Les résidents en médecine familiale jumelés à des superviseurs d'unités d'enseignement communautaires ou universitaires qui fournissent des soins prénatals et intrapartum bénéficient d'une exposition idéale aux soins de maternité en médecine familiale. Toutefois, comme les professeurs qui offrent des soins intrapartum sont peu nombreux, la majorité des résidents n'obtiennent pas ce type de supervision. Ils acquièrent donc la majeure partie de leurs compétences en soins intrapartum en travaillant avec des obstétriciens à l'unité de travail et d'accouchement. Certains programmes de formation ont « rapatrié » toutes les activités d'enseignement des soins de maternité vers le département de médecine familiale. À l'hôpital, les résidents travaillent exclusivement avec des

médecins de famille, mais ils collaborent avec des obstétriciens, des infirmières et d'autres prestataires de soins (comme le font leurs superviseurs). Cette expérience permet au résident de travailler avec différents groupes de garde de médecins de famille et divers types de pratique, assurant ainsi qu'une attitude uniformément favorable à l'égard des soins de maternité en médecine familiale.

Nombre suffisant d'expériences pour acquérir la compétence : Dans les milieux où les résidents ne participent pas à un nombre suffisant de naissances pour acquérir la compétence, il peut s'avérer utile de faire des stages dans des unités de travail et d'accouchement à volume élevé, peu importe que les professeurs soient des médecins de famille ou des obstétriciens. Il est essentiel que ces spécialistes comprennent les buts visés par le stage du résident en médecine familiale et qu'ils collaborent avec les superviseurs en médecine familiale pour veiller à ce que le résident reçoive une formation dans un milieu favorable aux médecins de famille accoucheurs. Lorsque les résidents n'obtiennent pas un nombre suffisant d'expériences (p. ex. des situations d'urgence ou le recours à certaines techniques comme l'application de la ventouse obstétricale), les simulations peuvent être très utiles. On peut utiliser des simulations d'une faible technicité à l'aide de modèles très élémentaires, de poupées, etc., ou encore des simulateurs réalistes du type « Noëlle ».

Apprendre les aptitudes de la collaboration : Comme la collaboration fait partie intégrante de la pratique des soins de maternité, les résidents feront l'expérience de la collaboration à plusieurs niveaux dans le cadre de leur expérience pratique. Toutefois, certains programmes ont fait passer l'enseignement interprofessionnel concerté à un niveau encore plus élevé. À titre d'exemple, des médecins de famille, des infirmières, des sages-femmes et des obstétriciens donnent des ateliers sur les naissances normales aux apprenants de leur discipline respective. Ils cherchent à offrir une tribune qui permet de comprendre les rôles et les champs de pratique de chaque intervenant avant qu'ils soient confrontés aux stéréotypes et aux défis des salles de travail et d'accouchement.

X. Conclusions

Le Groupe de travail a été mis sur pied pour examiner la pertinence de l'éducation et de la formation actuelles en soins de maternité dans les programmes de résidence en médecine familiale. Selon cette directive, nous avons réexaminé la possibilité d'offrir aux résidents des choix au sein de la formation en soins de maternité en médecine familiale, et ainsi consacrer les précieuses ressources d'enseignement en soins de maternité aux résidents qui entendent offrir des soins intrapartum. Toutefois, après discussion et consultation, le Groupe de travail a fortement recommandé que le CMFC maintienne la compétence en soins prénatals et intrapartum complets dans ses normes éducatives. Comme la formation a pour but de former des « diplômés porteurs d'un potentiel complet » qui possèdent un ensemble de compétences dans l'éventail complet des soins, les résidents ne devraient pas être autorisés à refuser de suivre certains éléments du cursus, y compris les soins de maternité intrapartum.

Le Groupe de travail propose que le **contexte** des soins de maternité en médecine familiale soit démontré et enseigné par des médecins de famille, mais que le **contenu** puisse être enseigné par des collègues obstétriciens ou des sages-femmes, dans la mesure où l'enseignement est donné dans des milieux qui valorisent les médecins de famille et leurs apprenants. Les médecins de famille qui dispensent des soins intrapartum sont les professeurs de premier choix et les résidents devraient avoir accès à ces modèles professionnels de médecins de famille « accoucheurs ». Toutefois, la collaboration inter et intraprofessionnelle est essentielle à la pratique et à l'enseignement des soins de maternité, et le CMFC devrait continuer à jouer un rôle actif pour assurer que ce type de collaboration devienne une exigence pour l'obtention d'un agrément complet.

Le Groupe de travail appuie l'orientation actuelle des changements curriculaires au sein du CMFC. L'évaluation fondée sur la compétence plutôt que sur la durée de la formation est essentielle pour que le Collège et la population sachent ce qu'ils peuvent s'attendre d'un diplômé titulaire du titre de CCMF. Le Cursus Triple C met l'accent sur le contenu et le contexte uniques de la médecine familiale. Les soins de maternité, y compris les soins intrapartum, représentent un des éléments clés du contenu. C'est aussi un important point de départ pour discuter de la formation en résidence vu la baisse de participation des médecins de famille en soins intrapartum et le manque de ressources de certains programmes. Nous espérons que le

présent document de travail servira de base à des discussions plus approfondies sur la formation en soins de maternité dès que le Sous-comité sur l'harmonisation du Groupe de travail sur le Cursus Triple C aura établi un cadre pour intégrer les normes d'agrément, les objectifs d'évaluation et CanMEDS-MF. Le Groupe de travail pourrait alors se reformer pour effectuer une consultation sur des aspects précis du cursus en soins de maternité.

XI. Recommandations :

1. La compétence en soins intrapartum est une compétence essentielle des résidents en médecine familiale.
2. Pendant la résidence, la possibilité pour les résidents de choisir certains aspects des soins de maternité qu'ils vont ou non offrir ne sont pas recommandés.
3. Les médecins de famille qui fournissent des soins intrapartum sont les professeurs de premier choix pour enseigner les soins de maternité aux résidents.
4. En l'absence de médecins de famille accoucheurs, les soins de maternité devraient être enseignés aux résidents par des collègues spécialistes qui incarnent la collaboration et valorisent les soins de maternité en médecine familiale.
5. L'évaluation des résidents devrait être basée sur la compétence plutôt que sur la réussite d'un stage d'une certaine durée.
6. Les organismes d'agrément devraient inclure l'exigence de démontrer une collaboration exemplaire pour obtenir l'agrément complet.

Annexe A

Groupe de travail sur la formation en soins de maternité en médecine familiale

Mandat

BUT : Donner suite aux recommandations présentées dans le document *Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir*, en mettant l'accent sur la nécessité d'améliorer les programmes existants et de renforcer l'enseignement et la pratique de tous les aspects des soins de maternité en médecine familiale.

RESPONSABILITÉS :

- 1) Réexaminer la pertinence des exigences actuelles en matière d'éducation et de formation en soins de maternité dans les programmes de résidence en médecine familiale.
- 2) Examiner et renforcer les composantes de la formation en soins de maternité pendant le programme de résidence de deux ans en médecine familiale.
- 3) Recommander des moyens d'améliorer l'exposition des étudiants en médecine aux soins de maternité en médecine familiale.
- 4) Recommander des moyens de fournir un soutien adéquat et durable et une formation professorale aux enseignants de soins de maternité en médecine familiale des programmes de résidence.
- 5) Recommander des moyens qui feront en sorte que tous les programmes de résidence en médecine familiale proposent une orientation et des modèles à suivre en soins de maternité.
- 6) Analyser la possibilité et faire des recommandations relativement à un programme de compétences avancées dans le contexte d'une troisième année de résidence en soins de maternité en médecine familiale.

Type de comité

Groupe de travail du Comité des soins de maternité et de périnatalité (CSMP)

Imputabilité

- Le groupe de travail relève directement du CSMP
- Durant son mandat, le groupe de travail entretiendra des rapports et communiquera avec le Comité d'agrément du CMFC, la Section des enseignants et d'autres groupes/experts dont le rôle est jugé essentiel à cette étude, et il fera régulièrement rapport au CSMP et au Comité de direction du Conseil d'administration

Membres

- Deux membres du CSMP, dont un agira à titre de président du groupe de travail
- Un membre de la Section des enseignants du CMFC
- Un membre du Comité d'agrément du CMFC
- Un membre de la Section des résidents du CMFC, de préférence le représentant du CSMP
- Un représentant du public détenant une expertise sur le sujet, de préférence un président du DMF
- D'autres experts seront invités selon les réalisations attendues du groupe de travail

Bibliographie

1. Biringer A, Maxted J, Graves L. *Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2009. p. 16. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Family%20Medicine%20Maternity%20Care%20Survey%20Implications%20-%20Final%20French.pdf Référence du 5 mai 2012.
2. Sondage national des médecins. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2010. Sondage national des médecins. Sur Internet: http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2010_Survey/2010nps-f.asp Référence du 5 mai 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2009-2019*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2010. Sur Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/Reabstraction_june19revised_09_10_fr.pdf Référence du 14 mai 2012.
4. Nesbitt TS. Obstetrics in family medicine: can it survive? *J Am Board Fam Pract* 2002;15:77-79.
5. Tepper J. *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2004. Sur Internet : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC252>. Référence du 5 mai 2012.
6. Klein M, Lloyd I, Redman C, Bull M, Turnbull AC. 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;90:118-122.
7. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *CMAJ* 1989;140:637-643.
8. Mengel MB, Phillips WR. The quality of obstetric care in family practice: are family physicians as safe as obstetricians? *J Fam Pract* 1987; 24:159-164.
9. Reid AJ, Carroll JC, Ruderman J, Murray MA. Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *CMAJ* 1989; 140:625-633.
10. Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa ON: Agence de la santé publique du Canada; 2009. p292. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/th-s/g/pdf/survey-fra.pdf> . Référence du 5 mai 2012.

11. L'Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON: L'Association des facultés de médecine du Canada; 2011. Sur Internet : http://www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf. Référence du 5 mai 2012.
12. Godwin M, Hodgetts G, Seguin R, MacDonald S. The Ontario Family Medicine Residents Cohort Study: factors affecting residents' decisions to practise obstetrics. *CMAJ* 2002;166:179-184.
13. Sondage national des médecins. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2007. Sur Internet : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/2007nps-f.asp. Référence du 5 mai 2012.
14. Graves L, Hutten-Czapski P. *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*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Sur Internet : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Une%20approche%20à%20la%20formation%20en%20soins%20de%20maternité\(1\).pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Une%20approche%20à%20la%20formation%20en%20soins%20de%20maternité(1).pdf). Référence du 5 mai 2012.
15. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et coll. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. p 101. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple%20C%20Competency%20based%20curriculum%20-%20FR%20-%20Final%20-%20Mar23%202011%20w%20COVER.pdf. Référence du 5 mai 2012.
16. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach* 2010;32:631-637.
17. Groupe de travail sur le processus de certification. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Sur Internet : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>. Référence du 5 mai 2012.
18. Levitt C. Training for family practice obstetrics. Let's rethink our approach. *Can Fam Physician* 2002;48:1175-1177, 1180-1182.
19. MacDonald S. Duty to deliver: producing more family medicine graduates who practise obstetrics. *Can Fam Physician* 2007;53:13-19.
20. Collège des médecins de famille du Canada. *Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale, médecine d'urgence, compétences avancées, soins palliatifs*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Sur Internet :

<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20French.pdf>. Référence du 5 mai 2012.

21. Klein MC, Kaczorowski J, Hall WA, Fraser W, Liston RM, Eftekhary S, et coll. The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:827-840.
22. Klein MC, Kaczorowski J, Tomkinson J, Hearps S, Baradaran N, Brant R; Maternity Care Research Group. Family physicians who provide intrapartum care and those who do not: very different ways of viewing childbirth. *Can Fam Physician* 2011;57:e139-e147.
23. Taylor HA, Hansen GH. Perceived characteristics of successful family practice residency maternity care training programs. *Fam Med* 1997;29:709-714.
24. Helton M, Skinner B, Denniston C. A maternal and child health curriculum for family practice residents: results of an intervention at the University of North Carolina. *Fam Med* 2003;35:174-180.
25. Tobin S, Biringer A, Boutilier-Dean M, Carroll J, Medves J, Oandasan I, et coll. *A Qualitative Exploration of Learners' Experiences in Maternity Care Education. The Babies Can't Wait Project. Technical Report #2*. Toronto, ON: Collège des médecins de famille de l'Ontario; 2006.