

65 ans déjà... la SOGC atteint l'âge d'or

Michel Fortier, MD, FRCSC

Président, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La SOGC fête cette année ses 65 ans d'existence. Il y a 65 ans, on était loin d'imaginer que cette Société, fondée par de grands bâtisseurs au moment où le monde rêvait du débarquement des troupes en Normandie afin de mettre fin au conflit mondial qui sévissait en Europe, réaliserait et même dépasserait, au fil des ans, ses objectifs de promouvoir, de cultiver et d'encourager l'art et la science de l'obstétrique et de la gynécologie au Canada.

Pour les citoyens canadiens, le fait d'atteindre l'âge de 65 ans confère le titre de citoyen de l'âge d'or. Ce titre s'accompagne de certains privilèges, mais commande surtout le respect et la reconnaissance car ces citoyens sont ceux qui par leur sagesse, leur dévouement et leur travail ont contribué à façonner les conditions de vie qui prévalent dans notre grand pays et qui font l'envie de bien des sociétés. Il en va de même pour la SOGC qui, par son anniversaire de 65 ans, prouve qu'elle a réussi à surmonter tous les défis, les obstacles et les contraintes pour survivre au fil des ans et atteindre pleinement les objectifs de sa mission. Par la persévérance, la sagesse, le dévouement et la motivation de ses membres, la SOGC est maintenant une Société mature et pleine de sagesse, reconnue nationalement et internationalement comme un chef de file dans le domaine de la santé des femmes.

À l'exemple du marché boursier, la SOGC a connu des hauts et des bas, mais elle a toujours su relever les défis pour assurer une performance globale à la hausse. La récession qui vient d'affecter tous et chacun d'entre nous a entraîné de nouveaux défis pour ce qui est du financement de nos programmes. Les revenus de la SOGC proviennent de différentes sources, telles que les subventions gouvernementales, les cotisations de nos membres, nos programmes d'éducation médicale et les subventions sans restriction de l'industrie pour n'en nommer que quelques-unes. La situation financière a eu des répercussions importantes sur les budgets des différents ministères, ce qui pourrait affecter la mise en œuvre de certains programmes visant à assurer la santé des femmes. L'équipe de direction de la SOGC prendra tous les moyens pour contrer ces obstacles et faire valoir les droits des femmes auprès de nos élus.

La force d'une organisation réside dans le nombre, la qualité et la participation de ses membres dans les activités liées à la réalisation de sa mission. Voilà pourquoi nous avons besoin de l'aide de tous les membres pour faciliter le recrutement, de façon à ce que nous soyons plus forts que jamais. Les fusions de plusieurs de nos entreprises partenaires de longue date vont aussi constituer un défi à relever pour assurer le maintien de plusieurs de nos programmes. Nos objectifs communs de promotion de la santé des femmes devraient toutefois venir à bout de certains de ces obstacles et nous permettre d'obtenir les subventions nécessaires à l'atteinte des objectifs de notre mission stratégique.

Un autre défi de taille relève de la gestion future des ressources humaines. Les récents sondages effectués par la SOGC sur les ressources humaines en obstétrique-gynécologie ont démontré que les effectifs en pratique active sont actuellement constitués à 52 % d'hommes, par comparaison avec 48 % de femmes, et que les postes en résidence sont occupés à 84 % par des femmes. Cette année, dans notre programme de résidence à l'Université Laval, nous aurons 26 résidentes et un seul résident. La féminisation de la profession va entraîner des changements au niveau de la pratique car les membres en formation nous ont laissé savoir qu'ils favorisaient les heures de garde moins longues. La vie de famille prendra également une place prépondérante dans la façon de coordonner les tâches professionnelles.

À moins d'un revirement de situation spectaculaire et de percées technologiques majeures, la grossesse et l'accouchement continueront d'être l'apanage des femmes; de plus, celles-ci continueront d'être en grande partie responsables de l'éducation et du bien-être des enfants. Lorsqu'on analyse les projections de naissances au Canada, il est facile de constater que nous serons rapidement en manque d'effectifs pour assumer pleinement notre rôle auprès de toutes les Canadiennes. Voilà pourquoi il devient donc impératif de former des alliances avec d'autres professionnels de la santé. Ce qui est rassurant, c'est de constater que les obstétriciens-gynécologues sont des travailleurs infatigables avec une moyenne hebdomadaire d'heures de travail se situant entre 41 à 50 heures, sans compter les heures de garde. De plus, ils adorent leur travail : 76 % d'entre eux ont mentionné qu'ils étaient satisfaits

de leur vie professionnelle. La SOGC devra aussi trouver de nouvelles formules pour permettre à toutes les femmes professionnelles qui jouent un double rôle de médecin et de mère de famille de contribuer aux activités de la Société.

Pour ce qui est de mes plans à titre de président de la SOGC, j'ai réalisé que les objectifs d'un président en fonction étaient en réalité les objectifs d'une équipe et que les objectifs devaient se poursuivre sur quelques années pour pouvoir se concrétiser. Le Dr Guylaine Lefebvre l'avait bien dit dans son discours inaugural, « travaillons ensemble »¹; à cette fin, il faut faire preuve « d'altruisme pragmatique » comme le Dr Scott Farrell l'avait si bien énoncé². Quatre projets seront donc poursuivis ou mis de l'avant en 2009-2010, projets qui s'intègrent tous dans notre plan stratégique 2006-2011.

Le premier projet concerne la chirurgie gynécologique. Le Dr Charles E. Miller, dans son discours inaugural à titre de président de l'AAGL³, mentionnait que « on ne peut qu'être bouleversé de constater l'adoption des techniques de chirurgie à effraction minimale par les chirurgiens généralistes, tandis que les gynécologues tardent encore à le faire ». Les gynécologues étaient à l'avant-garde de la laparoscopie, tant à titre d'initiateurs que d'experts, et nous avons tout de même raté notre rendez-vous avec le progrès. En 2009, le pourcentage d'hystérectomies effectuées par laparotomie est encore nettement supérieur à celui des hystérectomies effectuées par laparoscopie; qui plus est, le nombre de chirurgies cherchant à contrer l'incontinence urinaire au moyen de bandelettes est inférieur à ce qu'il devrait être. Ces techniques font partie des activités chirurgicales qu'un gynécologue généraliste devrait maîtriser pour assurer des soins de qualité aux patientes.

Les Français utilisent le terme « technicité » pour évaluer le rendement chirurgical d'un service et d'un établissement à l'autre. En ce qui concerne l'hystérectomie, ce terme se définit par le pourcentage d'hystérectomies effectuées par voie vaginale et laparoscopique, par rapport au nombre total d'hystérectomies effectuées annuellement dans un établissement donné. Selon des données probantes non publiées, plus le niveau de technicité est élevé dans un établissement, meilleurs sont les soins aux patientes. Ces données sont définies par des déterminants de santé tels que la durée de la chirurgie, la longueur du séjour hospitalier, le taux de complication, le coût de l'intervention et la qualité de vie postopératoire. Il nous faut donc améliorer notre taux de technicité.

À cette fin, nous allons tenter de mettre sur pied un programme d'enseignement fondé sur le modèle du mentorat pour assurer la transmission de ces connaissances dans le plus de milieux possibles au Canada. Nous discutons actuellement avec nos partenaires pour tenter d'assurer le

financement de ce programme et nous collaborerons avec nos collègues de la Société de gynécologie à effraction minimale et de l'Association des professeurs d'obstétrique et gynécologie du Canada, de façon à assurer la mise en œuvre de ce projet dans les plus brefs délais. Nous avons bon espoir que, d'ici 3 ans, tous les milieux auront pu améliorer leur taux de technicité d'au moins 50 %.

Le deuxième projet concerne la santé des communautés autochtones. La santé des Autochtones est fortement mise de l'avant dans le plan stratégique de la SOGC. Cependant, après des années de discussions et peu de réalisations concrètes, il est temps de passer à l'action et de tenter de mettre en œuvre un projet réel en lien avec les membres de la communauté autochtone. La SOGC vient d'engager deux nouvelles personnes qui seront responsables de mettre de l'avant un projet de maison de soutien des femmes autochtones centré sur les besoins de la mère et de l'enfant. Initialement, le projet se fera à Ottawa en collaboration avec le Centre de santé des Autochtones Wabano. Si les fonds le permettent, le projet s'étendra par la suite à d'autres communautés au Canada.

Le troisième projet concerne la santé à l'échelle internationale. À la suite d'une visite au Burkina Faso, le Dr Céline Bouchard (mon épouse), membre en règle de la SOGC, a décidé de participer à la promotion d'un autre aspect de la santé des femmes : le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col utérin. Le projet pilote vise les deux centres universitaires du Burkina Faso, localisés à Ouagadougou et Bobo Dioulasso. La participation de la Société des gynécologues oncologues du Canada et de la Société canadienne des coloscopistes sera ultérieurement sollicitée.

Le quatrième projet vise à former un comité des anciens présidents de la SOGC. L'expérience acquise par ces personnes au fil des années et du temps passé au Conseil et au comité exécutif de la SOGC leur confère une expertise inestimable. L'avis de ce comité des sages pourrait représenter un atout de taille dans certaines des décisions stratégiques qu'aura à prendre la Société.

En conclusion, j'accepte avec plaisir le mandat de président de la SOGC pour 2009-10. Je promets de travailler avec acharnement, rigueur et honnêteté avec toute l'équipe pour atteindre ces objectifs et défendre les intérêts de la Société, tout en assurant la promotion des droits et de la santé des femmes. Je vous remercie de votre confiance.

RÉFÉRENCES

1. Lefebvre G. « Travaillons ensemble », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 29, 2007, p. 702-704.
2. Farrell S. « Altruisme pragmatique », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 30, 2008, p. 765-7.
3. « Training in minimally invasive surgery—you say you want a revolution », *J Minim Invasive Gynecol*, vol. 16, n° 2, 2009, p. 113-20.