

**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

Lisa Graves et Peter Hutten-Czapski

Nous remercions les personnes suivantes de leurs contributions :

Anne Biringer

Susan Douglas

William Ehman

Stephen Goluboff

Anne Houstoun

Michael Klein

John Maxted

Larry Reynolds

Terry Suggitt

Objet du présent document

La Certification en médecine familiale au Canada impose comme condition préalable la compétence en soins de maternité et de périnatalité. Dans ses Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) exige que tous les résidents en médecine familiale, dans le contexte de leur expérience de la continuité des soins, aient la possibilité de suivre des femmes enceintes (préférentiellement six ou plus) jusqu'au terme de leur grossesse et pendant le travail et l'accouchement. Les résidents doivent avoir acquis une expérience suffisante des soins de maternité, notamment les soins périnataux et à la naissance, préférentiellement dans des milieux où travaillent des médecins de famille¹. Par contre, les programmes de résidence sont aux prises avec des situations où :

- de moins en moins d'enseignants offrent des soins périnataux et peuvent servir de modèles à imiter;
- il y a concurrence pour obtenir les affectations cliniques appropriées en soins de maternité;
- la majorité des résidents en médecine familiale qui entrent au programme ne prévoient pas offrir de soins périnataux lorsqu'ils auront obtenu leur diplôme.

Nous espérons que ce document servira de fondement à l'élaboration d'expériences de formation en soins de maternité et de périnatalité qui offriront à la prochaine génération de médecins de famille des possibilités et la motivation voulues pour devenir des dispensateurs de soins de maternité compétents qui intègrent aussi dans leur pratique les très importants aspects des soins de maternité périnataux.

Le Comité des soins de maternité et de périnatalité (CSMP) du CMFC entérine les critères d'agrément concernant les soins de maternité. Le présent document a été rédigé pour servir de

ressources au Comité d'agrément du Collège et aux divers programmes de formation en médecine familiale qui cherchent à améliorer les expériences d'apprentissage des résidents en médecine familiale et à préserver l'insistance sur le perfectionnement des habiletés dans un ensemble de compétences fondamentales minimal.

Introduction

Les médecins de famille servent de ressources importantes pour leurs collectivités dans la prestation des soins de maternité. Les médecins de famille continuent à dispenser des soins dans environ 27,7 % des naissances au Canada¹. Pourtant, le Canada est aux prises avec une crise dans les soins de maternité, étant donné le fléchissement du nombre de professionnels, y compris de médecins de famille, qui choisissent d'offrir de tels soins. Le Sondage national auprès des médecins de 2004 révèle que seulement 13 % des médecins de famille qui ont répondu au sondage dispensent des soins périnataux. Par contre, 47 % dispensent des soins prénatals, 43 % des soins post-partum et 50 % des soins périnatals². Par conséquent, tous les futurs médecins de famille qui aspirent à la certification devraient acquérir des compétences dans de nombreuses disciplines fondamentales, notamment les soins de maternité. Sans ce large éventail d'habiletés, nous ne pouvons pas rassurer les Canadiens que les médecins de famille continueront à offrir la gamme des services dont les femmes ont besoin.

Nous savons que les résidents forment de diverses façons leurs attitudes et leurs valeurs entourant les soins de maternité. Pour certains, ces attitudes sont déjà acquises avant la résidence, d'autres arrivent déjà déterminés à dispenser des soins de maternité après l'obtention de leur diplôme et d'autres encore ont déjà décidé de ne pas inclure ce service dans leur pratique éventuelle. Beaucoup commencent leur programme de formation indécis à cet égard. Il est peut-être possible d'augmenter le nombre de résidents en médecine familiale intéressés aux soins de maternité en assurant que les étudiants en médecine au niveau prédoctoral sont exposés aux différents modèles des soins de maternité en médecine familiale.

Par ailleurs, en règle générale, l'intérêt mitigé des nouveaux résidents en médecine familiale continue de fléchir tout au long des deux années du programme de résidence. Godwin et ses

collègues ont suivi une cohorte de résidents en médecine familiale en Ontario, du début de la résidence, alors que 52 % exprimaient leur intention de pratiquer les soins périnataux, jusqu'à deux ans après le début de la pratique, où seulement 16 % effectuaient effectivement des accouchements¹. En dépit de cette tendance, les résidents en deuxième année qui ont répondu au Sondage national auprès des médecins de 2004 ont indiqué que 45 % des femmes et 27 % des hommes avaient l'intention d'inclure les soins périnataux dans leur pratique².

Certaines données scientifiques font valoir que des changements au programme d'enseignement postdoctoral en soins de maternité peuvent augmenter le nombre de diplômés qui dispensent des soins durant la grossesse. Helton et ses collègues ont réussi à accroître le nombre de résidents diplômés qui incluaient des soins pendant la grossesse durant leur pratique initiale après l'obtention du diplôme, de 27,5 % à 52 %, à la suite d'une restructuration majeure de leur programme d'obstétrique en médecine familiale¹. Les changements apportés s'inspiraient des caractéristiques essentielles d'une formation productive en obstétrique dans les résidences en pratique familiale, proposées par Taylor et Hansen. Au nombre de ces caractéristiques figurent, sans s'y limiter, des enseignants en médecine familiale qui sont des dispensateurs compétents de soins de maternité, un volume suffisant de cas d'obstétrique, une insistance sur l'aspect longitudinal des soins de maternité et un département de médecine familiale qui octroie des titres à ses propres membres (y compris les médecins communautaires) en soins obstétriques¹.

Les résidents indécis et ceux qui prévoient dispenser des soins de maternité peuvent tirer profit de ressources additionnelles de formation durant leur résidence. Certains, surtout ceux qui aspirent à une pratique rurale, pourraient avoir besoin d'acquérir des compétences avancées (comme les césariennes) qui sont enseignées dans le contexte d'une troisième année de formation.

Méthodologie :

Une recension des ouvrages spécialisés a été effectuée à l'aide des termes MESH en anglais pour « médecine familiale », « pratique familiale », « obstétrique », « formation » et « enseignement ». De plus, en 2000, le CSMP a procédé à une enquête auprès des programmes de formation existants. Il est évident qu'il existe au Canada d'excellents modèles, mais il est incertain si tous les programmes peuvent assurer que tous les stagiaires acquièrent les compétences fondamentales en soins de maternité, comme l'exigent les critères d'agrément du Collège. De nombreux programmes n'avaient pas de programme d'enseignement local, de programme didactique, d'exigences en matière de nombre d'interventions ou d'examen systématique des expériences des résidents à l'aide de registres ou d'autres méthodes. Même si ces éléments ne sont pas obligatoires, ils se révèlent précieux dans la surveillance et l'assurance d'une formation adéquate dans tous les programmes.

Enfin, un panel d'experts, regroupant des dispensateurs de soins de maternité en médecine familiale et des enseignants en la matière, de différentes régions du Canada, en est arrivé à un consensus concernant les recommandations suivantes :

Recommandations :

Le CSMP propose un modèle d'enseignement des soins de maternité fondé sur trois éléments :

1. Possibilités d'apprentissage
 - (a) Stages en médecine familiale
 - (b) Stages en soins de maternité (qui peuvent être offerts par les départements de médecine familiale ou d'obstétrique)

- (c) Cours sur le maintien des fonctions vitales en obstétrique et en néonatalogie
 - (d) Séminaires et autres séances d'enseignement
2. Évaluations formatives
 3. Compétences fondamentales en soins de maternité en médecine familiale

1. POSSIBILITÉS D'APPRENTISSAGE

(a) Stages en médecine familiale

L'exposition aux soins de maternité durant le stage en médecine familiale a pour but d'offrir un modèle et d'enseigner des soins de maternité normatifs et durables et d'assurer leur intégration dans la pratique familiale au quotidien. On devrait enseigner les soins de maternité dans les milieux de la pratique familiale, tant dans les unités d'enseignement universitaire que dans les pratiques basées dans la communauté. Il est essentiel d'avoir un solide corps professoral de base, composé de membres du département de médecine familiale, qui offrent des soins de maternité.

Il importe d'élaborer des méthodes et des groupes de services de garde qui peuvent démontrer comment la pratique des soins de maternité peut être structurée pour accommoder d'autres exigences de la pratique ainsi que de la vie personnelle, familiale et sociale et servir de modèles. Ce modèle à imiter n'est possible à offrir que si le département de médecine familiale a suffisamment d'enseignants qui dispensent des soins de maternité pour avoir un horaire de service de garde viable. Dans les départements où l'on compte peu d'enseignants qui dispensent des soins de maternité, les systèmes de soutien comportant une couverture transversale réciproque avec des précepteurs dans la communauté représentent une option de rechange acceptable. Les enseignants qui offrent des soins de

maternité ne devraient pas être pénalisés par des obligations du service de garde qui excèdent celles attendues de leurs collègues qui ne dispensent pas de soins périnataux.

Afin de servir de modèles à imiter pour les résidents, les départements de médecine familiale devraient avoir des stratégies pour offrir une formation appropriée en soins de maternité et de périnatalité, notamment les soins périnataux, dans le contexte du stage en médecine familiale. Il existe un certain nombre de modèles viables qui répondent aux conditions provinciales et locales, y compris la participation de précepteurs servant de modèles à imiter, qui devraient être soutenus par le département de médecine familiale. La prestation de soins de maternité et de périnatalité devrait figurer haut sur la liste des activités qui sont valorisées sur les plans clinique, organisationnel et universitaire.

(b) Stages en soins de maternité

Les résidents devraient recevoir leur formation dans des milieux de soins de maternité où les médecins de famille sont traités comme des ressources valorisées. Le département de médecine familiale de l'hôpital devrait accorder des privilèges hospitaliers pour les soins de maternité et les titres de compétences en interventions devraient être délivrés en fonction de la formation et de l'expérience, et non pas simplement selon la catégorie professionnelle (p. ex. obstétricien par rapport à médecin de famille)¹. Les départements de médecine familiale devraient s'efforcer de remédier aux problèmes dans les milieux qui ne sont pas favorables à la médecine familiale. Les résidents en médecine familiale ne devraient pas être tenus de passer du temps dans des milieux de soins de maternité où la médecine familiale n'est pas soutenue favorablement.

Il est essentiel d'avoir un nombre suffisant d'expériences en soins de maternité et en interventions pour acquérir un degré approprié de connaissances et d'habiletés. Certains

nombres approximatifs acceptables de telles expériences sont suggérés dans le présent document.

La durée de temps que passent les résidents dans les stages en soins de maternité devrait dépendre de la nature de l'expérience, notamment le nombre de jours de service de garde qui contribuent à répondre à ces exigences. Par ailleurs, les centres de formation devraient tenir compte des facteurs locaux, comme le faible taux de natalité, la présence d'autres apprenants (p. ex. les étudiants en médecine, les résidents en médecine familiale et en obstétrique et gynécologie), ainsi que de l'engagement de l'équipe du travail et de l'accouchement à l'endroit de l'enseignement aux résidents en médecine familiale et de leur participation. Plusieurs programmes auront besoin d'un stage d'au minimum deux mois en obstétrique durant la résidence de deux ans pour assurer une expérience éducative suffisante. Dans certains milieux, il pourrait être bénéfique que les résidents soient exposés à la pratique des sages-femmes.

Il faut offrir des expériences de modèles à suivre en soins de maternité en cliniques externes, autant durant les stages en médecine familiale que durant ceux en obstétrique. Il faut accorder une attention spéciale à l'expérience en soins néonataux et en réanimation durant le stage en obstétrique si cette expérience n'est pas offerte ailleurs.

(c) Programmes de formation en maintien des fonctions vitales en obstétrique et en néonatalogie

Pour permettre aux résidents de prendre confiance et d'acquérir les habiletés nécessaires pour transiger avec des situations importantes mais moins fréquentes en soins de maternité, il est bon que les résidents suivent les cours de formation en maintien des fonctions vitales en obstétrique approuvés par le CMFC, comme le Cours avancé de

réanimation obstétricale (ALSO), le cours Advances in Labour and Risk Management (ALARM) et le Programme de réanimation néonatale (PRN). Les hôpitaux qui participent au cours AMPROob devraient s'efforcer d'inclure dans ce programme des résidents en médecine familiale. Le CSMP reconnaît l'endossement récent par le Collège du programme ACoRC (soins aigus des nouveau-nés à risque) et préconise le développement constant de ce programme à titre de ressource éducative pour les résidents et les enseignants en médecine familiale.

2. ÉVALUATIONS FORMATIVES

Il faudrait évaluer la compétence de chaque candidat, durant les stages en médecine familiale et en soins de maternité, en ce qui concerne autant les connaissances que les éléments d'intervention du programme d'enseignement. Il serait utile d'utiliser un registre pour retracer les expériences en interventions. Chaque département de médecine familiale devrait établir des normes minimales de formation en obstétrique en deçà desquelles on ne considérerait pas que les résidents ont achevé leur programme de résidence, ni pourraient-ils être admissibles à l'examen de certification du CMFC. On devrait offrir des possibilités de formation de remédiation ou une expérience clinique additionnelle aux résidents qui n'ont pas les connaissances suffisantes ou qui n'ont pas eu une expérience adéquate des interventions exigées.

3. COMPÉTENCES FONDAMENTALES EN SOINS DE MATERNITÉ EN MÉDECINE FAMILIALE

L'étendue minimale de base des compétences que devraient pouvoir démontrer les stagiaires en pratique familiale comporte les éléments énoncés plus loin. Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre minimum de cas que recommande le panel d'experts pour permettre

aux apprenants d'acquérir la maîtrise voulue. Les éléments qui ne sont pas accompagnés d'un chiffre sont ceux pour lesquels les apprenants devraient avoir une approche compétente sans qu'il soit nécessaire qu'ils en aient fait l'expérience. Certains apprenants acquerront la maîtrise après un moins grand nombre de cas, tandis que d'autres auront besoin de plus d'expériences. Autre considération distincte, les apprenants qui s'intéressent aux soins de maternité pourraient bénéficier de ressources et d'expériences additionnelles en plus des nombres de cas mentionnés pour acquérir une plus grande confiance. La durée du stage en obstétrique devrait être structurée en fonction de l'atteinte de ces objectifs.

(a) La relation patient-médecin

- La prestation de soutien à la femme et à sa famille durant toute la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Il faut adhérer aux principes des soins centrés sur la patiente.
- Comprendre et mettre en application les principes de la prise de décisions éclairées.

(b) L'équipe de soins de santé

- Comprendre les rôles de tous les dispensateurs de soins de santé dans l'équipe, notamment les demandes de consultation, la planification des soins de maternité et de périnatalité à l'hôpital et l'établissement des politiques.
- Être capable de travailler en collaboration dans différents modèles de soins de maternité.

(c) La grossesse

- Visite préalable de planification de la grossesse.
- Connaissances des lignes directrices fondées sur des données scientifiques concernant les soins prénatals (y compris le dépistage prénatal).

- Bilan de santé initial, examen physique, counseling et investigations en laboratoire prénatals.
- Bilan de santé, examen physique, surveillance par tests en laboratoire et counseling durant toute la grossesse.
- Prise en charge de divers problèmes durant la grossesse (p. ex. retard de croissance intra-utérine, hypertension de la grossesse, infections maternelles, diabète de la grossesse, hémorragie prénatale, rupture prématurée des membranes, etc.)
- Soins dispensés préférentiellement à six femmes ou plus durant la grossesse et l'accouchement.

(d) Travail et accouchement normaux

- Connaissances des lignes directrices fondées sur des données scientifiques concernant les soins périnataux.
- Examen vaginal pour déterminer la dilatation du col, la hauteur de la présentation et la position fœtale.
- Travail spontané et accouchement vertex simple à terme (25).
- Évaluation de la rupture des membranes et amniotomie.
- Induction du travail après la date prévue ou en raison de la rupture des membranes à terme sans indication probante de compromis fœtal (5).
- Surveillance fœtale de base, notamment l'auscultation et le monitoring fœtal électronique intermittents, y compris le placement d'électrodes sur le scalp.
- Exécution de l'épisiotomie, s'il y a lieu, et évaluation du degré de lacération et de réparation périnéales.

(e) Prise en charge des problèmes intra-partum courants

- Prise en charge de la dystocie par mode pharmacologique et non pharmacologique, notamment avec l'oxytocine.
- Prise en charge de la dystocie de l'épaule.
- Prise en charge de divers problèmes pernatals (p. ex. reconnaissance du travail avant terme, fièvre, infection, état foetal inquiétant, extraction manuelle du placenta).
- Utilisation de ventouses obstétricales ou de forceps (4).
- Réparation de l'épisiotomie ou de lacérations, y compris de lacérations au troisième degré.
- Prise en charge d'une hémorragie post-partum.
- Accouchement par voie vaginale après une césarienne.
- Présentation de siège par voie vaginale d'urgence.

(f) Soins post-partum de base

- Amorce de l'allaitement maternel.
- Reconnaissance et prise en charge de problèmes de la période post-partum, notamment une hémorragie post-partum à retardement, la dépression post-partum, etc.

(g) Soins au nouveau-né

- Examen et soins aux nouveau-nés, y compris les questions entourant l'allaitement.
- Réanimation néonatale de base, y compris l'intubation et la prise en charge du méconium.
- Problèmes courants chez le nouveau-né normal.

Conclusion

Le CSMP croit que les départements de médecine familiale devraient planifier des expériences de formation en soins de maternité et de périnatalité pour leurs résidents. Ces expériences leur offriront d'excellentes possibilités de devenir des dispensateurs compétents et confiants en soins de maternité. Une telle démarche laisserait espérer qu'un plus grand nombre de nouveaux médecins de famille au Canada choisiront d'intégrer les soins de maternité dans leur pratique future.

Le Comité recommande l'approbation des recommandations ci-haut par le Collège et qu'elles soient sérieusement prises en considération dans les programmes de formation partout au pays. Le Comité invite le dialogue, la rétroaction et les discussions à ce sujet.

Notes en bas de page :

¹ Le Collège des médecins de famille du Canada. Critères pour l' agrément des programmes de résidence en médecine familiale. Mars 2000.

² National Grouping System Categories Report, Canada. National Physician Database, Institut canadien d' information sur la santé. Accessible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page= AR_18_E . [Cité le 15 août 2005].

³ Sondage national auprès des médecins 2004. Accessible à <http://www.cfpc.ca/nps>. Accédé le 6 janvier 2006

⁴ Godwin M, Hodgetts G, Seguin R, MacDonald S. The Ontario Family Medicine Residents' Cohort study: factors affecting residents' decisions to practice obstetrics. CMAJ 2002; 166(2):179-184.

⁵ 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):174-180.

⁶ Taylor HA, Hansen GH. Perceived characteristics of successful family practice residency maternity care training programs. Fam Med 1997;29(10):7098-14.

⁷ Goluboff S, Reynolds L, Klein M, Handfield-Jones R, Privileging and consultation in maternity and newborn care. Can Fam Physician 2000;46:1716-8