

NOMBRE DE NAISSANCES NÉCESSAIRE POUR LE MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE

Cette déclaration de principes a été préparée et approuvée par :
 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
 Le Collège des médecins de famille du Canada
 La Société de la médecine rurale du Canada

La croyance que le fait d'avoir assisté à un certain nombre de naissances peut constituer un seuil de compétence pour tous les fournisseurs de soins ne tient pas compte de plusieurs variables importantes, notamment : le stade que le fournisseur de soins a atteint dans sa carrière (début, milieu, s'approchant de la retraite) et donc, la valeur de l'expérience acquise; l'expérience partagée par les membres d'un groupement de médecins; les rapports collégiaux de qualité établis entre les médecins de famille, les spécialistes et les sous-spécialistes; le cadre et l'organisme où se déroule la pratique; et le recours à des programmes de gestion du risque et d'assurance de la qualité. Bien que la littérature médicale appuie clairement le principe des seuils quantitatifs pour les interventions chirurgicales complexes et certaines situations médicales rares,^{1,2} rien ne prouve que l'extrapolation de ce concept quantitatif s'applique aux accouchements et aux soins des nouveau-nés habituels.² La recherche en la matière démontre plutôt que des issues favorables sont obtenues dans des contextes où le nombre de cas est réduit, où la possibilité de consultation de spécialistes est bonne et où les transferts peuvent se faire rapidement et sont bien utilisés.³⁻⁹

À la lumière de ces résultats, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada affirment que la compétence en soins obstétricaux ne dépend pas du nombre de naissances auxquelles un médecin assiste chaque année.

Chaque praticien est professionnellement responsable de s'assurer de maintenir sa compétence sur tous les aspects de la pratique. Ce maintien de la compétence dépend de programmes adéquats, continus et autogérés de perfectionnement professionnel permanent, devant être structurés pour répondre aux besoins et aux responsabilités des individus et des groupements de praticiens. Entre autres choses, un tel programme peut comprendre des consultations avec les collègues, la participation à des rencontres, à des cours et à des ateliers spéciaux, notamment les cours « Gestion du travail et de l'accouchement » (GESTA) et « Cours avancé de réanimation obstétricale » (ALSO).

Le droit de continuer à offrir des soins intrapartum dans un contexte hospitalier doit correspondre à des programmes d'assurance de la qualité définis localement et à la participation individuelle à des programmes autogérés de maintien de la compétence. La présence à un nombre minimum de naissances ne devrait pas être une exigence des programmes d'accréditation.

(Cette Déclaration de principes de la SOGC remplace la Déclaration de principes de la SOGC No 58, novembre 1996).

RÉFÉRENCES

1. Wheeler RC, Reiter KL, Mead S, Burkhardt JH, Bushee GR, Sunshine JH. The use of volume standards in health services. *Qual Manag Health Care* 2001;9(4):47-62.
2. Gagné GP, Grzybowski S, Iglesias S, Klein M, Lalonde A. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural. Groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada (CFMC) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1998;20:393-98; 399-405. (Aussi publiée dans *Can Fam Physician* 1998;44:831-43, et *Can J Rural Med* 1998;20(3):75-91.
3. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in northern Ontario. *Can Med Assoc J* 1984;130:571-6.
4. Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-32.
5. Klein MC, Spence A, Grzybowski S, Kelly A, Kaczorowski J. Does family physician obstetrical volume affect maternal/newborn outcome? *Can Med Assoc J*. In press 2002.
6. Mayfield JA, Rosenblatt RA, Baldwin IM, Chu J, Logerfo JP. The relation of obstetrical volume and nursery level to perinatal mortality. *Am J Public Health* 1990;80:819-23.
7. Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. *J Am Med Assoc* 1996;276:1054-9.
8. LeFevre ML. Physician volume and obstetric outcome. *Med Care* 1992;30:866-71.
9. Tilyard MW, William S, Seddon RJ, Oakley ME, Murdoch CJ. Is outcome for general practitioner obstetricians influenced by workload and locality? *N Z Med J* 1998;101:207-9.

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.