

# L'avenir de l'obstétrique-gynécologie : Point de vue d'une résidente

Tara Singh MD, comité des membres débutants de la SOGC

L'obstétrique-gynécologie est une spécialité diversifiée et intéressante à une grande variété de problèmes médicaux qui affectent les femmes de tous âges. Notre domaine a connu bien des changements et des percées au fil des ans, et je crois fermement que cette tendance se maintiendra. On m'a récemment demandé de prédire l'avenir de l'obstétrique-gynécologie pour les 20 prochaines années; il s'agit-là d'un défi inspirant et emballant.

Dans le cadre de ma résidence, sept des huit résidents sont des femmes. Au sein des écoles de médecine, et parmi les étudiants en médecine et les résidents ayant adopté d'autres spécialités, l'obstétrique-gynécologie est de plus en plus considérée comme une spécialité destinée aux femmes médecins. Cela semble fort probable en ce qui concerne les dix prochaines années. Il y a une certaine volonté d'égaliser la distribution hommes-femmes au sein du domaine par l'entremise du recrutement au niveau des étudiants en médecine, dont le fait de demander aux résidents masculins d'assurer le mentorat des étudiants masculins et de souligner l'importance de la participation des étudiants masculins aux soins offerts aux patientes. Une nouvelle initiative de l'UCB imposant aux étudiants en médecine un quart de travail de 12 heures en infirmerie au sein du service de maternité au cours de leur stage clinique a été bien accueillie par les étudiants en médecine, ce qui a favorisé l'établissement d'une relation plus solide entre les étudiants (tant masculins que féminins) et le corps infirmier. Cette volonté entraînera la hausse temporaire du nombre de demandeurs masculins en ce qui concerne les programmes de résidence en obstétrique-gynécologie. Malgré cela, compte tenu du nombre sans cesse croissant d'étudiantes en médecine<sup>1</sup>, force est de constater que le nombre d'obstétriciennes-gynécologues ne fera qu'augmenter. J'ai connu des patientes qui étaient ravies de pouvoir traiter avec une femme médecin. S'agit-il d'une tendance positive? Je crois que les hommes et les femmes contribuent de différentes façons à la pratique de la médecine et que cela se

reflète dans les soins qu'ils offrent aux patientes. L'idéal, ce serait l'atteinte d'un équilibre entre le nombre d'obstétriciennes-gynécologues et le nombre d'obstétriciens-gynécologues.

En médecine, règle générale, on constate une tendance vers une modification du mode de vie associé à de nombreuses spécialités<sup>2,3</sup>, de nombreux médecins souhaitant vouer plus de temps à leurs activités familiales et à leurs autres intérêts n'étant pas liés à la médecine. Ce qui permet ce genre de modification, c'est le concept des pratiques partagées dans le cadre desquels les professionnels se jumellent à des collègues de façon à pouvoir travailler à temps partiel. Cette tendance se manifeste de plus en plus dans le domaine de l'obstétrique-gynécologie. Un récent article du *BC Medical Journal*<sup>4</sup> se penchait sur le manque de sommeil chez les médecins et sa corrélation avec la hausse du nombre d'erreurs médicales, confirmant que les médecins surchargés et privés de sommeil constituent un danger tant pour leurs patients que pour eux-mêmes. Je crois que le nombre de pratiques partagées en obstétrique-gynécologie continuera d'augmenter, tout comme au sein des autres domaines de la médecine; à terme, plus 50 % des médecins adopteront cette façon de faire. Le fait que les médecins verront leurs heures de travail diminuer et tireront davantage satisfaction de leur vie professionnelle devrait mener à l'offre de meilleurs soins aux patients.

Compte tenu des modifications apportées au mode de vie et de la baisse du nombre de demandeurs en ce qui concerne les programmes de résidence en obstétrique-gynécologie au cours de la dernière décennie<sup>5</sup>, nous pouvons nous attendre à ce qu'un jour le Canada connaisse une pénurie d'obstétriciens-gynécologues. Cette baisse du nombre de demandeurs a été attribuée à des préoccupations quant au mode de vie, à la durée de la formation au niveau supérieur, à des difficultés de recrutement (entre autres, en raison du fait que certains étudiants en médecine vivent un stage clinique peu satisfaisant dans ce domaine), ainsi qu'en raison de la faiblesse de la rémunération par comparaison avec d'autres domaines<sup>5</sup>. Qu'est-ce que cela signifie pour notre spécialité? Nous assistons depuis un certain temps à la

baisse constante du nombre d'omnipraticiens disposés à incorporer l'obstétrique à leur pratique<sup>6</sup>. Il est peu probable que cette tendance se renverse, particulièrement en région rurale (endroit où il est difficile de mettre sur pied des groupes d'appel). Au fur et à mesure de la poursuite de la centralisation des soins de santé (de plus en plus de médecins se regroupant et les médecins étant disposés à s'aventurer en région rurale étant de moins en moins nombreux, particulièrement ceux qui sont disposés à le faire seul), nous assisterons à une hausse du nombre d'infirmières praticiennes et de leurs activités, particulièrement en région rurale, pour combler le manque à gagner. Les sages-femmes auront un plus grand rôle à jouer dans la prise en charge des grossesses ne présentant que de faibles risques. En 2004, le Conseil de la SOGC a avalisé des motions visant à favoriser le soutien des programmes réglementés canadiens enseignant la pratique des sages-femmes, l'intégration de la pratique des sages-femmes au sein de programmes de soins concertés, le financement adéquat de la pratique des sages-femmes autorisées et l'octroi de privilèges hospitaliers à leur endroit, ainsi que les programmes de formation s'adressant aux sages-femmes autochtones<sup>7</sup>.

Il est possible que la participation croissante des infirmières praticiennes et des sages-femmes en vienne à compenser la baisse du nombre d'obstétriciens-gynécologues, et ce, en allégeant le fardeau des obs.-gyn. actuellement en pratique et de ceux qui feront bientôt leur entrée sur le marché du travail; toutefois, cela suffira-t-il à long terme? Selon moi, il est peu probable que cette solution affecte la charge professionnelle de chaque médecin de façon significative, puisque nous continuons à assister à la consolidation des groupes d'appel et à l'accentuation du partage de la tâche. Pour continuer à fournir des médecins aux régions mal desservies, nous devons accroître le nombre de places de résidence, offrir du soutien aux médecins qui pratiquent en région rurale, inciter les résidents en médecine familiale à se former davantage en obstétrique-gynécologie et continuer à former les infirmières praticiennes et les sages-femmes en vue d'une collaboration avec les médecins. En bout de ligne, seul l'avenir nous le dira.

À quels changements pouvons-nous nous attendre sur le plan chirurgical? De toute évidence, la laparoscopie et les chirurgies minimalement effractives constituent la voie de l'avenir. Les femmes n'ont plus à être hospitalisées pendant plusieurs jours à la suite d'une opération ni à nécessairement présenter de grandes cicatrices abdominales. Je prévois que de plus en plus de femmes retourneront à la maison le jour même de leur chirurgie, n'auront à subir que des cicatrices abdominales minimales et nécessiteront un délai de récupération moindre, ce qui permettra d'accélérer

grandement le retour au travail des patientes. Les listes d'attente pour la chirurgie pourraient également s'en trouver raccourcies.

De façon concomitante, la prise en charge initiale de certains problèmes gynécologiques est devenue plus conservatrice, le recours à l'intervention chirurgicale initiale étant souvent reporté jusqu'à ce que le traitement médical ait été amplement utilisé. Par exemple, l'amélioration de la prise en charge médicale des femmes présentant une ménométrorragie entraîne une baisse de la nécessité d'avoir recours à une intervention chirurgicale. À l'heure actuelle, parmi les options de prise en charge, on trouve l'administration de contraceptifs oraux combinés ou de progestatifs cycliques, en ce qui concerne la ménométrorragie anovulatoire<sup>8</sup>, et l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou l'insertion d'un système intra-utérin à libération de lévonorgestrel, en ce qui concerne la ménométrorragie ovulatoire<sup>9,10</sup>. La chirurgie sera réservée aux cas gynécologiques les plus complexes.

Nous assistons à une modification des tendances. Nous avons déjà vu la fin des accouchements du siège par voie vaginale en Amérique du Nord<sup>11</sup>. L'exécution d'un accouchement au moyen de forceps, particulièrement au moyen de forceps de rotation, est désuète<sup>12</sup>. Il est probable que cette tendance se maintiendra, puisque de moins en moins de jeunes médecins se sont vu enseigner l'utilisation des forceps, et ce, en raison de la désuétude de cette pratique; nous assisterons donc à l'exécution d'un nombre de plus en plus important de césariennes<sup>12</sup>. À cet égard, nous pouvons nous attendre à des délais de récupération post-partum prolongés chez les femmes ayant subi une césarienne, par comparaison avec les femmes ayant connu un accouchement vaginal. Le taux de natalité au sein des pays développés, dont le Canada, est en baisse, ce qui mène à des familles moins nombreuses<sup>13</sup>. Ainsi, une hausse du taux de césarienne ne se traduira pas nécessairement en des complications associées aux césariennes multiples.

La césarienne de convenance n'étant pas motivée par des indications obstétricales est également effectuée plus souvent<sup>14</sup>. J'estime que la césarienne de convenance n'est pas nécessairement bénéfique pour les nouvelles mères, puisque le travail est un processus naturel, que le délai de récupération est habituellement plus long et plus difficile à la suite d'une césarienne, et qu'en raison des taux croissants d'obésité en Amérique du Nord, nous assistons à la hausse des risques associés à la césarienne (y compris l'infection postopératoire)<sup>15</sup>.

Enfin, au sein d'une spécialité si diversifiée dans le cadre de laquelle nous sommes appelés à offrir des soins tant médicaux que chirurgicaux à des femmes de tous âges, il est naturel que nous souhaitons élargir nos horizons et agir sur

le plan international. La SOGC a fait des percées significatives en matière d'efforts concertés auprès de pays en développement. Par exemple, le cours GESTA est maintenant offert dans plusieurs pays en développement; les médecins du Canada sont incités à participer à la formation des médecins et des autres professionnels de la santé de ces pays. Le réseau continu de relations établies entre le Canada et les pays en développement permettra aux médecins canadiens de pratiquer la médecine à l'étranger et d'y vivre des expériences enrichissantes. La pratique de la médecine à l'étranger dans des circonstances difficiles nous enseigne les façons de faire face à la pratique dans des circonstances difficiles au Canada. Nous devons continuer à nous assurer que nos régions rurales mal desservies et notre population autochtone bénéficient des meilleurs soins de santé possibles.

En tant que résidente de troisième année, je réfléchis à ce que j'ai appris jusqu'à présent et je songe à ce qui me reste à accomplir. Je prédis un très bel avenir au domaine de l'obstétrique-gynécologie. Si j'avais à choisir ma spécialisation de nouveau, je n'hésiterais aucunement à emprunter la même voie.

## RÉFÉRENCES

- Burton KR, Wong IK. « A force to contend with: the gender gap closes in Canadian medical schools », *CMAJ*, vol. 170, n° 9, 2004, p. 1385–6.
- Caniano DA, Sonnino RE, Paolo AM. « Keys to career satisfaction: insights from a survey of women pediatric surgeons », *J Pediatric Surg*, vol. 39, n° 6, 2004, p. 984–90.
- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. « Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students », *JAMA*, vol. 290, n° 9, 2003, p. 1173–8.
- Eddy R. « Sleep deprivation among physicians », *BCMJ*, vol. 47, n° 4, 2005, p. 176–80.
- Marschall JG, Karimuddin AA. « Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: review of postgraduate residency training selection in Canada 1996–2001 », *World J Surg*, vol. 27, n° 3, 2003, p. 249–52.
- Price DJ, Lane C, Klein MC. « Maternity care by family physicians: characteristics of successful and sustainable models », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 27, n° 5, 2005, p. 460–6.
- Lalonde AB. « L'accès aux soins de maternité », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 27, n° 5, 2005, p. 447–8.
- Apgar BS. « Dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding », *Primary Care*, vol. 24, 1997, p. 161–78.
- Lethaby A, Augood C, Duckitt K. « Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2006, CD00424.
- Lethaby AE, Cooke I, Rees M. « Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2006, CD01477.
- Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. « Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, n° 1, 2003, p. 14–6.
- Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW et coll. « Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Recent trends in Caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, n° 8, 2004, p. 735–42.
- Statistique Canada, n° de catalogue 91-213-X.
- Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. « A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate », *Obstet Gynecol*, vol. 105, n° 4, 2005, p. 751–6.
- Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. « Maternal outcomes in pregnancy complicated by obesity », *Obstet Gynecol*, vol. 106, n° 6, 2005, p. 1357–64.