

Urgence obstétricale

Timothy Rowe, MB BS, FRCSC

Rédacteur en chef

Les décideurs en matière de soins de maternité au Canada continuent de peaufiner leur imitation de Néron jouant du violon pendant la destruction de Rome par le feu. Cette imitation est de plus en plus convaincante.

L'écart séparant les souhaits des consommatrices en matière de soins de maternité (auxquels nous apportons tous notre soutien) et les soins qu'il est probable qu'elles reçoivent se creuse de jour en jour. Grâce au rapport rédigé par le projet « Les ressources humaines en santé dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence intra-partum »¹, nous sommes tous bien au fait des préoccupations de notre spécialité : moins de fournisseurs de soins primaires offrant des soins obstétricaux et, à plus forte raison, des soins intrapartum; moins de résidents en obstétrique-gynécologie planifiant d'offrir des soins obstétricaux (un plus grand nombre d'entre eux planifiant de partager leurs pratiques); moins de résidents planifiant de pratiquer à l'extérieur des centres urbains ou au sein des provinces de plus faible envergure; un vague de consultants en obstétrique approchant de la retraite; ainsi que la formation de sages-femmes et les inscriptions aux programmes enseignant cette pratique en étant au point mort. La planification stratégique exige la mise sur pied de programmes obstétricaux multidisciplinaires, mais ces programmes sont encore trop peu nombreux. La situation devient de plus en plus catastrophique et les décideurs ne semblent pas vouloir se mobiliser en vue de la rectifier. Même les médias, eux qui habituellement n'hésitent pas à attirer l'attention de leur auditoire sur toute crise potentielle, semblent blasés et apathiques quant à cette situation. Que doit-on faire?

Bien que l'ensemble des fournisseurs de soins, toutes professions confondues (infirmières, sages-femmes, médecins de famille, obstétriciens et spécialistes de la médecine fœto-maternelle), connaissent une pénurie, notre besoin le plus urgent consiste à fournir un plus grand nombre d'obstétriciens et de sous-spécialistes en mesure de prendre en charge les complications et les urgences dans le domaine

des soins de maternité. Le rapport du projet « Les ressources humaines en santé dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence intra-partum »¹ en arrive à la conclusion que, en 2009, nous aurons besoin de 1 875 spécialistes en obstétrique (à 180 accouchements chacun, par année) pour répondre aux besoins du Canada, mais que nous n'en disposerons toutefois que de 1 394, soit un manque à gagner de 481 spécialistes. En 2010, ce manque à gagner sera de 469; cependant, si les spécialistes en fonction décident de ne prendre en charge que 150 accouchements par année, le manque à gagner passera à 847. Face à un tel déficit, la qualité des soins en sera inévitablement affectée, les urgences obstétricales prendront des dimensions catastrophiques et le rêve de soins personnalisés et empreints de compassion que chérissent les consommatrices sera plus chimérique que jamais.

En réponse à ces préoccupations, la SOGC a recommandé que le nombre d'enseignants, de chercheurs et de résidents en obstétrique-gynécologie fasse l'objet d'une augmentation de 30% au cours de chacune des trois prochaines années, et d'une augmentation annuelle de 10 % pour les trois années suivantes, de façon à assurer la présence d'un nombre adéquat de spécialistes. Même si nous avons affaire à des décideurs éclairés, le fait de trouver un nombre suffisant de gens pour tenir ces postes ou même un financement adéquat à court terme constituerait tout un défi (non pas impossible, mais certainement immense). La SOGC recommande également que les résidents passent un certain temps au sein de villes de plus faible envergure, dans l'espoir qu'une telle expérience pousserait au moins quelques-uns d'entre eux à envisager un poste permanent en région. Tant et aussi longtemps qu'une supervision et un mentorat appropriés sont assurés, cela semble certainement souhaitable, et ce, bien que l'efficacité possible d'une telle entreprise reste à être démontrée. Afin d'atténuer quelque peu la pression qui est imposée aux spécialistes en obstétrique, la recommandation de la SOGC préconisant la mise en œuvre de programmes multidisciplinaires dans le cadre d'une initiative nationale en matière de naissances s'avère fort à propos. Les diverses disciplines en sont toutes venues à se plier sur elles-mêmes avec le temps; il faudra

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 2, 2009, p. 109–110

donc que tous les fournisseurs de soins déploient des efforts concertés pour assurer la réussite de ces programmes multidisciplinaires d'un bout à l'autre du pays. Quoi qu'il en soit, si ces efforts sont sincères, de tels programmes s'avéreront certainement réalisables.

La recommandation formulée par la SOGC exigeant la prise immédiate de mesures gouvernementales (de la part des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Éducation) pour traiter de la question des soins obstétricaux d'urgence constituera certes le plus grand défi à relever; cependant, sans de telles mesures, très peu de changements seront mis en œuvre.

Dans le présent numéro du JOGC, le docteur James Low nous offre un résumé scientifique de l'histoire de l'accouchement opératoire, lequel nous offre en fait les antécédents historiques nous permettant d'étayer les besoins actuels en spécialistes de l'obstétrique². Bien que le travail des obstétriciens ne se résume pas à la pratique d'accouchements opératoires, ceux-ci n'en constituent pas moins une preuve irréfutable de la raison d'être de notre spécialité. Dans le cadre de son résumé, le Dr Low souligne le récent déclin du nombre d'accouchements assistés par forceps et d'accouchements vaginaux par le siège, et se demande si ces compétences en accouchement opératoire, acquises au fil des 300 dernières années, en viendront à disparaître de l'arsenal des futures générations d'obstétriciens. Ceux d'entre nous qui ont un penchant pour la nostalgie exprimeront certainement leur désarroi face à une telle possibilité; cependant, une telle disparition serait-elle nécessairement délétère? Qu'est-il plus facile à enseigner à un résident : la façon de procéder à une césarienne ou la façon de procéder à une rotation et à une extraction au moyen de forceps? Bien que je ne sois pas un spécialiste dans le domaine, j'estime que, compte tenu du

climat de judiciarisation dans lequel évoluent actuellement les obstétriciens, la réponse à cette question penche probablement plus du côté de la première option que de la deuxième. Ainsi, la formation en obstétrique pourrait en venir à être facilitée, puisque la nécessité de maîtriser les habiletés nécessaires à l'exécution d'un accouchement vaginal deviendrait alors obsolète et que la compétence clé à acquérir serait la maîtrise de l'exécution de la césarienne et de ses variantes. Peut-être qu'un plus grand nombre de femmes devraient accoucher par césarienne, puisque, comme le souligne le Dr Low, nous ne savons toujours pas ce qui constitue le taux idéal de césarienne au sein de notre population; nous serons mieux outillés pour répondre à cette question lorsque les soins de maternité seront universellement offerts par l'intermédiaire de programmes multidisciplinaires. En effet, nous en viendrons alors à connaître l'opinion de toutes les consommatrices quant au degré d'acceptabilité des différentes options en matière d'accouchement, ainsi que la façon exacte dont les diverses formes d'accouchement opératoire affectent la morbidité et la mortalité.

D'ici là, nous continuerons à faire face à des complications et à des urgences obstétricales, et celles-ci continueront à être prises en charge par des obstétriciens surmenés. Nous devons exiger des mesures de la part de nos décideurs et nous devons le faire dès maintenant; sinon, ce sera comme si nous n'avions jamais...

RÉFÉRENCES

1. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Les ressources humaines en santé dans le domaine des soins obstétricaux: d'urgence intra-partum*. Disponible à : http://www.sogc.org/projects/pdf/hhr-survey-report_f.pdf. Consulté le 10 décembre 2008.
2. Low JA. « Operative delivery: yesterday and today », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, n° 2, 2009, p. 132-141.