

Discours du président de la SOGC

Dr R Douglas Wilson, juin 2022

Les heureux hasards et les choix judicieux contribuent-ils à améliorer l'issue des soins de santé?

Reconnaissance du territoire : J'aimerais commencer en reconnaissant que le territoire sur lequel le contenu de cette présentation a été créé est le territoire ancestral non cédé des peuples salish de la côte, y compris les territoires des nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh.

Je souhaite également reconnaître que le territoire sur lequel *nous nous rassemblons* est le territoire ancestral non cédé du peuple huron-wendat.

C'est un honneur et un privilège de m'adresser à vous aujourd'hui à titre de nouveau président de la SOGC. Je ferai de mon mieux pour répondre à toutes les attentes des membres de la SOGC et aux exigences définies par la gouvernance et les règlements de la SOGC.

Je crois profondément que c'est le plus beau cadeau du monde de pouvoir faire en sorte qu'une famille se retrouve avec un bébé en santé et une mère en santé, au bon endroit avec le bon fournisseur de soins. Personnellement, je suis aussi convaincu de la valeur et de la légitimité des heureux hasards ou de la chance de pouvoir faire des choix judicieux.

J'ai souvent repensé à mon choix d'orientation vers la prise en charge de cas obstétricaux complexes, la génétique de la reproduction, le diagnostic fœtal et la chirurgie, et à l'incroyable privilège de partager l'intensité émotionnelle de l'accouchement. Malgré les nuits blanches et le retour à la maison au lever du jour, mon choix, ma passion, ne changerait jamais.

Un heureux hasard est une coïncidence fortuite dont le dénouement est bienvenu ou bénéfique. Bref, un coup de chance.

Il y a des moments dans la vie où la Terre s'arrête de tourner. On réagit, on réfléchit et on pleure; ce moment change notre monde à jamais.

J'ai vécu un moment de la sorte récemment, sur un vol d'Air Canada en écoutant le film *A Mouthful of Air* (*Le souffle coupé*, V.F.). Assis dans mon siège, les yeux remplis d'eau, je me suis demandé à quoi ressemblerait ma vie si ma femme s'était enlevée la vie après avoir accouché et que je m'étais retrouvé ainsi responsable de prendre soin de ma jeune famille.

Il y a d'autres moments de la vie où le moment est plus organisé, prémédité. Faire un choix judicieux, en contexte clinique, veut dire de prendre des décisions cliniques en priorisant à partir d'outils éthiques fondés sur des données probantes au moyen de processus de mise en œuvre viables.

La mortalité maternelle a toujours été ma plus grande peur obstétricale, mon pire cauchemar. Je n'ai jamais vécu un tel drame personnellement mais le film *A Mouthful of Air* a renforcé chez moi l'importance du fait que le risque de morbidité et mortalité maternelles ne disparaît pas au moment

où l'on partage la joie de l'accouchement avec la famille, ni après les bons indices d'Apgar, ni après avoir compté tous les doigts et orteils, ni après le soulagement maternel d'avoir réussi à mettre au monde son bébé.

Le rôle de président de la SOGC implique certaines attentes en matière de défense des intérêts et de contribution. Il commence par l'examen du plan stratégique 2021-2025 de la SOGC, en particulier de sa vision, *Des femmes en bonne santé. Des professionnels en bonne santé. D'excellents soins*, et de deux de ses cinq priorités, soit *Collaborer pour améliorer la santé des femmes au-delà de la pratique clinique* et *Faire équipe avec les femmes*.

Dans mes fonctions de président et président sortant pour 2022 à 2024, j'ai l'intention de me concentrer sur deux thèmes de prévention et d'équité et de contribuer à deux autres thèmes dans la même sphère.

Dans ces thèmes, il est important de comprendre et de soutenir que *l'autonomie de la patiente, ses choix et son acceptation du risque* font partie **du processus de choix éclairé**. Pour faire un choix éclairé, une personne doit avoir la capacité mentale nécessaire, recevoir l'information adéquate et être libre de décider sans influence excessive afin qu'elle puisse comprendre la situation actuelle, les options disponibles et leurs conséquences probables, choisir raisonnablement parmi ces options et communiquer ce choix.

Les principes du consentement éclairé sont importants pour chacun des thèmes d'équité et de prévention des risques cliniques :

Thème 1. Prévention des risques – mortalité maternelle

La santé mentale maternelle, la dépression post-partum et le suicide sont des réalités qu'il faut accepter, reconnaître, comprendre si possible. Il faut aussi prendre le temps de les explorer, car une mère en santé est l'un des éléments importants d'une famille en santé. Si vous n'avez pas vu le film *A Mouthful of air* ni lu le roman d'Amy Koppelman, je peux vous dire que c'est à en couper le souffle. On ne peut pas minimiser la peur et le désespoir de la mère et de la famille. La SOGC mène un processus collaboratif sur la morbidité et la mortalité maternelles au Canada en tirant parti du leadership et de l'expertise d'intervenants de toutes les provinces et de tous les territoires. Bien que nous, en tant que fournisseurs cliniques, nous concentrons sur la prévention de la morbidité maternelle grave, des événements indésirables et des accidents évités de justesse, la période post-partum est dangereuse et il est bien souvent facile de ne pas reconnaître les signes de risque, voire de les manquer.

La mortalité maternelle désigne le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans l'année suivant la fin de la grossesse en raison d'une complication de grossesse. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est un important indicateur de performance des pays en ce qui concerne les efforts d'amélioration de la santé et de la sécurité des mères avant, pendant et après l'accouchement. *Le TMM correspond au nombre annuel de décès de femmes par 100 000 naissances vivantes résultant de toute cause liée à la grossesse et à sa prise en charge ou aggravés par celles-ci.* Il ne faut pas confondre cette notion avec celle du taux de mortalité maternelle brut, qui correspond quant à lui au nombre

de décès maternels dans une période donnée par 100 000 femmes en âge de procréer au cours de cette même période.

Quelle est la situation du Canada concernant la prévention des risques d'après le **taux de mortalité maternelle** (estimation modélisée en 2021, pour 100 000 naissances vivantes)? Il faut ici interpréter les TMM rapportés par les pays dans leurs contextes nationaux respectifs : **Chine**, 33,0; **États-Unis**, 16,0; **Canada**, 10,0; **Nouvelle-Zélande**, 9,0; **France**, 8,0; **Royaume-Uni et Allemagne**, 7,0; **Australie**, 6,0; **Suède**, 4,0; **Finlande**, 3,0; et **Norvège**, 2,0. Il reste encore beaucoup de travail à faire au Canada pour diminuer encore davantage les cas de mortalité maternelle au pays.

Thème 2. Prévention des risques – anomalies congénitales

Au Canada, **First Exposure** (première exposition), une nouvelle ressource en matière de tératologie, a récemment été lancée par l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto et la Vohra Miller Foundation dans le but de prioriser la création d'une plateforme numérique donnant accès à la base de données toxicologiques afin de mettre à profit les connaissances interactives qui en ressortiront auprès des populations et des fournisseurs de services aux échelles nationale et internationale. C'est par les relations entre le corps professoral de l'école de santé publique et les autres intervenants qu'une approche collaborative a été adoptée pour établir les procédures de gouvernance, de gestion de projet, de recherche et d'engagement communautaire respectueux de la culture.

Les risques d'anomalie congénitale anatomique ou structurelle majeure chez les bébés sont estimés à environ 4 ou 5 %, peu importe les circonstances de la grossesse. Les anomalies mineures peuvent ajouter de 1 à 3 % de plus, mais il est possible que certaines répercussions fonctionnelles importantes ne soient pas remarquées avant la petite enfance ou l'âge scolaire. La surveillance tératologique doit se prolonger bien au-delà de la naissance pour se rendre jusqu'à l'âge scolaire. Pour ce faire, les systèmes de santé provinciaux doivent surveiller, compter et écouter plus longtemps, comme on le fait pour traverser une rue ou une route passante.

Chez les femmes qui prévoient une grossesse, les conseils sur l'exposition aux drogues et médicaments et sur leur utilisation doivent reposer sur des données probantes selon la détermination des risques et bénéfices pour qu'elles puissent donner un consentement éclairé, en particulier celles qui doivent suivre un traitement médicamenteux pour un problème de santé chronique ou aigu pendant la grossesse.

Définition des catégories d'anomalies congénitales selon les mécanismes pathogéniques primaires :

- Malformation (génétique développementale primaire ou génétique multifactorielle, environnementale);
- Perturbation (médicaments ou agents tératogènes ayant un risque d'interférence avec le développement normal attendu);
- Déformation (facteurs mécaniques intra-utérins);

- Dysplasie (interaction cellulaire désorganisée, anomalie de la croissance ou du développement tissulaire ou organique).

Chez les personnes en âge de procréer, certains médicaments couramment prescrits ou en vente libre ou des traitements médicamenteux à portée anatomique peuvent engendrer des anomalies congénitales structurelles ou fonctionnelles observables chez le fœtus en développement ou plus tard pendant l'enfance. Avec l'augmentation des associations de comorbidités pendant la grossesse, ces médicaments à portée anatomique peuvent cibler le système cardiovasculaire, le système nerveux central (anticonvulsivant, anxiété ou dépression), le système osseux et articulaire (anti-inflammatoire ou rhumatologie), la prise en charge de problèmes hématologiques ou des thromboses, l'excès de vitamine A, la prise en charge hormonale et les traitements contre le cancer.

En ce qui concerne l'exposition, la dose et l'âge gestationnel jouent un rôle significatif en matière de risques et de prévention pour l'embryon et le fœtus.

Voici la classification de l'innocuité des drogues et médicaments :

- **A** – Substances qui ont été prises par un grand nombre de femmes enceintes sans augmentation démontrée du risque de malformations congénitales.
- **B** – Substances qui ont été prises par un nombre limité de femmes enceintes. Il y a un manque de données humaines; ainsi, elles sont classées en sous-catégories selon les données disponibles des études animales.

- **B1** – Les études animales ne montrent aucune augmentation des risques.
- **B2** – Les études animales sont limitées, mais il ne semble pas y avoir d'augmentation des risques.
- **B3** – Les études animales montrent une augmentation des risques, mais on ne sait pas clairement si ces risques s'appliquent aussi aux humains.
- **C** – Substances qui, en raison de leurs effets, peuvent nuire au fœtus sans causer d'anomalie congénitale. *Ces effets peuvent être réversibles.*
- **D** – Substances ayant causé ou pouvant causer des anomalies congénitales, mais pour lesquelles les bénéfices peuvent l'emporter sur les risques.
- **X** – Substances qui présentent un risque élevé d'anomalies congénitales et qui ne doivent pas être utilisées pendant la grossesse.

Bien des produits « naturels » ou « biologiques » vendus sans ordonnance ne sont pas tenus d'avoir une évaluation des risques de tératogénicité, mais certains se sont révélés avoir des répercussions majeures.

Il est important de se renseigner auprès de la patiente concernant ses risques tératologiques, avant la conception ou aussitôt que possible pendant la grossesse, en lui demandant : « *Pouvez-vous s'il vous plaît énumérer tout ce que vous prenez, autre que la nourriture, que ce soit par inhalation, par voie orale ou par application sur la peau, pour que nous puissions déterminer s'il y a des risques d'exposition fœtale?* »

Il faut discuter des résultats relatifs aux risques et bénéfices, tant pour la mère que pour le nourrisson.

La patiente et le fournisseur doivent se comprendre à cet égard pour que le processus de consentement éclairé soit valable. Par conséquent, les données probantes de First Exposure constitueront une ressource importante pour les patientes et les fournisseurs à l'avenir.

Thème 3. Équité des soins – soins collaboratifs et accès aux soins obstétricaux et à la chirurgie en milieu rural

Au Canada, 20 % de la population vit en milieu rural (c'est-à-dire un milieu ayant une population de < 20 000 personnes). Les populations éloignées comprennent de nombreux groupes autochtones accessibles uniquement par les airs ou par voie maritime ou pont de glace en hiver. Les discussions sur les soins de santé en milieu rural se répètent depuis au moins une trentaine d'années et continuent de témoigner du besoin de collaboration en obstétrique et en chirurgie dans les services de santé ruraux, car le statu quo impose des conséquences négatives pour la santé de ces populations. Il est important de comprendre que ce sont les systèmes de santé provinciaux qui ont la responsabilité politique de supervision en fonction de la gestion des services dictée par le ministère de la Santé de chaque province. Il faut aussi savoir qu'il y a peu de données rapportées sur les résultats des activités des services de santé provinciaux. Les enjeux budgétaires relatifs aux soins de santé en milieu rural sont généralement perdus dans les débats budgétaires annuels urbain/rural sur le système de santé, car dans le modèle de gestion du système de santé qui ne fait «qu'éteindre des feux», il faut qu'un problème soit bien en vue pour qu'on exige une intervention politique ou des mesures de compensation.

Il existe des procédures nationales applicables aux infrastructures pour l'accréditation des hôpitaux, la formation médicale professionnelle, la planification des soins pharmacologiques, le déploiement de la distribution de cannabis et pour les provinces qui ont besoin de plus d'argent pour le secteur de la santé (listes d'attente, soins chirurgicaux pour une population vieillissante, COVID-ASPC). Au Canada, les services de soins de santé en milieu rural ou éloigné doivent être reconnus par une collaboration fédérale-provinciale, mais il faut clairement signifier aux provinces et territoires que les soins maternels et chirurgicaux ruraux sont des services essentiels et obligatoires. Ces services obstétricaux et chirurgicaux exigent des ententes de responsabilité à long terme sur 10 à 20 ans et une surveillance annuelle au moyen de rapports analytiques des services et de la publication des résultats dans un système national de gestion des soins de santé professionnels. Ces rapports sur les résultats des services ruraux seraient obligatoires et devraient constituer un prérequis aux paiements des transferts fédéraux.

Les patientes et les fournisseurs de soins en obstétrique, en chirurgie et en anesthésie sont prêts pour la mise en œuvre de soins novateurs et collaboratifs, mais le gouvernement fédéral doit faire le premier pas dans cette conversation, car la plupart des provinces ne répondent pas à l'appel.

Thème 4. Équité des soins – leadership politique et professionnel dans le dialogue sur les politiques de soins (provincial-fédéral)

Ce thème exige un processus politique selon une priorisation éprouvée des soins cliniques fondée sur les données probantes, la reconnaissance du besoin d'amélioration de la qualité professionnelle et des résultats cliniques, et la nécessité d'améliorer la rentabilité des dépenses professionnelles budgétaires pour diminuer les coûts élevés dans les 14 systèmes de santé canadiens comparativement aux pays économiquement comparables.

Un examen de la portée du système canadien de soins de santé a relevé le besoin pour le milieu politique et les fournisseurs de reconnaître les lacunes importantes en matière de soins de santé, de créer de nouveaux processus pour déterminer les bonnes priorités cliniques auxquelles accorder un soutien dirigé, de mettre au point de nouveaux modèles de soins (en équipe; nouveau mode de rémunération) et d'adopter des stratégies d'amélioration de la qualité, puisque par comparaison, les données démontrent clairement que le Canada a une faible qualité de soins et un haut taux de soins inappropriés. Les résultats de santé cumulatifs établis par l'OCDE pour le rassemblement canadien des 14 systèmes de santé canadiens donnent au Canada la pire note dans 4 des 5 catégories de comparaison de la qualité (accès aux soins, efficacité administrative, équité, résultats des soins de santé) et lui accorde seulement une note de qualité plus élevée pour le processus de soins, une fois l'accès à l'hôpital réalisé.

Il faut une meilleure reconnaissance par le leadership et les groupes politiques fédéraux et provinciaux. Les associations et autorités professionnelles de la santé (AMC, Collège royal, collèges provinciaux), les fournisseurs de soins qui veillent à leurs intérêts personnels en travaillant en vase

clos et le public doivent poser des questions, débattre et comprendre ce dilemme sur les soins de santé appuyé par des données au Canada.

Il est important de s'impliquer au sein de la SOGC. Le besoin de réflexion multigénérationnelle est là, à tous les niveaux, de l'étudiant en médecine au professeur émérite. Les seuls prérequis sont **le caractère, la capacité et le courage**, car tout le monde manque de temps. Vous serez récompensé par de la confusion, de l'expérience, de l'enthousiasme, de la frustration, de la prise de conscience, des connaissances, de la fierté, des responsabilités, des succès, de la compréhension et des amitiés qui durent toute la vie.

Enfin, j'aimerais terminer en remerciant le Dr Anthony Armson (Atlantique), le Dr E Dario Garcia (Québec) et la Dre Maggie Morris (Centre), qui ont assuré la présidence de la SOGC pendant les trois dernières années. Je souhaite souligner leur travail et leur dévouement malgré cette période où le coronavirus a empêché les membres de la SOGC et les autres de vraiment apprécier leur philosophie, leur passion et leur leadership. Prenez quelques instants, que ce soit dès maintenant ou pendant l'assemblée, pour les remercier, car la SOGC est une meilleure organisation grâce à leurs activités et à leur engagement.

Références pour le discours du président

1. *A Mouthful of Air*: Par sa prose éparse et élégante, Amy Koppelman illustre une représentation honnête mais brutale de soi et de la famille en montrant au lecteur que les

vrais problèmes ne discriminent pas selon la richesse ni les privilèges. Ce roman met en lumière la complexité et la fragilité de la psyché humaine.

2. Thème 1 : Programme dirigé de la SOGC sur la mortalité maternelle
3. Thème 2 : First Exposure (école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto)

Thème 3 :

4. Miller KJ, et coll. N° 282-Soins de maternité en région rurale. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(12):e566-e575. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.020>
5. Stirk L, Kornelsen J. N° 379 - Assistance et ressources en matière de prestation de soins de maternité optimaux. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(5):697-707. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.127>
6. Wilson CR, Rourke J, Oandasan IF, Bosco C. Progress made on access to rural health care in Canada. Can Fam Physician. 2020;66:31-36.

Thème 4 :

7. Wilson RD. Fourteen health care systems versus COVID-19: are these the best systems for future health care decisions and needs? Can J Physician Leadership. 2020;7(1):27-30. <https://doi.org/10.37964/cr24725>
8. Wilson RD. What could Canada do to Improve their Healthcare Process and Patient Outcome? - A Scoping Review. Canada Healthcare Policy Journal (in press).

(Titre abrégé : Canada Healthcare Process and Outcome)