

Entrevoir l'avenir

Donald B. Davis, MD

Président de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Je remercie la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) de la confiance qu'elle m'accorde en me nommant président. J'accepte cet honneur au nom de mon père, Matthew Davis, qui était obstétricien-gynécologue dans une petite communauté de l'Ouest canadien. Je me souviens de le regarder partir chaque matin et de l'entendre dire : « Je *vais* travailler aujourd'hui ». Il m'a fallu du temps pour comprendre ce qu'il entendait par là. Je n'aurais pas non plus pu entreprendre cette tâche sans le soutien de mon épouse, Judy. Elle a un talent particulier pour me donner des ailes, tout en me forçant à garder les pieds bien sur terre.

La SOGC a été fondée il y a presque 62 ans, en 1944. Depuis, elle a gagné près de 3 000 membres, parmi lesquels on compte des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des sages-femmes. En novembre 2005, la SOGC a mis en œuvre son quatrième atelier de planification stratégique. Lors de cette rencontre, Dr Lalonde, notre vice-président administratif, nous a rappelé certaines des activités mises en œuvre par la SOGC qui passent parfois inaperçues en raison de l'efficacité de l'organisation. Ces activités comprennent, entre autres, les conférences régionales et l'assemblée clinique annuelle. Les directives cliniques, quant à elles, sont élaborées par plus de vingt comités comptant plus de 400 bénévoles. Notre site Web « masexualite.ca », qui est consulté plus de 200 000 fois chaque mois, vient en aide aux patients, aux parents et aux enseignants en leur fournissant des renseignements à jour et exacts sur la santé. Ce site Web est consulté dans vingt pays. Par ailleurs, en 2005, le site a remporté le *World Summit Award* des Nations Unies pour l'excellence dans la production de projets multimédias.

Le programme « Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux » (AMPRO^{OB}), projet d'importance, est à la fine pointe de la gestion des risques obstétricaux en Amérique du Nord. Il est mis en œuvre

dans environ 125 hôpitaux canadiens, avec la participation de plus de 6 000 professionnels de la santé. En tant qu'Albertain, je suis fier du fait que l'Alberta est la première province canadienne à financer le programme AMPRO^{OB} au sein de tous les hôpitaux prodiguant des soins obstétricaux. Ce programme sera bénéfique à long terme, compte tenu de la crise actuelle et croissante en matière de ressources humaines. Il s'est inspiré des sciences cliniques fondamentales qui sont liées à l'obstétrique pour favoriser un changement de culture dans le domaine des soins obstétricaux. Mais bien qu'il soit possible d'enseigner la science des soins obstétricaux, il est beaucoup plus difficile de cerner l'art qu'est l'obstétrique-gynécologie.

La formation médicale est l'aspect sur lequel il faut centrer les efforts en vue d'aborder la question des besoins en matière de soins de santé au Canada. Le financement en matière de formation médicale est du ressort des ministères de l'Éducation des différentes provinces; mais les décisions clés en ce qui a trait à la présence d'une main-d'œuvre suffisante reviennent aux ministères de la Santé provinciaux. Comme il n'y a pas de coordination intra-gouvernementale, les facultés de médecine ont de la difficulté à aligner leurs activités sur les priorités du gouvernement. Les facultés de médecine doivent former une main-d'œuvre en mesure de travailler dans toutes les régions du pays, autant urbaines, rurales qu'éloignées. Les facultés de médecine canadiennes ont vu les inscriptions passer de 1 577 étudiants en 1997 à 2 096 en 2003-2004. Cependant, le nombre de résidents n'a pas suffisamment augmenté. Le manque de « spécialistes généraux » est un problème de plus en plus pressant. Une tendance à la sous-spécialisation s'est traduite par un important nombre de spécialistes et de sous-spécialistes travaillant dans les centres de soins tertiaires des grandes villes et par une pénurie de services spécialisés dans les villes de taille moyenne et les hôpitaux communautaires.

Des changements spectaculaires sont survenus au sein de notre spécialité au cours des trente dernières années, et la SOGC a toujours été bien placée pour offrir le perfectionnement professionnel permanent (PPP). Nous

devrons faire mieux en ce qui a trait au maintien des certificats, qui est exigé par les gouvernements, les organismes de réglementation professionnelle et nos patients. La moitié des membres de notre Société travaillent à l'extérieur des grands centres urbains. Ces professionnels ont des besoins uniques en matière de formation. Le fait d'interagir avec des étudiants en médecine, des résidents, des infirmières et des collègues au sein d'un centre de soins tertiaires constitue presque en soit une FMC. Les spécialistes en milieu communautaire, même s'ils n'ont pas besoin qu'on leur tienne la main, gagneraient à en savoir davantage au sujet des nouvelles tendances, des changements importants sur le plan des normes de soins et des thèmes de FMC.

Le changement est inévitable; notre Société doit donc continuer de favoriser le changement au profit des membres. Le déploiement collectif de professionnels de la santé, de façon à ce que les spécialistes puissent travailler avec des médecins de famille, des infirmières autorisées, des infirmières praticiennes et des sages-femmes, devrait permettre de régler en partie le problème de main-d'œuvre. À partir de là, l'obstétricien-gynécologue jouera probablement un rôle plus prépondérant en tant que chef d'équipe et coordonnateur. Il (ou plus probablement, elle) devra posséder de nouvelles compétences sur le plan administratif. Cette personne devra travailler de plus en plus fort pour atteindre un équilibre entre les exigences de sa profession et la nécessité d'avoir une vie personnelle saine.

La SOGC participe au Projet de soins primaires obstétricaux concertés. Cela représente une étape importante en matière de coordination des soins obstétricaux au Canada. Mais il faut plus encore. L'an dernier, 330 000 bébés sont nés au Canada. Il y a environ 1 500 obstétriciens-gynécologues en pratique active au Canada. Seulement 1 040 d'entre eux pratiquent l'obstétrique et participent à près de 80 % de tous les accouchements se déroulant dans plus de 300 hôpitaux au pays. Plus de 600 obstétriciens-gynécologues travaillent dans les universités de grands centres urbains; ils enseignent, font de la recherche et pratiquent dans une cinquantaine d'hôpitaux. Cela ne laisse que 450 obstétriciens pour couvrir plus de 250 hôpitaux communautaires, ce qui peut être considéré comme une crise. Nous devons demander à notre gouvernement ce qu'il entend faire pour faire face à cette importante pénurie de main-d'œuvre.

Aucun d'entre nous ne sera surpris d'apprendre que, plus que tout autre spécialiste, les obstétriciens-gynécologues risquent d'être appelés au beau milieu de la nuit. Soixante-cinq pour cent des bébés naissent entre 18 h 00 et 6 h 00. C'est pourquoi les obstétriciens qui approchent de la

retraite veulent réduire leurs quarts de nuit et le travail sur appel. Soixante-quinze pour cent des résidents sont des femmes. Ces dernières et, de plus en plus, leurs collègues masculins, mettent l'accent sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle; il en résulte donc une baisse des équivalents temps plein par groupe de diplômés. Les résidents continuent de se sous-spécialiser, et les données ont tendance à surestimer le nombre de résidents prêts à se lancer dans le domaine des soins obstétricaux. Il s'ensuit un effet cascade : moins d'obstétriciens sont disponibles sur appel, moins de médecins de famille pratiquent l'obstétrique, et le nombre de sages-femmes n'augmente pas aussi rapidement que prévu. Les petites et moyennes communautés sont les plus touchées, les spécialistes choisissant de s'installer dans les grands centres. Il en découle donc une diminution du nombre de professionnels pratiquant l'obstétrique en milieu communautaire.

Le plan stratégique de la SOGC vise à aborder ce problème. Il y est même parvenu avec un certain succès : des 600 000 décès maternels survenus dans le monde l'année dernière, seulement quatre se sont produits au Canada. Il s'agit du plus bas taux de mortalité maternelle jamais vu dans le monde. Seuls la Suède et le Danemark sont parvenus à l'égaliser. L'accouchement demeure une expérience stimulante et formatrice pour les familles comme pour les fournisseurs de soins. Il nous incombe de faire en sorte que les soins obstétricaux bénéficient du respect et des ressources nécessaires pour demeurer sûrs et disponibles. Le temps est venu pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'essayer de trouver des solutions à cette pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Le fait d'être bien adapté à un système de santé déficient ne constitue pas un bon indicateur de santé.

La santé des Autochtones est l'une des principales directions stratégiques de la SOGC. Lors de nos séances de planification, nous avons reconnu que le défi à cet égard consistait à promouvoir la santé et le rétablissement, d'une façon qui respecte la culture, pour les femmes autochtones. Des directives réfléchies ont été élaborées en 2000 et en 2001 par le comité sur la santé des Autochtones de la SOGC. Cinq documents ont été publiés, qui demeurent tout aussi pertinents aujourd'hui qu'alors. Cela signifie que le comité a fait preuve de clairvoyance dans ses délibérations; cela signifie aussi que nous n'avons peut-être pas réalisé autant de progrès au cours des cinq dernières années que nous l'aurions souhaité. Néanmoins, nous devons poursuivre nos efforts. Les statistiques démontrent bien qu'il reste du travail à faire : le taux de mortalité infantile chez les Autochtones est de deux à trois fois supérieur à la moyenne canadienne, et le taux de fertilité des femmes autochtones est deux fois plus élevé que celui des autres

Canadiennes. Les Premières nations, les Inuits et les Métis croient fermement qu'une crise doit survenir avant que des mesures puissent être prises. Ces mesures, lorsqu'elles viennent, sont souvent démesurées, ce qui fait qu'une solution à long terme demeure toujours hors de portée. On a demandé à la SOGC de prendre part à une conférence parrainée par la Société canadienne de pédiatrie en décembre 2005, appelée *Rassemblés autour d'un rêve*. Je crois que cette conférence deviendra un jalon quant à l'évolution des soins de santé destinés aux Autochtones.

Le système de soins de santé canadien est difficile à naviguer, même pour la « culture dominante ». Il n'est accessible que de façon sporadique et entraîne de longs temps d'attente. Les Autochtones, plus que d'autres collectivités, trouvent le système intimidant. Moffat et Cook ont démontré que ce ne sont pas les régions rurales éloignées qui présentent les taux les plus élevés de mortalité en raison de la prématurité et les taux les plus bas d'orientation vers un spécialiste; ce sont les populations autochtones vivant dans l'une des plus grandes villes du Canada. Ces patients n'ont tout simplement pas accès au système. Il y a aussi la question de la compétence sur le plan culturel. Les fournisseurs de soins de santé doivent posséder les compétences et le savoir-faire nécessaires pour comprendre qu'il existe des problèmes sur le plan de la culture et de la langue qui empêchent la compréhension mutuelle et l'entente quant à l'état du patient et aux mesures à prendre. La *Winnipeg Regional Health Authority* dispose d'une stratégie en ce qui a trait aux Autochtones. Mais, malgré d'importants efforts, les effectifs ne comptent que de un à deux pour cent d'Autochtones, alors que la population compte douze pour cent de citoyens d'origine autochtone. Les choses avancent, mais lentement. Dr Noni MacDonald a remarqué que, lorsque les préoccupations des Autochtones sont abordées d'un point de vue autochtone, en mettant l'accent sur la collaboration et le partenariat, de meilleurs soins de santé peuvent être offerts, et avec beaucoup plus de succès. Les partenariats fonctionnent.

Comme nos méthodes conventionnelles n'ont pas fonctionné, il nous faut élaborer de nouvelles techniques pour trouver des solutions.

Les objectifs de la SOGC en ce qui concerne les soins de santé destinés aux Autochtones comprennent, entre autres, l'amélioration des soins offerts à la mère et à l'enfant, la formation d'un plus grand nombre de fournisseurs de soins d'origine autochtone, la recherche et la diffusion de modèles et de cheminements visant à offrir des soins novateurs, et l'amélioration de la situation des femmes défavorisées.

Je m'en voudrais de ne pas souligner les efforts immenses déployés par Dr Lalonde, Dr Senikas et Dr Milne qui, avec l'aide du personnel exceptionnel de la SOGC, ont apporté énormément au domaine de la santé des femmes, non seulement au Canada, mais aussi dans le reste du monde. La SOGC n'a pas toujours choisi le chemin le plus facile, mais elle a toujours fait les choses en grand. Les activités de la SOGC, qui visent à aider les pays en développement, servent aussi de modèles pour les pays développés.

Nous continuerons de poser les questions difficiles et d'inspirer la prochaine génération d'obstétriciens-gynécologues, afin que, chaque matin, ils puissent dire eux aussi : « Je *vais* travailler ».

RÉFÉRENCES

1. Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. Groupe de travail deux. « Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des données en milieu de travail sur les tendances et l'évaluation des données de ressources humaines. Sommaire », février 2005, p. 11.
2. Christilaw J. « Health human resources. Case studies for obstetrics. » Présenté dans le cadre de la *CNMO Satellite Conference*, 27 janvier 2006.
3. Moffat MEK, Cook C. « How can the health community foster and promote the health of Aboriginal children and youth? », *Paediatr Child Health*, vol. 10, n° 9, 2005, p. 549–52.

Cet éditorial est tiré du discours prononcé par le nouveau président, Dr Davis, lors de l'assemblée clinique annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le 26 juin 2006 à Vancouver.