

Réorienter les médecins de famille vers les accouchements

Nour Redding

L'accès insuffisant aux services de soins de maternité est un problème grandissant au Canada en raison des pénuries de ressources humaines chez les obstétriciens, les médecins de famille, les sages-femmes et les infirmières qui font partie d'équipes de soins de maternité¹. Le problème est particulièrement inquiétant pour les femmes enceintes qui habitent en régions rurales et éloignées, qui doivent souvent se déplacer pour recevoir des soins de maternité intégrés et sécuritaires². Comme les médecins de famille exercent un rôle important dans la prestation de soins complets et intégrés aux femmes durant diverses périodes de leur vie, les services de maternité fournis par les médecins de famille représentent une force critique influente qui peut régler le problème du manque d'accès à de tels soins.

Facteurs à prendre en compte

Il est bien connu que le nombre de médecins de famille qui offrent des soins intra-partum au Canada continue de fléchir depuis plus de 2 décennies¹. Le pourcentage de médecins de famille qui font des accouchements au Canada est passé de 20 % en 1997 à 10,5 % en 2010¹. Il est surprenant de constater que les résultats du Sondage national des médecins en 2010 indiquent qu'une proportion substantielle de médecins de famille dispensent encore des soins prénatals et postpartum (respectivement 42,2 % et 54,8 %) ³. Ces statistiques soulèvent d'importantes questions entourant l'importance accordée à la continuité des soins dans l'éducation, la formation et la pratique médicales des médecins de famille. On s'attendrait à ce que les médecins de soins primaires poursuivent les soins prénatals qu'ils fournissent aux femmes en procédant aussi à l'accouchement de leur enfant.

Avant de proposer des solutions au problème des soins intra-partum en déclin, il importe de comprendre les facteurs évoqués par les médecins comme raisons de ne plus participer autant aux soins obstétriques. Par exemple, de nombreux médecins de soins primaires craignent que les accouchements nuisent à leur vie personnelle et professionnelle. Certains se demandent si la rémunération est suffisante, tandis que d'autres expriment un certain malaise parce qu'ils ont l'impression de ne pas être assez bien formés et se préoccupent de la menace de poursuites pour faute professionnelle^{1,4-6}.

Par ailleurs, tous les médecins de famille sont formés pour dispenser des soins de maternité. Par conséquent, il faudrait des initiatives pour encourager les médecins de famille à offrir des soins intra-partum aux femmes enceintes et les soutenir dans cette démarche. Pour ce faire, on pourrait adopter des solutions mixtes, comme une meilleure rémunération, une amélioration de l'éducation et de la formation, un plus grand soutien des établissements et le recours à des modèles de soins différents, qui favorisent la relation professionnel-patient.

Soins prénatals en groupe

Des interventions pédagogiques à l'intention des résidents en médecine familiale ont déjà été conçues pour mieux faire apprécier les soins intra-partum et accroître l'intérêt à leur endroit. L'un de ces programmes, élaborés en Caroline du Nord, a élargi le cursus en soins de maternité pour inclure plus de soutien à l'enseignement et à l'éducation, de meilleurs modèles de rôles en médecine familiale, une participation à un plus grand nombre d'accouchements et une collaboration plus étroite avec d'autres cliniques et professionnels⁷. À la suite de l'étude, on a constaté que parmi les résidents en médecine familiale qui avaient suivi ce cursus, 52 % ont continué à procéder à des accouchements après l'obtention de leur diplôme comparativement à 27,5 % avant l'instauration de ce programme, ce qui indique qu'une éducation améliorée et de meilleurs modèles de rôles peuvent entraîner des résultats positifs considérables. Des études canadiennes ont aussi fait valoir que les médecins qui travaillaient au sein de groupes de médecins de soins primaires dispensant des services d'obstétrique avaient plus de flexibilité pour s'acquitter de leurs autres engagements personnels et professionnels^{8,9}.


Même si ces méthodes semblent avoir un fort potentiel pour changer les pratiques et améliorer la continuité des soins chez les médecins de famille qui dispensent des soins prénatals, je préconise un changement dans la prestation des soins prénatals qui, selon moi, influencera positivement les professionnels à participer aux accouchements. J'ai initialement été exposée au concept des soins prénatals en groupe durant ma formation au niveau de la maîtrise. Le projet comportait d'étudier si les soins postnatals en groupe étaient acceptables pour les patientes et de comparer par la suite les résultats chez les femmes ayant reçu des soins sur une base collective avec ceux des femmes ayant fait l'objet d'une intervention individuelle dans

This article is also in English on page 15.

une clinique de soins primaires. Une recherche documentaire exhaustive que j'ai entreprise sur le sujet des soins prénatals en groupe a révélé que ce modèle favorise définitivement les soins centrés sur la patiente en alimentant la croissance personnelle, ainsi que le soutien entre patientes et médecins¹⁰. De plus, par l'intermédiaire d'interactions et de discussions de grande qualité s'échelonnant sur une durée totale de 20 heures durant la grossesse, les patientes ont l'occasion d'établir des relations de confiance avec leurs médecins, ce qui rehausse chez ces derniers le sentiment de rétribution et de satisfaction à dispenser ces soins^{10,11}.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a évalué les effets du recours à une approche en groupe des soins prénatals durant la résidence dans le but d'augmenter la proportion de médecins de famille qui offrent des soins intra-partum après leur diplôme. Toutefois, une étude a fait valoir que les patientes qui reçoivent des soins prénatals en groupe prodigués par des résidents ont tendance à subir moins de césariennes que celles qui reçoivent les soins individuels habituels¹². On ne sait trop si ces meilleures issues de grossesse sont attribuables aux plus grandes connaissances, au soutien social et à l'état de préparation dont bénéficient ces femmes grâce aux soins prénatals collectifs. On pourrait poser comme hypothèse que ces améliorations s'expliquent par le fait que les médecins de famille offrent aux femmes enceintes un soutien sur une base prolongée, ce qui rehausse en définitive l'autoefficacité des patientes.

En dépit du fait qu'il faudrait indubitablement plus de recherche pour évaluer si les soins prénatals en groupe améliorent la pratique intra-partum, il reste que le modèle adopte une approche complète quant à l'évaluation de la santé, à l'éducation et au soutien¹⁰. Il permet aux médecins d'offrir une continuité longitudinale et interpersonnelle des soins, ainsi qu'une continuité des soins au sein des familles¹³. De plus, c'est une avenue permettant de dispenser efficacement des soins centrés sur la patiente. Ces éléments fondamentaux font des soins prénatals en groupe une option de rechange attrayante à la pratique traditionnelle de ces soins. En outre, si la recherche permet de démontrer que les soins prénatals en groupe peuvent augmenter la prestation des soins intra-partum, ce modèle d'éducation peut être mis en œuvre dans la formation postdoctorale en médecine familiale et transformer, en définitive, la façon dont les services de soins de maternité sont fournis par les médecins de famille. Ce faisant, le problème de l'accès à des soins de maternité adéquats pourra être réglé de

manière coordonnée et intégrée, tout en permettant aux médecins de famille de jouer leur rôle spécial de soignants, du ventre de la mère jusqu'à la tombe. 

M^{me} Redding est étudiante en maîtrise au Département de médecine familiale de l'Université McGill, à Montréal, au Québec.

Remerciements

Ce commentaire s'inspire en partie de mon projet de thèse de maîtrise qui a été financé par le Concours attirant la recherche exceptionnelle du St Mary's Hospital.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Nour Redding, Département de médecine de famille, Université McGill, 5858, chemin de la Côte-des-Neiges, Suite 300, Montréal, QC H3S 1Z1; courriel nour.redding@mail.mcgill.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *A national birthing initiative for Canada*. Ottawa, ON: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2008. Accessible à: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/BirthingStrategyVersionJan2008.pdf>. Réf. du 24 novembre 2014.
- Collège des médecins de famille du Canada [site web]. *Canadian healthcare not meeting the needs of rural maternity care providers and patients*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Accessible à: www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/NewsItem.aspx?id=5165&terms=maternity. Réf. du 24 novembre 2014.
- Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *National Physician Survey, 2010. National demographics*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Accessible à: <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/05/NPS2010-National-by-Prov-Binder.pdf>. Réf. du 19 novembre 2014.
- Biringer A, Maxted J, Graves L. *Family medicine maternity care: implications for the future*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2009. Accessible à: www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Family%20Medicine%20Maternity%20Care%20Implications%20for%20the%20Future.pdf. Réf. du 24 novembre 2014.
- Pimlott N. A glimpse of the future. *Can Fam Physician* 2013;59:1031 (ang.), 1032 (fr.).
- Tong ST, Makaroff LA, Xierali IM, Parhat P, Puffer JC, Newton WP et collab. Proportion of family physicians providing maternity care continues to decline. *J Am Board Fam Med* 2012;25(3):270-1.
- 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(3):174-80.
- Price D, Howard M, Shaw E, Zazulak J, Waters H, Chan D. Family medicine obstetrics. Collaborative interdisciplinary program for a declining resource. *Can Fam Physician* 2005;51:68-74.
- Koppula S, Brown JB, Jordan JM. Experiences of family physicians who practice primary care obstetrics in groups. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(2):121-6.
- Massey Z, Rising SS, Ickovics J. CenteringPregnancy group prenatal care: promoting relationship-centered care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(2):286-94.
- McNeil DA, Vekved M, Dolan SM, Siever J, Horn S, Tough SC. A qualitative study of the experience of CenteringPregnancy group prenatal care for physicians. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(Suppl 1):S6. Publication en ligne du 31 janvier 2013.
- Barr WB, Aslam S, Levin M. Evaluation of a group prenatal care-based curriculum in a family medicine residency. *Fam Med* 2011;43(10):712-7.
- Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D et collab. *Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review—part 1*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Accessible à: www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/WGCR_TripleC_Report_English_Final_18Mar11.pdf. Réf. du 19 novembre 2014.
