

# LE MEDECIN DE FAMILLE ACCOUCHEUR : *UNE NÉCESSITÉ*

Par Alain Demers

À chacun des derniers congrès de périnatalité organisée par la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ), il était de bon aloi de permettre au président de l'Association des Omnipraticiens en Périnatalité du Québec (AOPQ) de s'adresser aux gens présents en ouverture de congrès. Ne voulant rompre avec la tradition, cette année ne fera pas exception. Alors qu'on se plaisait à vous étaler quelques statistiques sur la place que nous occupions dans le champ de la périnatalité, je chercherai plutôt cette fois-ci à vous démontrer que nous demeurons un artisan incontournable et nécessaire lorsque vient le temps de discuter des accouchements au Québec.

Malgré les visions apocalyptiques de certains confrères-spécialistes ou omnipraticiens qui prévoient notre disparition du paysage obstétrical à plus ou moins brève échéance, on se doit de constater que non, nous ne sommes pas morts, et que oui, nous sommes encore forts. J'oserais même affirmer que nous devenons probablement plus forts qu'auparavant. Sceptiques? Je tenterai de vous convaincre.

Pour maintenir cette place de choix qui a toujours été la nôtre en périnatalité, il faudra obligatoirement revendiquer certains droits, certains privilèges, certains statuts.

Avec des droits acquis découlent nécessairement des obligations dont on ne saurait se défilier. Obligations de compétence et de maintien de celle-ci, obligations d'implication aux différents paliers décisionnels où nous sommes encore trop souvent ignoré.

## NOTRE PLACE

J'ai bien essayé, mais je ne peux absolument pas éviter les statistiques. Si on veut bien comprendre la place que l'on occupe, encore faut-il pouvoir comparer les activités obstétricales des médecins omnipraticiens d'aujourd'hui avec ceux d'hier.

On trouvera à la page suivante un tableau provenant exclusivement de la banque de données de la FMOQ. Bien qu'incomplètes, les informations qu'il nous donne permettent de tirer quelques remarques

## LES ACTIVITÉS EN OBSTÉTRIQUE\*

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n=6 356)	660	10.4%	12.7%
1993-1994 (n=6 463)	638	9.9%	12.9%
1994-1995 (n=6 552)	627	9.6%	13.1%
1995-1996 (n=6 642)	595	9.0%	13.3%
1996-1997 (n=6 648)	579	8.7%	13.2%
1997-1998 (n=6 575)	536	8.2%	13.5%
1998-1999 (n=6 551)	492	7.5%	13.8%
1999-2000 (n=6 669)	457	6.9%	13.9%
2000-2001 (n=6 820)	429	6.3%	14.8%

\*Plus de 35 000\$ en rémunération totale et plus de 1 000\$ en obstétrique  
 Source : base de données de la FMOQ

On remarquera d'abord la chute du nombre de médecins accoucheurs, autant en pourcentage qu'en nombre absolu. Je ne vous apprends rien de neuf sur ce sujet. On notera cependant qu'en termes de proportion de revenus, les médecins accoucheurs ont massivement augmenté, en fil des ans, la part

du revenu tiré de l'obstétrique (on parle ici du travail fait en salle d'accouchement) en proportion de leur revenu total. Cela est particulièrement vrai pour la dernière année, où l'augmentation a été de presque 1 %.

Le nombre d'accouchements au Québec est demeuré sensiblement le même au cours des 20 dernières années, avec des alternances de creux et de pics. Bien que nous soyons actuellement dans un creux de vague, on peut affirmer que la moyenne se situe autour de 80 000 accouchements. Les omnipraticiens sont impliqués, bon an mal an, dans un peu plus de 40 % des accouchements. Ce chiffre aussi tend à se stabiliser, à tout le moins au cours des dix dernières années. Toutes ces statistiques laisse croire que les médecins accoucheurs, parce que moins nombreux, doivent se répartir entre eux le même nombre d'accouchements qu'auparavant, obligeant ceux qui restent à augmenter leur nombre moyen d'accouchement par année.

Ce processus reflète la tendance observée partout en médecine : La spécialisation de la pratique. N'y échappe aucune des disciplines médicales traditionnellement reconnues pour leur champ de connaissance horizontal (par opposition aux connaissances verticales des spécialités plus pointues). On comprendra que je parle ici de la pédiatrie, de la médecine interne, de la gynéco-obstétrique et bien sûr, de la médecine de famille.

Les temps du Dr Welby sont sur le point d'être définitivement révolus. Adieu le médecin de famille qui doit quitter la salle d'urgence pour un accouchement, tout en terminant sa journée par une garde aux soins aux personnes âgées. Bien sûr, il y en a encore parmi nous pour qui cette description colle encore à la réalité, particulièrement en régions. Mais pour la majorité d'entre-nous, la « sectorisation » de la pratique a déjà débuté.

Je ne discuterai pas des causes qui ont amené cette plus grande spécialisation des omnipraticiens pour la simple et bonne raison que je ne les connais pas. On peut certes avancer qu'une étendue plus vaste des connaissances médicales complique passablement la tâche pour qui doit se maintenir à jour dans plusieurs champs de pratique médicale.

Cette plus grande concentration d'activités dans un domaine précis devrait faire de nous de meilleurs dispensateurs de soins obstétricaux. Je sais bien qu'il n'y a jamais eu de données probantes à l'effet d'un nombre minimal d'accouchements garantissait une meilleure compétence. Pris isolément, je n'y crois d'ailleurs pas. Cependant, si on le considère dans un contexte global de pratique, avec priorisation des activités de formation continue orientée d'avantage vers quelques champs de compétences plutôt que très

répandues, je crois bien que les connaissances et les habiletés puissent être meilleures. À tout le moins, j'en formule le souhait...

## LES PRIVILEGES ET LA RELÈVE

Il y a de moins en moins de joueurs pour dispenser les soins en maternité. Les gynécologues-obstétriciens suivent la tendance vers la sur-spécialisation, à l'instar des médecins de famille. En 1998, 54 gynécologues-obstétriciens membres de l'AOGQ (sur un nombre total de 329) n'avaient pas de couverture d'assurance-responsabilité professionnelle pour pratiquer l'obstétrique au Québec (source : AOGQ). Je n'ai pas de données plus récentes. L'AOGQ estime par ailleurs que plusieurs gynécologues conservent leurs privilèges obstétricaux par obligation : Ils ne suivent plus de grossesse, mais ils se doivent d'assumer la garde pour assurer leur accès au plateau technique (salle d'opération). Dans les faits, le nombre réel de gynécologues impliqués activement dans les soins périnataux est encore plus faible que le laisse croire cette statistique.

Les médecins de famille quittent la pratique obstétricale pour diverses raisons. J'en faisais état lors de l'ouverture du dernier congrès de périnatalité à Montréal en 1998. Je n'ai pas l'intention de les reprendre ici point par point. Certains sujets sont d'ailleurs maintenant devenus désuets (fermeture des blocs obstétricaux, dénatalité, abandon de la pratique hospitalière). J'ose espérer qu'avec les gains que nous avons faits au cours des dernières années, la prime d'assurance responsabilité et la rémunération ne devraient plus figurer parmi les facteurs de désistement.

La qualité de vie, la formation insuffisante et les aspects médico-légaux demeurent d'actualité. J'en ajouterai deux autres : L'identité masculine et les privilèges obstétricaux.

### L'identité masculine

Les résidents masculins croient-ils avoir encore une place en obstétrique ? Les gynécologues-obstétriciens (ennes) sont de plus en plus des femmes, et le ratio femmes/hommes est plus élevé en résidence que ne pourrait l'expliquer celui de leur cohorte. À ma connaissance, aucun homme n'a été admis à l'école des sages-femmes à Trois-Rivières. Aujourd'hui, il existe même au Québec des cliniques médicales qui refusent systématiquement d'engager

La société véhicule-t-elle de plus en plus que l'accouchement est une affaire de femmes pratiquées par des femmes ? Je ne fais que poser la question sans pour autant avoir la réponse. De nouveaux sondages adressés à la fois aux étudiants en médecine et aux résidents devraient nous fournir des éléments de réponse.

### Les privilèges obstétricaux

La lecture des différents règlements départementaux que vous nous avez fait parvenir assortie des consultations obligatoires en périnatalité, m'a laissé perplexe. Dans plusieurs cas, la dépendance des médecins de famille envers les spécialistes gynécologues-obstétriciens est déconcertante. Comment peut-on astreindre un médecin de famille à une consultation obligatoire pour un déclenchement au-delà de la 41<sup>e</sup> semaine de grossesse ou encore pour un accouchement instrumental bas ou à la vulve ? C'est permettre une pratique obstétricale seulement sur probation sans droit d'utilisation des outils de base. Jamais il ne me viendrait à l'idée d'engager un menuisier pour la construction d'un patio en lui interdisant d'utiliser ses tournevis ou son marteau. Jusqu'à un certain point, il en va même de la sécurité de la patiente.

Comment percevoir les soins de maternité contemporains autrement que comme étant complexes et techniques ? Une telle situation de dépendance engendre des sentiments d'impuissance et fait en sorte que les médecins de famille se sentent sous-estimés, les décourageant du même coup de la pratique obstétricale qu'il vaut mieux laisser aux grands experts. Dans les milieux où les étudiants en médecine et les résidents en médecine familiale acquièrent les habiletés et les aptitudes nécessaires à des soins périnataux efficaces, cette relation de dominant-dominé est catastrophique.

Avant de commencer leur formation en médecine de famille, les résidents ont déjà une idée bien arrêtée quant à savoir s'ils incluront ou non l'obstétrique dans leur pratique futur. Plusieurs éléments ont conduit à cette prise de décision, mais l'exposition à la pratique obstétricale pendant le cursus des études médicales pré-graduées joue un rôle important. La plupart du temps, ils ne savent même pas que les médecins de famille pratiquent encore des accouchements dans les années 2000, et personne d'ailleurs ne leur dit. Le docteur Raymond Lalande, alors directeur du programme de résidence en médecine familiale de l'université de Montréal écrivait en janvier 1999, alors qu'il s'adressait au groupe de travail sur l'évolution de la pratique obstétricale au Québec du Collège des médecins : « *Le contact que nous avons avec les résidents nous amène à croire que, pour la plupart de ceux qui ont*

*définitivement exclue l'obstétrique, l'expérience vécue pendant les années pré-graduées et plus spécifiquement pendant le stage d'externat a été difficile pour ne pas dire déplaisante. L'étudiant retient souvent de son expérience qu'il s'agit d'une médecine de catastrophe, touchant ce qu'il y a probablement de plus précieux dans la vie d'un être humain et ce, dans un contexte où malheureusement les valeurs humaines font souvent défaut. Les patientes sont vues à la chaîne, l'accouchement est réduit à ses aspects techniques et le suivi post-partum est réduit à sa plus simple expression. L'étudiant œuvre dans un contexte qui n'est pas celui de la périnatalité en ce sens que le suivi du nouveau-né est complètement dissocié de l'événement de la naissance. Pour l'étudiant qui se destine à la médecine familiale, cette expérience s'effectue en plus dans un contexte où, bien souvent il n'est pas évident d'affirmer son choix de carrière. Combien de commentaires alarmants, désobligeants, dénigrants, voire méprisants envers les médecins de famille n'entendra-t-il pas pendant sa courte expérience obstétricale? Pour le futur résident qui aura mis une croix sur la pratique obstétricale, renverser la vapeur pendant la formation en médecine familiale représente un véritable tour de force. »*

Le message éducatif, intentionnel ou pas, transmis aux stagiaires voyant des médecins de famille qui travaillent dans des rôles de dépendance est que la pratique de l'obstétrique va au-delà de leurs capacités.

Aucun groupe de professionnels ne devraient être responsable d'un autre, quel qu'il soit. Les structures devraient plutôt favoriser la réciprocité, l'échange des connaissances et la collégialité et non la dépendance. À mon point de vue, l'idée même de consultations obligatoires ne devrait jamais exister. Il m'apparaît beaucoup plus sage de se fier à l'expérience et aux compétences de chacun des membres impliqués en périnatalité, en présumant que les médecins responsables demanderont une consultation lorsqu'ils la jugeront nécessaire. Rien n'empêche d'élaborer une liste de consultations dites recommandées impliquant des circonstances dans lesquelles l'opinion d'un confrère mérite sérieusement d'être considéré.

L'idée encore plus subversive d'un transfert obligatoire devrait être totalement banni. Les médecins de famille peuvent et même doivent continuer à être présents, ne serait-ce qu'à titre de consultant et ce, même si les soins sont transférés.

N'ayez crainte, je ne prône pas ici ni l'incurie ni l'irresponsabilité. Des mécanismes à l'intérieur des départements existent déjà pour s'assurer que la pratique médicale dudit département soit conforme aux données de la science et des sanctions puissent être imposés aux rares déviants et

récidivistes. Personne ne vise l'incompétence ; tout le monde souhaite cependant son autonomie.

Les deux dernières recommandations du groupe de travail sur la pratique obstétricale au Québec d'avril 1999, et entérinées par le Bureau du Collège des médecins vont dans ce sens :

- 12 - *que les compétences essentielles et spécifiques du médecin spécialiste, du médecin de famille et de la sage-femme soient respectées, entre autres, lorsqu'il s'agit de déterminer les actes qu'ils sont autorisés à poser dans les établissements ;*
- 13 - *de prioriser le concept d'équipes périnatales où les professionnels travaillent en collaboration selon des règles de soins uniques ayant pour seul objectif la qualité des services fournis à la mère et au nouveau-né.*

## OBLIGATIONS

La pratique obstétricale ne saurait être faite que de droits et privilèges. Des obligations en découlent.

Il faudra d'abord s'impliquer davantage dans l'enseignement pré-doctoral afin d'exposer concrètement les étudiants à cet être étrange, bizarre et sorti d'une autre époque qu'est le médecin de famille accoucheur. Puisqu'il ne faut absolument pas mourir, aussi bien montrer que l'on existe. Les universités se montrent réceptives à l'idée de nous inclure comme professeur. Le nouveau mode d'apprentissage par problèmes ne peut que faciliter notre intégration.

Les statuts et privilèges que nous obtiendrons devraient servir à l'élaboration d'objectifs minimaux à acquérir pour les résidents inscrits dans les programmes universitaires de résidence en médecine de famille concernant l'enseignement des soins de maternité.

S'ils désirent être reconnus comme un groupe autonome, les médecins de famille devront démontrer régulièrement, voire quotidiennement, qu'ils possèdent les compétences requises pour assumer une large part des soins de périnatalité envers leur clientèle propre. Des mécanismes assurant un minimum de formation continue et de contrôle de la qualité de l'acte doivent faire partie intégrante des règlements de département.

Il faudra également demeurer présent et actif aux seins des diverses tables de discussion axées sur la périnatalité, que ce soit au niveau régional, provincial ou même fédéral.

## CONCLUSION

Le médecin de famille accoucheur est une nécessité. Personne d'autre que nous ne dispense des soins de maternité d'une façon aussi globale et diversifiée. Le médecin de famille a tendance à passer plus de temps auprès de sa cliente et rassure le couple si jamais une problématique de dernière minute devait malheureusement survenir.

Le médecin de famille accoucheur est une nécessité. Nous sommes les seuls à pouvoir offrir une continuité de soins pour une période qui n'a pas vraiment de limites. Les gynécologues-obstétriciens ne suivent pas les bébés et peuvent rencontrer certaines difficultés en cas de maladie concomitante (asthme, lésions cutanées, etc.). Les sages-femmes quant à elle devront toujours limiter leur travail au suivi de la grossesse et à l'accouchement normal. Elles suivent les bébés que pour les six premières semaines et encore faut-il qu'il soit en excellente santé.

Le médecin de famille accoucheur est une nécessité. Nous offrons une disponibilité que les femmes du Québec recherchent. Encore aujourd'hui, la majorité des médecins de famille accouchent leurs clientes en tout temps la semaine avec une couverture à trois ou à quatre pour les fins de semaine.

Le médecin de famille accoucheur est une nécessité. Il est souvent le seul à bien connaître la famille dans son ensemble. On recherche sa présence pour sa complicité et sa connivence. Il connaît bien la dynamique familiale pour y être déjà présent depuis un certain nombre d'années. On apprécie ses qualités humaines qui en font un allié de premier ordre. Il inspire un climat de confiance et de respect mutuel au moment de la naissance et tout au cours de la vie.

Alors, qui dit mieux ? Il ne faut absolument pas quitter ou disparaître de cet endroit où la famille prend véritablement naissance, sinon à quoi bon porter le titre de médecin de « famille ». Et qu'on cesse de me rebattre les oreilles avec ma qualité de vie. Tout le monde autour de moi envie ma clientèle, demeure surpris de voir les divers cadeaux, photos et autres marques de gratitude que je reçois régulièrement. La qualité de vie, ce n'est pas qu'un horaire de travail, c'est surtout pratiquer un métier que l'on aime avec

passion et dévouement. En plus, il y a vraiment possibilité de se regrouper les fins de semaine, rendant l'horaire très vivable pour la famille.

Mais je m'adresse actuellement à un public de convertis. Comment se fait-il que les résidents ne le sachent pas ? Probablement par notre presque totale absence dans l'enseignement pré-doctoral, qu'il faudra impérativement corriger au plus tôt. Les femmes du Québec souhaitent encore accoucher avec l'aide d'un médecin de famille des années trente, ayant les compétences des années deux mille. Permettons leur encore de pouvoir le faire.

Bon congrès !

Alain Demers, md  
Président de l'AOPQ