Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Fall 1999 Contents • Automne 1999 Table des matières

Déclaration de principe conjointe sur la formation des omnipraticiens ruraux pour les soins maternels avancés et les césariennes

Stuart Iglesias, MD; Peter Hutten-Czapski, MD

CJRM 1999;4(4):217-25.

Contenu

- Revue de la littérature médicale
- Avantages attendus pour les mères et leurs nouveau-nés en milieu rural
- Étendue de la pratique
- Formation
- Maintien de la compétence
- Sommaire
- Recommandations
- Références
- Annexe : programme de formation en soins maternels avancés à l'intention des médecins de famille

---

Toutes les canadiennes méritent d'avoir un accès rapide à des soins avancés de maternité. Au Canada, on considère généralement cela comme acquis dans les milieux urbains. Mais, l'accès peut représenter un véritable défi pour les quelque 30 % de femmes dont la grossesse se déroule en milieu rural.

Il existe diverses définitions de ce qui constitue un milieu rural. Dans ce document, nous utiliserons la définition suivante :

> En pratique, au Canada, on définit actuellement les «régions rurales éloignées» comme étant à une distance de 80 à 400 km d'un hôpital régional important et les «régions rurales isolées», comme étant à plus de 400 km, c'est-à-dire à environ quatre heures de transport par beau temps. Dans certaines régions agricoles du

> Canada, la population est fort dispersée et desservie par des hôpitaux de nature rurale bien que situés à moins de 80 km de petits centres urbains. Ces petits centres hospitaliers visent à fournir des soins maternels adéquats et sécuritaires d'une façon relativement autonome. De tels établissements peuvent être appelés «ruraux rapprochés1.»

Sur le plan opérationnel, on peut dire que le Canada rural se définit comme les régions où les médecins de famille assurent la majorité ou la totalité des services médicaux, y compris la soins de la maternité. Le manque relatif de spécialistes dans ces communautés oblige les médecins de famille ruraux à fournir un plus large éventail de services que leurs collègues des villes. Le présent document décrit des programmes de formation pour les soins maternels avancés visant à assurer la présence de ces services en milieu rural.

La plupart des communautés rurales sont trop petites et trop isolées pour assurer la présence d'un obstétricien et d'un anesthésiste lorsque l'accouchement requiert une intervention. Seulement 38 obstétriciens pratiquent actuellement en milieu rural au Canada2. La majeure partie des services de protection de la maternité sont fournis par les quelque 1384 médecins de familles qui assurent les soins intra-partum2. Dans les hôpitaux ruraux, il se peut que les soins maternels avancés, tels que l'application des forceps, le retrait manuel du placenta, la réparation des lacérations du tractus génital et les césariennes, doivent être pratiqués par les médecins de famille. Ce sont leur dévouement et leur ténacité qui ont assuré la continuité des programmes de maternité du Canada rural. La formation des ces médecins de famille est variée et de sources multiples. Beaucoup d'entre eux sont des diplômés en médecine venus de l'étranger. Certains ont même reçu une formation de spécialistes dans d'autres pays. Beaucoup d'hôpitaux des régions rurales, habitués à compter sur les services de ces médecins, trouvent de plus en plus difficile de les remplacer quand ils prennent la retraite. De plus, moins de nouveaux médecins immigrent au Canada. Les autres médecins sont formés au Canada, grâce à un certain nombre de programmes, certains structurés, tels que la troisième année de résidence en pratique familiale, d'autres non structurés, tels que les arrangements particuliers entre des méde-cins intéressés, un programme d'enseignement et une communauté éprouvant des besoins précis. Depuis quelques années, les universités d'Ottawa, de Toronto, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de Calgary et de Colombie-Britannique offrent des programmes de formation individualisés.

En 1991, au Canada, 576 hôpitaux offraient des services de soins de la maternité. Il y en a moins maintenant. On peut difficilement s'attendre à ce que des obstétriciens soient présents pour pratiquer des césariennes quand on sait que, dans 40 % de ces 576 hôpitaux, il y avait moins de 20 césariennes par année3. Environ 7 % de toutes les césariennes sont pratiquées par des médecins sans certificat de spécialité. C'est grâce aux césariennes pratiquées par des médecins de famille dûment formés que le Canada rural peut continuer d'offrir des services de soins de la maternité. Du point de vue pratique, il n'y a pas d'autres choix.

Le Canada dispose de l'un des meilleurs systèmes régionaux de soins de santé au monde grâce

auquel les malades graves sont transportés à des centres équipés des ressources nécessaires pour traiter leur maladie. Voilà pourquoi nos taux de mortalité maternelle (6/100 000) et périnatale (6-8/1000) sont parmi les plus bas au monde4. Pour cette raison, on ne doit faire des changements à un tel système qu'avec une grande prudence et en assurant une surveillance attentive.

Il faut maintenir ou rétablir la présence de soins maternels avancés au sein du Canada rural. Rourke5 a constaté une réduction considérable du nombre de places en maternité, de médecins de famille présents lors des accouchements et de césariennes en milieu rural ontarien. Les Canadiens doivent savoir que, sans la présence de praticiens bien formés, ces ressources ne seront pas disponibles quand les femmes en auront besoin. Pour éviter ce problème, il faut une action concertée pour maintenir des services médicaux, infirmiers, administratifs et des installations là où les femmes accouchent. Assurer l'existence d'une infrastructure rurale de la santé s'avère une entreprise complexe comprenant la présence d'un contingent adéquat d'infirmières qualifiées, un équipement adéquat, des transports d'urgence, des services d'anesthésie, un financement et une organisation. Nous ne traitons pas de ces aspects ici.

Il faut bien comprendre que la capacité d'offrir des services opératoires d'accouchement localement ne veut pas dire que toutes les patientes devant subir une intervention au moment de l'accouchement doivent accoucher localement. Le modèle qui convient comprend un système périnatal élargi dans lequel certaines femmes enceintes considérées à haut risque sont transportées au centre le plus proche disposant des services jugés nécessaires avant le moment de l'accouchement. Les mêmes principes de gestion de risque et de régionalisation s'appliquent au choix des patientes pour les naissances avec intervention que pour l'ensemble du système périnatal.

La volonté, les ressources et le support anes-thésique et infirmier nécessaires ne sont pas toujours présents, au niveau local, pour la pratique d'une césarienne qui exige un travail d'équipe, un engagement intense et des ressources abondantes. Certains établissements ruraux pratiquent des soins d'accouchement moins intenses et transfèrent plusieurs patientes à un autre centre. Il est évident que cela peut se faire en toute sécurité pourvu que le processus de sélection des patientes soit efficace et qu'il soit renforcé par un système de vérification et de rétroaction1.

Le présent document ne porte que sur les questions liées au travail, aux accouchements nécessitant une intervention et aux autres compétences avancées en soins maternels ayant un rapport avec les fonctions des médecins ruraux. La formation en soins maternels avancés peut aussi comprendre l'échographie obstétricale élémentaire, l'analgésie obstétricale, l'évaluation néonatale et la stabilisation avancées. On peut aussi intégrer ce programme à la formation chirurgicale pour la pratique familiale en milieu rural. On prépare aussi actuellement des documents sur l'anesthésie et sur la chirurgie en pratique familiale destinés à accompagner, à complémenter et à renforcer le présent document.

[Contenu]

Revue de la littérature médicale

On a fait une recherche sur MEDLINE pour trouver les publications, depuis 1987, sur la formation des omnipraticiens/médecins de famille pour le recours aux forceps, à la ventouse obstétricale et à la césarienne. D'autres publications sur les soins maternels en milieu rural ont aussi été recueillies, tel que décrit ci-dessus1. Très peu d'articles évaluent les résultats d'accouchements avec intervention en milieu rural6-9.

Les articles passés en revue présentaient un problème général quant à la possibilité de contrôler les facteurs confusionnels possibles pour la comparaison des résultats de diverses populations. Pourtant, ils présentent des rapports encourageants sur les résultats périnatals et maternels acceptables obtenus auprès de populations desservies par les médecins non spécialistes adéquatement formés.

L'étude de Deutchman et collègues6 examine les résultats obtenus par des médecins de famille dans deux hôpitaux ruraux de 35 lits (631 césariennes), sur une période de 10 à 15 ans. Le taux de césariennes était de 16 % On a comparé les résultats aux normes établies dans la littérature médicale sur la mortalité maternelle, l'indice d'Apgar, les transfusions maternelles, les infections des voies urinaires, l'endométrite, la péritonite, les infections de lésions, la réopération et les atteintes à la vessie, à l'urètre ou à l'intestin10. Dans cet échantillon limité, «à en juger par les normes nationales, les médecins de famille ont pratiqué des césariennes qui ont produit des résultats de haute qualité pour les nouveau-nés et pour les mères....6»

Kriebel et Pitts ont démontré que, dans un hôpital de 25 lits, desservi par trois médecins, à Forks, dans l'État de Washington, il y avait eu peu d'interventions et de complications, un faible taux de mortalité infantile et un bon indice d'Apgar, à partir de données obtenues sur une période de huit ans (1026 naissances)7. Chaque médecin avait reçu une formation pour les accouchements par césarienne. Les taux de transferts intra-partum et infantiles étaient de 3 % et de 0,8 %, respectivement. Le taux de césariennes était de 8,9 %. Le taux d'utilisation des forceps était de 1,8 %, et celui de la ventouse obstétricale, de 3,1 %.

Récemment, Cameron a compilé les résultats, de 1981 à 19908, à l'hôpital d'Atherton, dans le Queensland, où il n'y avait pas d'obstétricien spécialisé. Pourtant, cinq médecins avaient reçu une formation avancée pour pratiquer des césariennes. Un taux de 1,3 % a été obtenu à partir des 2883 naissances supervisées par 17 médecins non spécialisés, sur une période de neuf ans (au Queensland, la moyenne est de 18,4 %). Le taux de succès des accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) était de 58 % et le taux brut de mortalité périnatale, de 5,2/1000. Le taux de mortalité périnatale (9,6/1000) se comparait favorablement à ceux de l'ensemble de l'État du Queensland (13,5/1000) compte tenu de facteurs tels que les résultats des recommandations anténatales (1,6 %) et des transferts intra-partum et post-partum.

Dans le nord de l'Ontario, Black et Fyfe9 ont mené une étude de population basée sur 24 524 naissances. Ils ont conclu que les femmes de 11 localités où les césariennes n'avaient été pratiquées que par des non-spécialistes avaient connu des taux acceptables de mortalité périnatale. Les taux de naissances vaginales assistées par des instruments étaient de 7,7 % et celui des césariennes, de 14,2 %.

On peut s'attendre à ce que le processus de collaboration entre la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) saura encourager la création des bases de données périnatales démographiques dont on a besoin pour vérifier et mener la recherche sur la protection de la maternité en milieu rural. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) commence aussi à s'intéresser à ce genre de question.

[Contenu]

Avantages attendus pour les mères et leurs nouveau-nés en milieu rural

Au fur et à mesure qu'on réduit les services de maternité et qu'on ferme des centres hospitaliers en milieu rural, les femmes se voient privées de la possibilité d'accoucher dans un hôpital de leur localité. Dans la Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural1, nous avons passé en revue et confirmé les preuves qui démontrent que les femmes connaissent de meilleurs résultats dans les localités rurales lorsqu'elles reçoivent le soutien de programmes locaux de soins intra-partum, indépendamment de la présence de services opératoires d'accouchement9,11-13. Il est évident qu'il vaut mieux offrir des services limités de soins maternels que de n'en offrir aucun. Les femmes qui ont accès localement à des soins avancés de protection de la maternité en milieu rural jouissent-elles d'avantages supplémentaires?

Le sentiment d'appartenir à une communauté constitue l'un des éléments inhérents à la vie rurale. Même si ces femmes ont généralement la possibilité de se rendre ailleurs pour accoucher, plusieurs d'entre elles ne le souhaitent pas. Il est évident que la simple présence locale de ressources d'intervention, telles que les forceps, la ventouse obstétricale ou la césarienne, peut réduire considérablement les besoins de transferts ante- et intra-partum. En l'absence de ressources d'intervention locales et avec une gestion attentive du risque, environ 80 % des patientes peuvent s'attendre à accoucher dans un hôpital de leur localité. Les risques et les transferts intra-partum réduisent cette proportion à 60 %9. Lorsque des services opératoires d'accouchement sont disponibles localement, plus de 90 % de ces femmes peuvent accoucher au sein de leur communauté7-9.

Certaines femmes ne peuvent pas être transférées parce que les complications lors d'un accouchement sont souvent imprévisibles. Des désastres naturels (p. ex. le décollement placentaire, le prolapsus du cordon, l'hypoxémie fœtale) peuvent se produire en milieu rural. La

possibilité de recourir localement aux techniques d'intervention rend les services ruraux capables de faire face à ces situations rares mais inévitables.

Indépendamment des résultats et des normes, l'absence de soins maternels avancés menace la survie des programmes de maternité en milieu rural. Certes, plusieurs localités rurales (125) continuent d'offrir des soins intra-partum sans possibilité de césarienne. Cependant, cela leur impose des pressions considérables. Dans une étude sur les résultats obtenus par des centres ruraux dans l'État de Washington, Nesbitt et collègues12 ont conclu que les localités qui avaient été capables de conserver la majorité de leurs services de maternité connaissaient une perte très peu importante de leurs médecins qui pratiquaient des accouchements (moins de 3 % par an). Les communautés les plus vulnérables étaient celles où moins du tiers des naissances avaient lieu localement. Ces localités perdaient leurs médecins pratiquant des accouchements à un rythme de 27 % par année.

Rourke5 et Hutten-Czapski14 ont présenté des données montrant un déclin rapide des services de soins maternels en milieu rural au Canada. Dépourvus des connaissances précises en anesthésie et chirurgie qui leur permettraient d'intervenir, les prestateurs de soins de santé font face à un problème de confiance quant à leur capacité de répondre aux défis présentés par une variété considérable de complications de grossesse pouvant se produire. Quelque favorables que soient les résultats actuels, il n'en reste pas moins que le Canada connaît une érosion continue des services offerts aux femmes. Les programmes ferment l'un après l'autre pour des raisons allant du stress professionnel aux crises de confiance, à la perception de risques médico-juridiques, à la retraite du personnel ayant une compétence avancée, et même aux priorités budgétaires des hôpitaux.

La formation en soins avancés n'éliminera pas le stress professionnel, les risques médico-juridiques ou les problèmes budgétaires, mais elle améliorera le niveau de confiance des prestateurs de soins maternels en milieu rural. Ils pourront ainsi continuer à offrir leurs services sans exiger la présence sur place de spécialistes en obstétrique. Cela permettra aussi aux localités rurales d'attirer des obstétriciens en allégeant leur fardeau de disponibilité.

[Contenu]

Étendue de la pratique

Certains croient qu'il n'est pas souhaitable d'offrir une formation réduite en techniques chirurgicales parce qu'ils croient qu'elles ne peuvent être pratiquées d'une façon sécuritaire que par ceux qui ont été formés d'une manière approfondie grâce à un programme complet de résidence (c.-à-d. que le programme de spécialisation est indivisible)15. L'évolution des soins de santé en milieu rural suffit à contredire cet argument. Après une formation adéquate, les médecins ruraux donnent des anesthésiques16, traitent les traumatismes17,18, font des thrombolyses pour

infarctus du myocarde19,20, traitent la pneumonie21 et pratiquent des césariennes6,9,10. On reconnaît que, lorsque la situation clinique en milieu rural requiert le recours à des techniques chirurgicales, beaucoup de cas sont transférés pour une consultation ou un traitement par un spécialiste. Cependant, plusieurs sont pris en main localement. Bien que limités, les résultats connus révèlent que ces cas sont bien traités en milieu rural6,9,10,16-21.

Beaucoup de médecins de famille sont bien formés en matière de connaissances fondamentales sur la maternité et les soins néonatals ainsi que sur les indications pour les accouchements nécessitant une intervention. Certains ont besoin d'une formation sur les techniques exactes de naissance vaginale avec intervention et sur les césariennes pouvant être pratiquées avec succès par des médecins de famille non spécialistes bien formés. On peut atteindre ces objectifs en mettant sur pied des programmes de formation professionnelle bien conçus et agréés pour les médecins de famille qui souhaitent pratiquer en milieu rural et offrir ces services. Les connaissances transmises dans ces programmes devraient avoir la même qualité que les programmes de formation actuels en médecine familiale et en obstétrique et gynécologie. Les médecins de famille formés par ces programmes agréés devraient avoir le droit de pratiquer conformément à leurs nouvelles qualifications professionnelles. Cette position est corroborée par l'American Academy of Family Physicians (AAFP) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) qui ont déclaré : «Les privilèges doivent être accordés selon leur éducation, leur expérience et leur compétence attestée et non pas exclusivement sur la base d'un certificat, de leur association à l'ACOG, de leur adhérence à d'autres organisations ou de leur rang et de leur titularisation comme médecins.22»

[Contenu]

Formation

Il existe très peu de descriptions de la formation professionnelle visant l'acquisition de compétence en soins maternels avancés par les généralistes pratiquant en milieu rural. Il est évident que ces diplômés doivent répondre aux mêmes normes élevées de formation qui assurent des résultats comparables à ceux des mêmes procédés dans la même population à faible risque qui reçoit les services d'un spécialiste en milieu urbain au Canada. De plus, ces programmes de formation doivent répondre à des normes nationales permettant d'utiliser ces compétences en milieu rural, partout au Canada. Cela exige des évaluations rigoureuses en cours de formation et des examens de sortie pour les diplômés. Pour que ces programmes soient agréés, il faudra soumettre une documentation établissant que la certification de compétence en soins maternels avancés a été évaluée d'une manière adéquate.

L'existence de soins médicaux de haute qualité en milieu rural dépend de notre capacité de concevoir un programme de formation réaliste pour que les omnipraticiens soient en mesure de fonctionner aussi bien à l'urgence et aux autres services médicaux que dans les services de

maternité et de chirurgie. Certaines habiletés sont complémentaires. Mal-heureusement, il n'existe pas d'information objective permettant de préciser le temps nécessaire pour qu'un omnipraticien acquière ces différentes habiletés, séparément ou en combinaison. Nous croyons que, en l'absence de données objectives, il faut éviter d'établir, dans chaque programme de formation, des normes de passage si élevées que les objectifs des praticiens ruraux soient inaccessibles.

Dans cette perspective, les lignes directrices concernant la durée des programmes de formation ne présentent qu'un intervalle de temps. La durée précise de la formation dépendra des capacités déjà existantes des individus en formation, de leur facilité d'apprentissage, de l'intensité du programme, des habiletés complémentaires à acquérir et du rôle que ces médecins seront appelés à jouer dans leur milieu. Chaque programme de formation doit être suffisamment flexible en terme de durée et de contenu pour tenir compte de l'étendue des habiletés préexistantes des sujets et des besoins des milieux ruraux, tout en étant suffisamment rigoureux pour s'assurer que ses diplômés sont compétents.

Nous croyons que la plupart des sujets pourront acquérir la compétence voulue dans les délais suivants :

1. Résidents en médecine familiale récemment diplômés : de 6 à 12 mois durant la troisième année de formation.
2. Médecins de famille pratiquants : de 6 à 12 mois.
3. Médecins de famille pratiquants qui souhaitent rafraîchir ou consolider leur compétence avancée existante : de 1 à 3 mois.
4. Diplômés en médecine d'origine étrangère ayant reçu une année ou plus de formation en obstétrique et gynécologie : de 1 à 3 mois. (Il se peut que cette estimation de 1 à 3 mois mène à la recommandation d'une formation supplémentaire.)

Le nombre d'interventions nécessaires pour acquérir la compétence souhaitée est mal défini. Dans le cas des habiletés liées aux soins maternels avancés, le programme de la Saskatchewan fournit un exemple lorsqu'il «suggère» que le médecin de famille doit pratiquer 20 césariennes et participer à 30 autres23. On en est arrivé à ce chiffre à partir d'un examen des publications et des évaluations des résidents de première année en obstétrique et gynécologie. Aux États-Unis, le programme de base de l'ACOG-AAFP précise 10 césariennes ou plus au cours d'un programme de formation de trois mois22. Le programme des Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists (RACOG)-Rural Doctors Association of Australia (RDAA)-Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) suggère six mois de formation et un minimum de 23 césariennes pratiquées en tant que chirurgien principal24. Une étude américaine a établi que les médecins de famille qui pratiquent actuellement des césarien-nes en avaient fait de 25 à 100 durant leur formation. La moyenne, pendant la formation, était de 466.

Les médecins qui s'intéressent à recevoir une formation doivent comprendre qu'il n'y a pas de chiffre fixe, mais que l'acquisition d'une compétence avancée en matière de soins maternels exige

un engagement considérable. La compétence ne peut se mesurer qu'en fonction de la capacité à bien pratiquer l'intervention, et non pas en nombre d'interventions ou de mois de formation. Pour quelques médecins, la maîtrise viendra rapidement alors que, pour d'autres, le nombre suggéré peut ne pas suffire à les préparer pour pratiquer d'une façon indépendante.

[Contenu]

Maintien de la compétence

La littérature médicale nous renseigne très peu sur la question de quantité en matière d'interventions avancées de grossesse. Les médecins de familles et les omnipraticiens de l'Ontario qui pratiquent des césariennes en font, en moyenne, 15 par année25. Des conclusions de recherche confirment que les médecins de famille habiletés à pratiquer des césariennes peuvent maintenir leur compétence en faisant relativement peu (de 5 à 22)6. Ceci corrobore la recherche qui indique que c'est la qualité de la formation plutôt que le nombre pratiqué annuellement, qui permet de maintenir la capacité de base :

Il y a peu de preuves que les capacités psychomotrices qui importent pour la pratique de la médecine d'intervention se perdent avec le manque de pratique régulière. L'intensité de la pratique de cette habileté durant la période de formation risque d'avoir la plus grande importance. Plus l'apprentissage initial est approfondi et plus il y a surapprentissage (c.à.d. la répétition de l'intervention qui dépasse le point d'apprentissage nécessaire), moins on risque de perdre cette habileté26.

Les lignes directrices de la SOGC en matière de compétence générale pour les soins maternels à faible risque ne spécifient pas un nombre absolu de naissance pour maintenir la compétence. Elles encouragent plutôt un engagement à vie à l'évaluation et au perfectionnement professionnel continu. La compétence à pratiquer des soins maternels avancés exige un plus grand engagement et une formation plus large.

Pour connaître le succès, les programmes structurés de formation avancée, destinés aux prestateurs de soins maternels, doivent prévoir une formation continue des diplômés ainsi qu'une infrastructure au niveau de l'organisation et du support professionnel. Chacun de ces programmes peut contribuer grandement à fournir aux médecins de famille en milieu rural le support et le perfectionnement dont ils ont besoin en matière de soins maternels :

- Les départements d'obstétrique et gynécologie des universités et hôpitaux peuvent permettre l'accès à leurs services cliniques, d'une façon structurée ou non, aux médecins de famille des milieux ruraux qui souhaitent rafraîchir leur compétence en techniques avancées.
- Le programme de formation (voir l'Annexe) propose aux diplômés de continuer d'inscrire

leur expérience clinique dans un carnet de route devant être évalué chaque trois ou cinq ans. Cette évaluation devrait être faite dans le but d'aider et d'améliorer les médecins. Ainsi, les départements qui auront formé ces médecins continueront de jouer un rôle permettant de poursuivre les exigences de formation.

On doit encourager chaque programme de formation à choisir les éléments de formation qui semblent les plus adaptés à son contexte géographique. Nous recommandons cependant que l'accréditation de ces programmes exige une structure quelconque visant à assurer le maintien de la compétence et une évaluation périodique.

[Contenu]

Sommaire

- La compétence en soins maternels avancés, y compris les naissances avec intervention, peut être incorporée à la pratique familiale.
- Les médecins de famille bien formés qui pratiquent des césariennes peuvent obtenir des résultats satisfaisants.
- Les localités dotées d'un accès local à des médecins capables de fournir des soins maternels avancés sont en mesure de conserver leurs services de maternité locaux.
- Les disciplines de médecine familiale et d'obstétrique et gynécologie doivent mettre sur pied des programmes de formation en soins maternels avancés, structurés et accessibles. Cela nécessitera la coopération et la coordination des départements universitaires qui organiseront ces programmes, du CMFC qui les agréera, et des orga-nismes de réglementation provinciaux et des ministères de la santé qui les financeront.
- La formation en soins maternels avancés et les privilèges qui s'y rattachent ne sont préconisés que pour les médecins de famille, les hôpitaux et les localités des milieux ruraux. Ils ne doivent pas s'appliquer aux milieux où les obstétriciens spécialistes sont en nombre suffisant.

[Contenu]

Recommandations

1. Les hôpitaux dotés de services de césariennes doivent s'efforcer de maintenir ces services.
2. Lorsque des ressources humaines et physiques adéquates le permettent, les médecins devraient encourager toutes les femmes qui souhaitent accoucher en milieu rural, à le faire lorsque l'accès local à des soins maternels avancés et aux césariennes permet d'espérer des conditions sécuritaires.
3. Les principes de gestion de risque, de régionalisation, de transparence, de choix éclairé et

de liberté de choix, énoncés dans la Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural1, s'appliquent sans réserves aux prestateurs de soins maternels en milieu rural qui réussissent à acquérir la compétence nécessaire en soins maternels avancés.

4. La compétence en soins maternels avancés, y compris les naissances avec intervention, font partie du champ de compétence des médecins de famille ayant reçu une formation adéquate.
5. La responsabilité de la formation en soins maternels avancés est partagée par les départements universitaires de médecine familiale et d'obstétrique et gynécologie.
6. Les départements de médecine familiale doivent prendre l'initiative de négocier ces programmes de formation avec leurs collègues obstétriciens, avec les universités et avec les organismes de réglementation et de financement provinciaux.
7. Ces programmes de formation doivent être agréés par le CMFC.
8. Les médecins de familles qui reçoivent une formation en soins maternels avancés doivent accepter d'être soumis à des vérifications, à des évaluations et à une formation professionnelle continue.
9. L'accréditation des programmes de formation doit exiger la mise en place de services de soutien et de perfectionnement professionnel continu pour les diplômés ainsi qu'un système d'évaluation à intervalles réguliers.
10. La formation doit être offerte aux résidents de médecine familiale de troisième année et aux médecins en réinsertion. En principe, selon la présence de mentors et de services enseignants, ces habiletés sont acquises dans un centre d'enseignement, dans un centre hospitalier régional ou rural ou dans une combinaison de ceux-ci.
11. Les programmes de formation en soins maternels avancés pour les médecins de famille doivent disposer de mécanismes réalistes d'évaluation et de délivrance des diplômes. Les médecins qui ont reçu leur formation à l'étranger doivent travailler dans un hôpital sous observation.
12. Les candidats aux programmes de formation doivent être évalués de manière à déterminer leur formation antérieure, leurs habiletés présentes et leur accès aux ressources locales. La durée et l'envergure de la formation doivent être suffisamment flexibles pour répondre aux besoins individuels des stagiaires et de leur milieu.
13. Le fait d'être agréé ou membre de la CMFC ne doit pas être un facteur de sélection.
14. Il faut déployer tous les efforts nécessaires pour assurer un nombre de médecins canadiens compétents en soins maternels avancés et pour leur permettre de travailler dans des conditions viables. En l'absence d'un médecin canadien adéquatement formé, on ne doit pas exclure la possibilité d'inviter des diplômés en médecine étrangers, formés en soins avancés.
15. Les médecins qui obtiennent leurs qualifications en soins maternels avancés doivent être reconnus par les organismes de réglementation provinciaux et par les conseils d'administration des hôpitaux ruraux.
16. Les organismes de financement doivent fournir un niveau adéquat de financement aux candidats, aux précepteurs et aux départements de médecine familiale et d'obstétrique et gynécologie.

17. Un programme de vérification continue et d'amélioration de la qualité est un appoint nécessaire à tout programme de formation en soins maternels avancés.
18. Le Programme de formation en soins maternels avancés à l'intention des médecins de famille, présenté en annexe, offre un exemple d'un programme de formation adéquat, générique et complet.

La présente déclaration de principe a été élaborée par le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Cet article a fait l'objet d'un examen critique par les pairs.

Références

1. Iglesias S, Grzybowski S, Klein M, Gagné GP, Lalonde A. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural. Société de la médecine rurale du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. J Soc Obstet Gynaecol Can 1998;20(4):399-405.
2. Association médicale canadienne. Questionnaire de 1995 sur les effectifs médicaux. Fichier central de l'AMC, janvier 1997.
3. Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G, Kaczorowski J. Survey of routine maternity care and practices in Canadian hospitals. Ottawa : Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile; 1995.
4. Direction générale de la politique et de la consultation, Division de l'information sur la santé. Medical care data base (MCDB). Ottawa : Santé Canada; mars 1995.
5. Rourke JT. Trends in small hospital obstetric services in Ontario. Can Fam Physician 1998;44:2117-24.
6. Deutchman M, Connor P, Gobbo R, FitzSimmons R. Outcomes of cesarean sections performed by family physicians and the training they received: a 15-year retrospective study. J Am Board Fam Pract 1995;8:81-90.
7. Kriebel SH, Pitts JD. Obstetrical outcomes in rural family practice: an eight-year experience. J Fam Pract 1988;27:377-84.
8. Cameron B. Outcome in rural obstetrics, Atherton Hospital 1981/1990. Aust J Rural Health 1998;6:46-51.
9. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in northern Ontario. CMAJ 1984;130:571-6.
10. Standards for obstetrics-gynecologic services. 7e éd. American College of Obstetricians and Gynecologists.
11. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. J Am Board Fam Pract 1995;8:392-9.

12. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. Am J Public Health 1990;80:814-8.
13. Allen DI, Kamradt JM. Relationship of infant mortality to the availability of obstetrical care. Indiana J Fam Pract 1991;33:609-13.
14. Hutten-Czapski PA. Decline of obstetric services in northern Ontario. Can J Rural Med 1999;4(2):72-6.
15. Kruse J, Phillips DM, Wesley R. A comparison of the attitudes of obstetricians and family physicians towards obstetric practice, training, and hospital privileges of family physicians. Fam Med 1990;22:219-25.
16. Webb RJ, Kantor GS. Obstetrical epidural anaesthesia in a rural Canadian hospital. Can J Anaesth 1992;39:390-3.
17. Zulick LC, Dietz PA, Brooks K. Trauma experience of a rural hospital. Arch Surg 1991;126:1427-30.
18. Karsteadt LL, Larsen CL, Farmer PD. Analysis of a rural trauma program using the TRISS methodology: a three-year retrospective study. J Trauma 1994;36:395-400.
19. Hutten-Czapski P. Thrombolytic therapy for myocardial infarction. Treatment introduced in northern Ontario. Can Fam Physician 1993;39:1071-4.
20. Hindle H, Norheim JK, Renger R. Rural Alberta thrombolysis study. Survey of practice patterns for managing acute myocardial infarction. Can Fam Physician 1995;41:1180-7.
21. Lave JR, Fine MJ, Sankey SS, Hanusa BH, Weissfeld LA, Kapoor WN. Hospitalized pneumonia. Outcomes, treatment patterns, and costs in urban and rural areas. J Gen Intern Med 1996;11:415-21.
22. ACOG-AAFP recommended core curriculum and hospital practice privileges in obstetrics-gynecology for family physicians. Developed by a joint ad hoc committee of the American Academy of Family Physicians, the American College of Obstetricians and Gynecologists, and the Council on Resident Education in Obstetrics and Gynecology. Kansas City; 1977.
23. Turnell RW, Carson GD, Spooner HJ. Program of enhanced obstetrical performance for family physicians. Saskatoon : Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan.
24. Craig M, Nichols A, Price D. Education for the management of obstetrical conditions in rural general practice. A curriculum statement for a major in obstetric studies in the Rural Training Programme of the Faculty of Rural Medicine, Royal Australian College of General Practitioners. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1993;33:230-9.
25. Lofsky S. Who will deliver Ontario's children? Ont Med Rev 1996;63(3):25-6.
26. Jackson WD, Diamond MR. Procedural medicine: Is your number up? Aust Fam Physician 1993;22:1633-9.

Annexe : programme de formation en soins maternels avancés à l'intention des médecins de famille

Le programme suivant offre un modèle de formation et d'évalua-tion pour former les médecins en soins maternels avancés, y compris les accouchements avec intervention.

Sélection des candidats

- Les omnipraticiens, oeuvrant en milieu rural, qui ont besoin d'une compétence en accouchements assistés et qui sont parrainés par leur institution ou leur localité.
- Les médecins déjà installés en milieu rural qui souhaitent faire reconnaître leur compétence déjà acquise en accouchements assistés.
- Les résidents en pratique familiale disposés à ajouter une année de résidence à leur programme de deux ans de façon à pouvoir oeuvrer en milieu rural.

Cours

L'enseignement de la médecine d'intervention doit se faire dans un contexte cognitif plus large, comprenant les indications, les choix et les complications associés à ces interventions. De plus, avant de terminer leur programme de formation avec succès, les candidats devront être en mesure de prouver leur connaissance des principes de gestion de risque et de régionalisation, ainsi que des normes de formation pour les soins maternels du CMFC et des lignes directrices applicables provenant du CMFC, de la SOGC et de la SMRC.

Connaissances à acquérir
Déclenchement du travail
Gestion de la dystocie
Évaluation fœtale durant le travail
Indications pour une césarienne
Les solutions de rechange à la césarienne, y compris les forceps et la ventouse obstétricale
Complications associées à la césarienne
Gestion de risque
Vérification et contrôle de la qualité
Conditions qui accroissent les risques de complications associées à l'intervention et qui justifient le transfert en vue d'obtenir l'opinion d'un spécialiste ou un traitement. Celles-ci incluent :

- césariennes avant terme
- grande multiparité
- placenta previa
- placenta accreta
- césariennes multiples accompagnées de cicatrisations importantes
- prolongement de l'incision utérine dans les artères utérines, le col ou le vagin
- infection de lésions ou hématome
- patientes atteintes d'une obésité morbide
- anomalies fœtales
- coagulopathie maternelle

- gestation multiple
- atteinte à l'intestin ou à la vessie atonie utérine
- infection utérine
- coagulopathie ou maladie thromboembolique.

Interventions de base

Césariennes (assistées) 15
Césariennes (complètes) 25
Forceps à la partie basse (sans rotation) 10
Ventouse obstétricale 10
Réparation de déchirures du 3e et du 4e degré *
Élimination manuelle du placenta retenu *
Rotation manuelle *
Réparation de la vessie *
Traitement d'urgences obstétricales *
Traitement d'urgences néonatales *

Les urgences obstétricales comprennent la dystocie de l'épaule, les présentations du siège inattendues ou les naissances gémellaires d'urgence, la septicémie, les hémorragies, l'éclampsie, le prolapsus du cordon, etc.
Les urgences néonatales comprennent la réanimation néonatale, la gestion du méconium, les transferts néonatals, etc.

*Signifie une connaissance des principes, accompagnée de la plus grande expérience possible.

Carnet de route

Une partie indispensable de l'évaluation continue et de sortie se base sur le carnet de route où sont inscrites les interventions. Pour les accouchements assistés par intervention, les renseignements suivants doivent être fournis si cela s'applique :

Numéro du cas (tel qu'inscrit au dossier hospitalier)
Intervention (p. ex. césarienne dans le bas utérus)
Niveau de responsabilité (p. ex. chirurgien principal)
Indication (p. ex. souffrance fœtale)
Complications (s'il y a lieu)
Indices d'Apgar, gaz du cordon et pronostic fœtal.

Évaluation

Tous les candidats seront évalués au moyen de critères normalisés et seront soumis à une

évaluation continue faite par leur superviseur pendant la durée de la formation. Une fois la formation terminée, le nombre requis d'interventions et les niveaux de compétence atteints, le superviseur recommandera que le candidat subisse un examen de sortie. Chaque candidat sera évalué pour sa compétence en matière d'accouchements avec intervention par un examinateur autre que son superviseur. L'examen de sortie comprendra trois parties :

- Examen oral : chaque candidat soumettra un carnet de route. L'examinateur choisira un certain nombre de tableaux que le candidat devra apporter à l'examen et il s'en servira pour mener la discussion.
- Examen écrit : des questions écrites vérifieront les connaissances du candidat sur les césariennes et les autres interventions qui font l'objet de l'examen.
- Examen pratique : on observera le candidat pendant la conduite d'un accouchement avec intervention.

Maintien de la compétence

Comme appoint au programme destiné à maintenir leur compétence en soins obstétricaux avancés, tous les stagiaires devront continuer d'inscrire leur expérience clinique dans un carnet de route. Une évaluation officielle de cette expérience devra être menée chaque trois à cinq ans par les départements qui les ont formés ou par un programme de formation reconnu.

© 1999 Société de la médecine rurale du Canada

