

Nouvelles approches aux soins de maternité en milieu rural

Lisa Graves MD CCFP FCFP

Elle est enceinte de 36 semaines. Elle s'inquiète à l'idée que si elle quitte sa collectivité maintenant, elle devra passer des semaines à attendre loin de chez elle son deuxième bébé. Elle sait que son mari et sa tante s'occuperont bien de la petite qu'elle laisse derrière, mais sa fille est trop jeune pour comprendre pourquoi sa mère est partie. Son mari et sa famille pourront-ils la rejoindre à temps quand viendra le nouveau-né? Sera-t-elle toute seule? C'est la situation que vivent les femmes enceintes des communautés où les soins de maternité ne sont plus offerts.

Accès aux soins de maternité en milieu rural—mise à jour

L'accès de plus en plus difficile aux soins de maternité est une réalité pour de nombreuses femmes enceintes vivant en milieu rural, surtout dans les collectivités à grande distance des centres urbains ou des banlieues. En raison d'une récente combinaison de facteurs—préoccupations à propos de la sécurité et rareté des ressources en santé—de nombreux centres ruraux de soins maternels font face à une fermeture¹. En parallèle avec cette tendance, certains hôpitaux ruraux réduisent les privilèges accordés aux médecins de famille, y compris ceux reliés aux soins de maternité. Cet ensemble de facteurs pose des défis constants aux femmes enceintes dans les communautés rurales, à leur famille et à leurs professionnels de la santé.

Les conséquences négatives de voyager loin pour donner naissance sont bien présentes dans les expériences des femmes en cause et elles nuisent à la capacité de leurs médecins et de leurs professionnels de la santé d'assurer un accouchement en toute sécurité et un bon soutien. Les mères autochtones et inuites comptent souvent parmi les femmes obligées de voyager pour avoir des soins de maternité. Elles vivent dans des régions peu peuplées ou géographiquement éloignées, souvent dépourvues d'établissements de santé appropriés à proximité.

Les médecins et les professionnels de la santé qui offrent des soins de maternité sont bien conscients des conséquences financières, psychologiques et sociales pour les femmes qui doivent se déplacer loin de chez elles pour donner naissance². Dans les cultures autochtones et inuites en particulier, on accorde beaucoup d'importance à la famille et aux systèmes d'entraide élargie³⁻⁵. Être séparées des enfants plus âgés, du partenaire, de la famille et des amis au moment

de la naissance cause particulièrement du stress aux nouvelles mamans. D'autres inquiétudes au sujet des pertes de revenus et des dépenses de voyage ajoutent encore à leur stress, sans compter les préoccupations à propos de l'hébergement et des repas. Quoique la durée de l'absence de la maison varie, il n'est pas rare qu'elle soit de 3 à 4 semaines; la mère peut se sentir isolée sur le plan social et émotionnel au moment crucial de donner naissance².

Raison d'être d'une mise à jour de l'Énoncé de principes conjoint sur les soins maternels en milieu rural

Les soins de maternité en milieu rural demeurent problématiques et les hôpitaux réduisent les privilèges des médecins de famille dans ces régions. Conscients de cette réalité, les intervenants concernés ont jugé que le moment était venu de mettre à jour l'Énoncé de principes conjoint sur les soins maternels en milieu rural de 1997, élaboré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada⁶. Dans leur document antérieur, ces organisations avaient reconnu les problèmes d'accès constants aux soins de maternité en milieu rural. Quelque 15 ans plus tard, aux organisations qui avaient initialement rédigé l'énoncé se sont joints 2 nouveaux partenaires, l'Association canadienne des sages-femmes et l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers en périnatalité et en soins des femmes pour produire la mise à jour du document⁷.

Même si l'énoncé de principes de 1997 est toujours pertinent en ce qui a trait aux soins maternels au Canada, des changements se sont produits depuis et le nouvel énoncé en tient compte. Avant tout, depuis 1997, des données probantes étayaient que les soins de maternité en milieu rural, avec ou sans possibilités chirurgicales, peuvent être dispensés en toute sécurité^{5,8}. Des données scientifiques complémentaires font valoir que la morbidité et la mortalité augmentent proportionnellement à la distance parcourue loin de la maison pour donner naissance^{9,10}. Il fallait aussi tenir compte de l'évolution dans les modèles de soins maternels en collaboration et du fait que la gamme d'habiletés et d'expérience des

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2012 issue on page 1067.

médecins, des infirmières en périnatalité et des sages-femmes peut contribuer considérablement aux ressources disponibles.

Recommandations pour une meilleure approche

Même si les problèmes dans les soins de maternité en milieux ruraux et éloignés ne sont pas nouveaux, la question demeure: Comment les médecins de famille et les professionnels des soins maternels peuvent-ils surmonter ces défis incessants d'une manière novatrice et efficace? L'énoncé de principes conjoint mis à jour appuie le retour et le maintien des accouchements dans les collectivités autochtones, rurales et éloignées et reconnaît l'importance du contexte social et culturel dans les soins de maternité. Parmi ses principales recommandations figurent des renseignements détaillés sur le rôle des équipes de soins maternels, les compétences et le personnel qui devraient être accessibles, les éléments à prendre en compte pour définir ce qui constitue la norme dans la formation professionnelle et les besoins des professionnels de la santé sur le plan du perfectionnement continu de leurs habiletés.

Rural dans le contexte des soins de maternité n'a pas de définition étroite; il peut s'agir d'un village éloigné ou encore d'une région ayant une faible densité de population mais plus près d'un centre urbain ou d'une banlieue¹¹. Étant donné que le mot rural sert à définir une grande variété de réalités, différents modèles de soins sont possibles. On ne s'attend pas à ce que toutes les communautés ou régions puissent soutenir tous les aspects ou niveaux de soins maternels; la prestation des soins aux femmes et aux enfants doit être viable et concorder avec les ressources de la communauté.

Des soins de grande qualité à proximité de chez soi se présentent sous diverses formes. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les sages-femmes et les infirmières autorisées en milieu rural peuvent avoir une pratique en solo ou encore travailler ensemble selon un modèle de pratique en collaboration. Les médecins de famille agissent souvent en tant que chefs de telles équipes au sein desquelles tous les membres sont des professionnels dotés de compétences avancées en soins de maternité. Les médecins ayant reçu une formation additionnelle et acquis des compétences en obstétrique, en chirurgie et en anesthésie peuvent exercer un rôle important dans ce contexte. Les modèles de prestation des soins en collaboration constituent l'une des méthodes pour assurer des standards élevés de soins aux patients et de sécurité.

Le développement des équipes interdisciplinaires est une réponse prometteuse à l'environnement actuel des ressources en déclin. Par ailleurs, en tant que nouvelle approche à la prestation des services, les équipes de soins maternels doivent collaborer, dialoguer et porter

attention à la tâche initiale nécessaire de déterminer les champs de pratique et d'établir clairement les rôles de tous les membres de l'équipe. Ces équipes continuent d'avoir besoin de leurs collègues spécialistes en obstétrique et gynécologie, en chirurgie et en anesthésie. Avec une relève appropriée et le soutien des collègues spécialistes, tous les niveaux de soins peuvent être fournis pour la grossesse et l'accouchement au sein-même des communautés rurales.


Chaque discipline qui contribue aux soins de maternité en milieu rural doit concentrer la formation sur les compétences appropriées pour les soins prénatals, pernatals et périnatals, mais doit aussi préparer ses membres à participer activement au sein de pratiques multidisciplinaires en collaboration. Les résidents en médecine familiale doivent être compétents dans l'assistance à des accouchements vaginaux sans complication¹² et avoir des possibilités de formation additionnelle en compétences avancées, comme dans l'exécution d'une césarienne.

Il est essentiel que tous les professionnels de la santé qui travaillent en milieu rural aient une formation continue et la possibilité de renouveler et de mettre à jour leurs compétences. Il faudrait que les organisations nationales et les organismes d'agrément reconnaissent et soutiennent les médecins de famille qui acquièrent des compétences avancées en soins de maternité. Il faut aussi rémunérer équitablement la prestation de ces services au moyen de modes de financement renouvelés et offrir un soutien financier pour les coûts additionnels de la formation en milieu rural. Les plus récents modèles de formation continue et de développement professionnel peuvent offrir aux membres de l'équipe des possibilités adaptées à leur équipe et à leur communauté spécifique. Grâce à cette approche, on peut améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Il est possible de dispenser des soins de maternité sécuritaires et de grande qualité dans les communautés rurales. La réussite dans la mise en œuvre d'un nouveau modèle exigera du travail d'équipe, les ressources et les soutiens financiers appropriés et des compétences améliorées chez les médecins de famille et leurs collègues.

Conclusion

Les services de soins maternels en milieu rural au Canada risquent de disparaître en raison de la fermeture des unités de soins de maternité et du déclin constant dans les services de soins maternels. Les recommandations de l'énoncé de principes conjoint mis à jour en 2012⁷ préconisent des soins maternels de grande qualité pour les femmes et les familles des milieux ruraux dans leurs propres communautés. Ces recommandations présentent aussi une approche pour améliorer les

compétences et la formation des médecins de famille et des professionnels des soins de maternité afin de répondre aux besoins des populations rurales. 

D^{re} **Graves** est professeure agrégée à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario à Sudbury, en Ontario, et présidente du Comité du programme des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada.

Remerciements

L'énoncé de principes conjoint a été produit par un groupe de travail, composé de représentants de l'Association canadienne des sages-femmes, de l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers en périnatalité et en soins des femmes, du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Société de la médecine rurale du Canada et a reçu l'aval des conseils d'administration ou de direction respectifs de ces groupes. Les auteurs principaux étaient **Katherine Miller**, MD, Almonte, Ontario; **Carol Couchie**, RM, Opaskwayak, Manitoba; **William Ehman**, MD, Nanaimo, CB; **Lisa Graves**, MD, Sudbury, Ontario; **Stefan Grzybowski**, MD, Vancouver, CB; et **Jennifer Medves**, RN, PhD, Kingston, Ontario. Les membres du Groupe de travail sur l'énoncé de principes conjoint sont **Kaitlin Dupuis**, MD, Nanaimo, CB; **Lynn Dunikowski**, MLS, London, Ontario; **Patricia Marturano**, Mississauga, Ontario; **Vyta Senikas**, MD, Ottawa, Ontario; **Ruth Wilson**, MD, Kingston, Ontario; et **John Wootton**, MD, Shawville, Québec.

Intérêts concurrents

D^{re} **Graves** est présidente du Comité du programme des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada.

Correspondance

D^{re} **Lisa Graves**, vice-doyenne à l'Éducation médicale prédoctorale, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario, 935 Ramsey Lake Rd, Sudbury, ON P3E 2C6; téléphone 705 662-7165; télécopieur 705 662-7124; courriel lgraves@nosm.ca.

Références

- Kornelsen J, Grzybowski S, Iglesias S. Is rural maternity care sustainable without general practitioner surgeons? *Can J Rural Med* 2006;11(3):218-20.
- Kornelsen J, Grzybowski S. Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(6):554-61.
- Kornelsen J, Moola S, Grzybowski S. Geographic induction of rural parturient women: is it time for a protocol? *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(7):583-5.
- Kornelsen J, Kotaska A, Waterfall P, Willie L, Wilson D. The geography of belonging: the experience of birthing at home for First Nations women. *Health Place* 2010;16(4):638-45.
- Kornelsen J, Kotaska A, Waterfall P, Willie L, Wilson D. Alienation and resilience: the dynamics of birth outside their community for rural First Nations women. *J Aborig Health* 2011;7(1):55-64.
- Société de la médecine rurale du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Joint position paper on rural maternity care*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 1997. Accessible à: www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1541&langType=4105. Accédé le 20 août 2012.
- Groupe de travail sur l'énoncé de principes conjoint. *Joint position paper on rural maternity care*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2012.
- Leeman L, Leeman R. Do all hospitals need cesarean delivery capability? An outcomes study of maternity care in a rural hospital without on-site cesarean capability. *J Fam Pract* 2002;51(2):129-34.
- Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res* 2011;11:147.
- Lisonkova S, Sheps SB, Janssen PA, Lee SK, Dahlgren L, Macnab YC. Birth outcomes among older mothers in rural versus urban areas: a residence-based approach. *J Rural Health* 2011;27(2):211-9.
- Kralj B. *Measuring rurality—RIO2008 basic: methodology and results*. Toronto, ON: Ontario Medical Association Economics Department; 2008. Accessible à: www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/docs/up_rio_methodology.pdf. Accédé le 8 mai 2012.
- Graves L, Hutten-Czapski P. *An approach to maternity care education for Canadian family medicine residents. A discussion paper of the Maternity and Newborn Care Committee*. Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006.

— * * * —