

Obstétrique en transition

Timothy Rowe, MB BS, FRCSC

Rédacteur en chef

Après nous être consacrés aux affaires internationales, par le truchement de notre numéro de novembre voué à la FIGO, il semble maintenant raisonnable de nous recentrer sur les questions nationales. Soyez assurés que nous ne cherchons pas ainsi à balayer sous le tapis les préoccupations quant à la santé des femmes à l'échelle internationale (mortalité maternelle, mortalité périnatale, fléau du VIH-sida, droits et libertés génésiques, et sensibilisation). N'oublions pas que le Dr Dorothy Shaw, nouvelle présidente de la FIGO (ainsi que première Canadienne et première femme à occuper le poste), n'en est pas à ses premières armes dans le domaine des problèmes difficiles à résoudre. Elle s'acquittera de sa tâche avec prestance et toutes les femmes du monde en bénéficieront.

Ainsi, de retour au Canada, les années se suivent et se ressemblent : nous en sommes toujours à nous préoccuper de la disponibilité présente et future des services de maternité. Tandis que les cliniciens, les stratèges et les décideurs délibèrent au sujet de ce qui assurera au minimum le maintien d'un certain niveau de services de maternité pour toutes les Canadiennes, nous apprenons (grâce à l'étude, menée par le Dr Marie-Josée Bédard et ses collègues, qui apparaît dans le présent numéro) que moins de 10 % des étudiants de médecine québécois ont l'intention d'offrir des services obstétricaux complets dans le cadre de leurs futures pratiques. Pour un grand nombre d'entre eux, l'expérience de stage a vraisemblablement exercé une influence négative : le nombre d'étudiants qui ont décidé, en fonction de leur expérience, d'offrir des services obstétricaux à l'avenir équivalait à moins de la moitié du nombre de ceux qui ont décidé de ne pas offrir de tels services. Le Dr Bédard et ses collègues soulignent l'importance de porter attention au mentorat offert aux étudiants de médecine de premier cycle par des médecins de famille et des résidents, et de s'assurer que les étudiants qui sont témoins d'événements critiques entraînant des issues indésirables ou qui y participent soient soumis à un

débriefage, afin de replacer la situation dans son contexte. De telles recommandations s'avèrent cruciales; si nous ne portons pas une attention particulière à la façon dont les stagiaires (tant les étudiants de premier cycle que les résidents en médecine familiale) perçoivent la pratique de l'obstétrique, nous devrons tous en payer le prix.

Cependant, même si nous pouvons tenter d'optimiser l'expérience des stagiaires au sein des départements d'obstétrique-gynécologie et de médecine familiale, force est de constater que bon nombre d'étudiants feront leur entrée à la faculté de médecine en ayant déjà des impressions bien établies au sujet de la grossesse et de l'accouchement. Lorsque j'ai fait mon entrée à la faculté de médecine en 1966, les taux de fécondité se trouvaient toujours au niveau élevé de la période d'après-guerre, le travail constituait un événement bruyant et faisant appel à de grandes quantités de narcotiques et d'oxytocine, et la césarienne (effectuée sous anesthésie générale) était une pratique d'exception. La supervision du travail et de l'accouchement relevait d'imperturbables infirmières/sages-femmes, les médecins n'intervenant que dans les cas où l'accouchement présentait des complications ou lorsque des réparations périnéales s'avéraient nécessaires. Pour ceux qui comme moi se trouvaient en stage, l'obstétrique était perçue comme un art à apprendre, plutôt que comme une branche de la médecine.

Toutefois, avec l'arrivée de l'anesthésie péridurale et du monitoring de la fréquence cardiaque fœtale (suivie d'une analyse plus directe du pH du cuir chevelu fœtal), cet art a commencé à se transformer en événement médical. Nous avons commencé à constater de la souffrance fœtale là où elle était auparavant passée inaperçue. Les taux de césarienne ont commencé à connaître un essor. Les issues fœtales indésirables étaient considérées évitables et les taux de poursuite contre des médecins et des hôpitaux se sont accélérés. Qui plus est, en 1979, la pratique de l'obstétrique s'est vu décerner le titre de branche de la médecine la moins factuelle d'entre toutes. Non seulement l'image de l'obstétrique s'en trouvait-elle ternie, mais les obstétriciens devaient en plus faire face à la réprobation de leurs pairs.

Les obstétriciens ont toutefois su mettre leur orgueil de côté et relever le défi. Par conséquent, deux choses se sont produites : l'obstétrique a rejoint les rangs des spécialités médicales respectables, en prouvant qu'elle reposait sur de véritables fondements factuels, et la césarienne est devenue l'intervention par défaut dans les cas où le cours de l'accouchement dévie de la norme idéale. Ainsi, bien que nous puissions nous attendre à ce que l'attrait de l'obstétrique à titre de carrière (ou de partie de carrière) en médecine connaisse une hausse en raison du caractère si factuel de cette spécialité, cela s'opérera aux dépens d'une hausse des coûts de santé publique et peut-être même d'un accroissement des risques pour les patientes, sans parler de la perte d'une certaine satisfaction technique chez les praticiens.

La popularité croissante de la césarienne à titre de solution de rechange à l'accouchement vaginal, tandis que les taux de fertilité chutent et que l'âge maternel connaît une hausse, est peut-être inévitable, mais elle n'en est pas moins difficile à accepter. Nous éprouvons tous une certaine ambivalence à l'idée de voir les femmes demander une césarienne en l'absence de quelque indication obstétricale que ce soit. Cette ambivalence est également partagée par les femmes enceintes, comme le démontrent les résultats de l'étude signalée par le Mme Susan Pakenham et ses collègues dans le présent numéro. Leur sondage mené auprès des femmes

enceintes de Kingston a indiqué que bien que la plupart d'entre elles ne souhaitaient pas avoir recours à une césarienne de convenance, elles étaient d'avis que cette option devrait être offerte à celles qui le souhaitent. Les avantages que confère le recours à la césarienne de convenance aux femmes et aux médecins sont plutôt manifestes. Ce sont les désavantages qui demeurent troubles et ce n'est qu'une question de temps avant que des résultats issus d'essais randomisés ne fassent la lumière sur cette question. Qui sera le premier à y parvenir?

Nous trouvant maintenant à la fin d'une autre année, nous devons une fois de plus de souligner l'immense apport de tous ceux qui ont contribué à la publication du JOGC. Nous ne parlons pas ici seulement de nos auteurs et des membres du comité de rédaction, mais également de nos arbitres scientifiques, dont nous avons souligné l'importance dans le cadre d'une réception très réussie au cours de l'assemblée clinique annuelle de la SOGC, en juin dernier. Je suis toujours stupéfait par le nombre de personnes qui sont disposées à consacrer leur temps et leur expertise, sans rémunération, à la publication du JOGC. Au nom du personnel de la rédaction, je tiens à remercier chacun d'entre vous. Nous vous souhaitons que 2007 s'avère propice à la satisfaction professionnelle et à l'harmonie personnelle!