



Déclaration de principe commune sur les soins maternels en milieu rural

Katherine Miller Carol Couchie William Ehman
Lisa Graves Stefan Grzybowski Jennifer Medves

Groupe de travail sur la déclaration de PC

Kaitlin Dupuis Lynn Dunikowski Patricia Marturano
Vyta Senikas Ruth Wilson John Wootton



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Society of Rural Physicians of Canada
Société de la Médecine Rurale du Canada

Déclaration de principe commune sur les soins maternels en milieu rural

Cette déclaration de principe commune a été préparée par un groupe de travail et approuvée par des conseils d'administration et/ou des comités exécutifs de l'Association canadienne des sages-femmes, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Société de médecine rurale du Canada.

Auteurs principaux

Katherine J. Miller, MD, Almonte (Ont.)

Carol Couchie, sage-femme aut., Garden Village Nipissing First Nation (Ont.)

William Ehman, MD, Nanaimo (C.-B.)

Lisa Graves, MD, Sudbury (Ont.)

Stefan Grzybowski, MD, Vancouver (C.-B.)

Jennifer Medves, inf. aut., PhD, Kingston (Ont.)

Groupe de travail sur la déclaration de principe commune

Kaitlin Dupuis, MD, Nanaimo (C.-B.)

Lynn Dunikowski, MLS, London (Ont.)

Patricia Marturano, Mississauga (Ont.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Ruth Wilson, MD, Kingston (Ont.)

John Wootton, MD, Shawville (Québec)

RECOMMANDATIONS

1. Les femmes des communautés rurales et éloignées du Canada devraient recevoir des soins de maternité de grande qualité le plus près possible de chez elles.
2. Les soins de maternité en région rurale doivent être offerts de façon concertée, être axés sur la femme et sa famille, être adaptés aux différences culturelles et être prodigués de façon respectueuse.
3. Les services offrant des soins de maternité en région rurale devraient être soutenus par des politiques concrètes se conformant aux présentes recommandations.
4. Bien qu'un accès local à des services de chirurgie et d'anesthésie soit souhaitable, certaines données indiquent que l'obtention de bonnes issues peut être soutenue au sein d'un système intégré de soins périnataux ne disposant pas d'un accès local à des services d'accouchement opératoire. Certaines données indiquent que les issues sont meilleures lorsque les femmes n'ont pas à s'éloigner de leur communauté. L'accès à un système intégré de soins périnataux devrait être offert à toutes les femmes.
5. Les besoins sociaux et affectifs des femmes issues de régions rurales doivent être pris en considération dans le cadre de la planification des services. Les femmes qui doivent quitter leur communauté pour accoucher devraient être soutenues, et ce, tant sur le plan financier qu'affectif.
6. La mise en œuvre de modèles interprofessionnels novateurs devrait faire partie de la solution pour l'offre de soins concertés, intégrés et de grande qualité aux femmes des régions rurales et éloignées.
7. Les infirmières autorisées sont essentielles à l'offre de soins de maternité de grande qualité en région rurale tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postpartum. Les habiletés liées aux soins infirmiers de maternité devraient être reconnues comme étant

une composante fondamentale des habiletés liées aux soins infirmiers généraux offerts en région rurale.

8. La rémunération des fournisseurs de soins de maternité devrait refléter les défis particuliers et la responsabilité professionnelle accrue qui sont le lot des fournisseurs de soins en milieu rural. Les modèles de rémunération devraient faciliter la collaboration interprofessionnelle.
9. La présence de praticiens formés en réanimation et en soins néonataux s'avère essentielle à l'offre de soins de maternité en région rurale.
10. La formation des fournisseurs de soins de maternité en région rurale devrait aborder le concept de pratique concertée, ainsi que les techniques et habiletés cliniques nécessaires. Des établissements permettant de former des sages-femmes, des infirmières et des médecins et étant en mesure de leur inculquer les habiletés nécessaires à l'offre de soins de maternité en région rurale doivent être mis sur pied et soutenus. La formation en milieu rural et nordique doit être soutenue.
11. Les habiletés générales en matière de soins de maternité, de chirurgie et d'anesthésie sont précieuses et devraient être soutenues au sein des programmes de formation en médecine familiale, en chirurgie et en anesthésie, ainsi qu'en soins infirmiers et en pratique sage-femme.
12. Tous les médecins et toutes les infirmières devraient être exposés aux soins de maternité au cours de leur formation et acquérir des habiletés de base dans le domaine.
13. L'amélioration de la qualité et le suivi des issues devraient faire partie intégrante de tous les services de soins de maternité.
14. Les programmes de sécurité des patientes et de perfectionnement permanent continus, concertés, interprofessionnels et offerts localement doivent bénéficier d'un soutien.

Introduction et contexte

Les Canadiennes méritent des soins de maternité de qualité peu importe l'endroit où elles demeurent, que ce soit en région urbaine, rurale ou éloignée. Chaque fournisseur de soins doit travailler à élaborer et à maintenir des modèles de soins de maternité adaptés aux communautés

où habitent les femmes qu'il dessert et aux ressources disponibles. Se fondant sur la déclaration de principe commune de 1998 sur les soins de maternité en région rurale¹, le présent document amélioré repose sur de nouvelles données. Reconnaisant que le recours à une approche interprofessionnelle quant aux soins offerts aux femmes tout au long des périodes prénatale, intrapartum et postnatale constitue la norme, le présent document est le fruit d'une collaboration entre des organisations représentant non seulement des médecins, mais également des infirmières et des sages-femmes. Les auteurs du présent document et leurs organisations respectives se sont entendus pour affirmer que les soins de maternité en région rurale doivent comprendre un consensus quant aux recommandations générales qui apparaissent ci-dessous.

Recommandations

1. Les femmes des communautés rurales et éloignées du Canada devraient recevoir des soins de maternité de grande qualité le plus près possible de chez elles.
2. Les soins de maternité en région rurale doivent être offerts de façon concertée, être axés sur la femme et sa famille, être adaptés aux différences culturelles et être prodigués de façon respectueuse.
3. Les services offrant des soins de maternité en région rurale devraient être soutenus par des politiques concrètes se conformant aux présentes recommandations.

La définition de ce que l'on entend par « région rurale » au Canada demeure problématique. Les indices de ruralité tentent d'en capter l'essence au moyen de variables telles que la distance entre l'endroit en question et un établissement offrant des soins avancés, la distance entre cet endroit et un établissement offrant des soins de base, et le nombre d'habitants et la densité de population de cet endroit². Cette définition tente de couvrir la diversité des centres ruraux, qu'il s'agisse de centres isolés sur le plan géographique ou encore de centres qui, bien qu'ils soient près d'établissements offrant des soins de base et avancés, se trouvent au sein de régions comptant une faible densité de population. Les soins de maternité offerts en région rurale sont souvent caractérisés par des équipes de maternité menées par des médecins de famille, des infirmières et des sages-femmes. Dans certaines communautés, il s'agit là des seuls intervenants qui offrent des soins de maternité; certaines autres communautés peuvent, quant à elles, compter sur des services de soutien offerts par des chirurgiens généralistes, des

omnipraticiens-anesthésistes, des obstétriciens-gynécologues et/ou des médecins de famille comptant une formation en chirurgie.

Au cours des dernières années, nous avons assisté à la fermeture de programmes de maternité ruraux dans la foulée de la régionalisation des soins et des compressions budgétaires³. En plus des pressions de nature administrative, le manque de personnel qualifié dans le domaine des soins de maternité a mené à des baisses de service et à des fermetures de programme⁴. Les programmes de maternité dépendent non seulement de la présence d'un personnel clinique, mais également de celle d'un personnel de soutien, de services (tels que l'imagerie diagnostique, les épreuves de laboratoire et les banques de sang), d'un matériel adéquat et fonctionnel, et de systèmes de transport efficaces étant en mesure de couvrir de grandes distances, peu importe les conditions météorologiques.

Discussion

Niveaux de service

La sûreté des services de maternité ruraux a fait l'objet d'un certain nombre d'études au cours des 20 dernières années et tout indique que l'offre de services locaux, même au sein des communautés n'ayant pas accès à des services locaux de chirurgie, s'avère favorable^{5,6}. Plusieurs études récentes se sont penchées sur l'importance de la distance séparant les femmes des services, et ce, en ce qui a trait aux issues de grossesse; ces études ont indiqué que les taux d'intervention, de morbidité et de mortalité périnatales connaissent une hausse proportionnelle à la distance séparant les femmes des services d'accouchement^{7,8}. Bien que les unités de naissance à faible volume doivent relever des défis leur étant particuliers, rien n'indique qu'un nombre minimal d'accouchements s'avère requis pour assurer le maintien de la compétence⁹. La question n'est pas de savoir s'il faut ou non offrir des services de maternité, mais bien de connaître le niveau de service s'avérant faisable et viable.

Lorsqu'une communauté n'est pas en mesure de soutenir des services locaux, pratiquement toutes les femmes auront à se déplacer pour obtenir accès à de tels services ailleurs et, selon la distance les séparant du centre d'orientation le plus près, il est possible qu'elles aient à s'absenter de la maison et de leur communauté à partir de la 36^e semaine de gestation, et ce, jusqu'à ce

qu'elles accouchent. Une telle séparation peut occasionner des degrés substantiels de stress pour les femmes et leur famille; de plus, lorsque la vulnérabilité socioéconomique constitue un facteur aggravant, les taux d'issues indésirables augmentent^{7,10}.

D'autres communautés rurales sont, quant à elles, en mesure d'offrir des services de maternité bénéficiant d'un soutien médical. En l'absence de services chirurgicaux, la proportion de femmes qui accouchent localement est moindre, en raison de décisions liées à la gestion du risque et du choix des patientes. Les facteurs qui influencent le choix des patientes ne sont pas toujours ceux qui motivent leurs fournisseurs de soins¹¹. Les fournisseurs de soins de maternité en région rurale ont identifié de nombreux défis, dont la détermination et l'acceptation du risque, l'obtention et le maintien des compétences au sein des environnements à faible volume, et la mise en balance des besoins des femmes avec les réalités de la pratique rurale¹². Les modèles en évolution quant aux soins de maternité n'étant pas offerts en milieu hospitalier auront probablement à relever des défis semblables.

Au sein des communautés comptant des services chirurgicaux, les besoins des femmes sont satisfaits de façon plus efficace sur le plan local. Dans ces communautés, la majorité (> 75 % en fonction du modèle de fournisseur) des femmes accouchent localement et les issues sont bonnes^{7,13}.

Des modèles tels que l'indice des naissances en milieu rural (Rural Birth Index) ont été élaborés pour aider les hôpitaux et les planificateurs de soins de santé à mesurer et à quantifier la nécessité et la faisabilité de l'offre de services de maternité locaux¹⁴. Ce modèle a été élaboré en Colombie-Britannique; il fonctionne bien et permet d'identifier les populations des circonscriptions hospitalières tant mal desservies que surdesservies¹⁴.

Recommandation

4. Bien qu'un accès local à des services de chirurgie et d'anesthésie soit souhaitable, certaines données indiquent que l'obtention de bonnes issues peut être soutenue au sein d'un système intégré de soins périnataux ne disposant pas d'un accès local à des services d'accouchement opératoire. Certaines données indiquent que les issues sont meilleures lorsque les femmes n'ont pas à s'éloigner de leur communauté. L'accès à un système intégré de soins périnataux devrait être offert à toutes les femmes.

Effets de la perte des services de maternité

La perte des services de maternité en région rurale signifie que les femmes doivent alors se déplacer pour s'assurer d'obtenir un accès adéquat à des services et à des fournisseurs de soins de maternité. Ces femmes, qui pourraient devoir quitter leur communauté pour une période d'un mois ou plus, signalent des conséquences financières, sociales et psychologiques⁵. Les coûts financiers comprennent presque toujours l'hébergement et les repas au sein de la communauté vers laquelle les femmes ont été orientées, souvent pendant un mois ou plus au cours de la période allant d'avant à après la naissance de l'enfant⁵. Parmi les autres contraintes financières, on trouve la perte de revenu et les frais de déplacement lorsque le partenaire souhaite être présent à la naissance de l'enfant, les dispositions à prendre pour les autres enfants qui pourraient devoir demeurer à la maison et les frais associés aux appels téléphoniques adressés aux réseaux de soutien éloignés⁵. Les études menées en Colombie-Britannique ont indiqué que les femmes issues de certaines communautés éloignées ne disposant pas de services de maternité passaient, en moyenne, 29 jours au sein de la communauté vers laquelle elles avaient été orientées, les coûts afférents s'élevant à presque 4 000 \$ par personne^{10,15}.

Les conséquences sociales et psychologiques de la nécessité de se déplacer pour accoucher sont peut-être encore plus frappantes que les conséquences financières qui s'y rattachent. Les femmes signalent des sentiments d'isolement, de séparation et de perturbation sociale au cours de ce qui devrait être une période joyeuse de leur vie⁵. Il est possible qu'elles se sentent dépassées par la nécessité d'avoir recours à des ressources ne leur étant pas familières, par la douleur de ne pas pouvoir compter sur les amis et les membres de la parenté qui n'ont pu les rejoindre dans la communauté vers laquelle elles ont été orientées, et par leurs inquiétudes au sujet de la façon dont leur nouveau-né s'intégrera aux autres enfants qui sont restés à la maison⁵ ou même à la communauté en général¹⁵. Ces conséquences sociales peuvent être particulièrement criantes pour les femmes autochtones, en raison des forts liens culturels qui les unissent à leur contrée et de leurs valeurs communautaires tissées serrées¹⁵⁻¹⁷.

Recommandation

5. Les besoins sociaux et affectifs des femmes issues de régions rurales doivent être pris en considération dans le cadre de la planification des services. Les femmes qui doivent quitter leur communauté pour accoucher devraient être soutenues, et ce, tant sur le plan financier qu'affectif.

Soins concertés et équipe de maternité en région rurale

La durabilité à long terme d'une unité de maternité à faible volume dépend de la qualité du respect interprofessionnel, des occasions de perfectionnement professionnel et de la mise en œuvre de modèles concertés de pratique qui englobent tous les fournisseurs de soins¹⁸. Le recours à des modèles fondés sur la collaboration multidisciplinaire a été suggéré à titre de solution à la chute du nombre de fournisseurs de soins de maternité au Canada et à l'évolution de la nature de la profession¹⁹. Les éléments clés de la réussite des programmes concertés de maternité ont été décrits par le Projet de soins primaires obstétricaux concertés²⁰. Bien que chacune des équipes de maternité en région rurale soit unique, il est possible qu'elles comptent parmi leurs rangs des infirmières, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des médecins de famille et des médecins spécialistes; il est également possible qu'elles bénéficient du soutien de programmes sanitaires et sociaux.

Les infirmières autorisées ont été décrites comme étant des multispécialistes¹⁸ lorsqu'elles sont appelées à pratiquer dans des milieux ruraux et éloignés. Elles offrent des soins aux femmes pendant le travail et l'accouchement, ce qui nécessite des connaissances et des techniques complexes, ainsi qu'un fort degré de responsabilité²¹. Lorsque ces techniques ne sont pas souvent mises à contribution, le maintien de la compétence peut s'avérer problématique²²; les programmes et la formation professionnelle continue sont des éléments importants permettant d'assurer la compétence. Bien que les habiletés propres aux soins infirmiers de maternité ne soient pas différentes de celles d'autres rôles multispécialisés, elles comprennent toutefois la tâche de sauvegarder les parturientes²³. Au sein des unités à faible volume, il est possible que l'infirmière soit la seule personne de l'hôpital disposant de l'expertise requise pour évaluer l'évolution normale d'une femme en travail, les médecins et les autres infirmières se trouvant en

obligation de disponibilité²⁴. Cette infirmière se doit donc d'avoir la confiance de prendre des décisions au sujet de ce qui est normal dans le cadre du travail et de demander de l'aide au besoin.

La pratique sage-femme réglementée a connu une grande expansion au Canada. Les sages-femmes des milieux ruraux doivent relever les mêmes défis (isolement professionnel, charge de travail non durable et difficultés à obtenir une couverture de suppléance) que les autres praticiens²⁵. Les questions de transport et de soutien chirurgical se trouvent amplifiées dans le contexte des accouchements à domicile, soit l'une des composantes importantes de nombreuses pratiques de sage-femme. Des solutions liées au financement et à la conception du système de santé ont été proposées²⁵, et la nécessité d'une collaboration entre les sages-femmes et les autres groupes de fournisseurs de soins est de plus en plus reconnue²⁶.

Une sensibilisation accrue aux besoins des femmes autochtones vivant dans des régions rurales et éloignées, particulièrement dans le Nord, a mené à l'amplification de la demande en services de maternité à faible risque, lesquels sont souvent assurés par des sages-femmes autorisées, des sages-femmes autochtones autorisées et des sages-femmes traditionnelles. Ces programmes ont donné lieu au retour de l'accouchement dans plusieurs communautés autochtones de partout au pays. D'une grande importance aux yeux de la communauté, ces programmes donnent lieu à d'excellentes issues médicales et sociales^{27,28}. Ces programmes s'efforcent d'aider les communautés « à conserver et à restaurer » les aspects importants de leurs propres traditions quant à l'accouchement, sans perdre les avantages de la pratique obstétricale moderne²⁷. Bien que, dans les régions comptant une densité de population extrêmement faible, il soit irréaliste de croire que toutes les femmes peuvent accoucher au sein de leur communauté d'origine, il est important que les femmes autochtones et les femmes issues de régions rurales et éloignées puissent avoir accès à des soins de maternité à faible risque qui reflètent leurs expériences, leurs attentes et leur culture^{27,29}. L'importance du retour de l'accouchement dans le Nord et les communautés autochtones a été reconnue par plusieurs organisations nationales^{30,31}.

Au cours de la dernière décennie, bon nombre de communautés médicales ont réagi à la baisse du nombre de fournisseurs de soins en créant des modèles de pratique concertée. Le modèle le plus courant est celui d'un groupe de médecins de famille qui travaillent au sein d'une clinique prénatale commune et qui consentent à une période d'obligation de disponibilité définie³²⁻³⁴. Tant les médecins que les patientes signalent un degré élevé de satisfaction envers ces

modèles^{11,32-34} et les issues de ceux-ci sont bonnes^{32,34}. Les membres d'au moins une communauté signalent que la pratique de groupe a mené à la création d'un milieu plus soucieux de leur bien-être et à l'élaboration de protocoles fondés sur les pratiques optimales³³.

Les communautés qui ne sont pas en mesure de soutenir des soins chirurgicaux ou obstétricaux spécialisés durables, mais qui sont d'assez grande envergure pour justifier la présence de services chirurgicaux locaux, peuvent être soutenues de façon efficace par des omnipraticiens-chirurgiens ne pratiquant que des césariennes ou offrant des services chirurgicaux élargis. Les données semblent indiquer que ces professionnels exercent un effet considérable en matière d'équité de l'accès aux soins dans les populations rurales; de plus, leurs patientes obtiennent des issues comparables à celles qu'obtiennent les patientes d'obstétriciens et de chirurgiens spécialisés³⁵⁻³⁷. Les omnipraticiens-chirurgiens font face à de nombreux obstacles, dont l'accès à la formation initiale, l'absence d'un cadre réglementaire accepté et le nombre limité d'occasions de perfectionnement professionnel permanent. Le soutien des principales professions chirurgicales spécialisées demeure variable; les omnipraticiens-chirurgiens ont parfois eu à faire face à de la résistance active de la part de la discipline de la chirurgie générale³⁸.

Bien que seul un faible pourcentage de spécialistes canadiens pratiquent en région rurale et éloignée, de nombreux programmes de maternité en région rurale ont recours aux services de chirurgiens généralistes et/ou d'obstétriciens spécialisés qui pratiquent souvent seuls ou au sein de groupes très petits. Bien que les spécialistes pratiquant en région rurale signalent un niveau élevé de satisfaction en ce qui concerne le soutien qu'ils reçoivent localement, bien peu d'entre eux se sentent soutenus par des organisations nationales telles que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou l'Association médicale canadienne³⁹. Les répondants à un sondage ont exprimé le souhait irrépressible de bénéficier d'un perfectionnement professionnel continu, pertinent et accessible, et ont souligné le manque d'occasions de formation³⁹. Les équipes de soins de maternité en région rurale doivent être soutenues par des consultants urbains spécialisés qui font preuve de coopération et de respect, et qui comprennent la réalité rurale.

Les services d'anesthésie obstétricale, assurés en grande partie par des omnipraticiens-anesthésistes, forment une composante clé des systèmes de maternité en région rurale et englobent non seulement les péridurales administrées pendant le travail et l'anesthésie pratiquée au moment de la césarienne, mais également le soutien de la réanimation néonatale. L'offre à

temps plein de services de péridurale sur demande s'avère difficile pour les praticiens qui doivent assumer de nombreux rôles et qui travaillent seuls ou en petits groupes⁴⁰. L'augmentation du nombre d'occasions de formation et de perfectionnement professionnel permanent et l'élaboration de mécanismes de financement novateurs ont été proposées à titre de solution partielle⁴¹.

Les mesures de soutien sanitaires et sociales, des débuts de la grossesse à la période postpartum et néonatale, s'avèrent essentielles à l'offre de soins de qualité^{42,43}. Il a été démontré que les soins offerts par des doulas donnent lieu à une amélioration des issues maternelles et néonatales⁴⁴. Des modèles novateurs de formation communautaire de doulas ont obtenu du succès et la sollicitation des ressources humaines des communautés rurales compte une longue histoire au Canada. Il est essentiel de s'assurer que toutes les femmes des régions rurales ont accès à des mesures de soutien (visant, entre autres, l'éducation prénatale, les soins postpartum et l'allaitement), et ce, même en l'absence de services intrapartum locaux.

Bien que des différences en matière de champ de pratique et de modèles de rémunération dressent des obstacles à la mise en œuvre d'une réelle collaboration entre les différents groupes de fournisseurs de soins, bon nombre de communautés ont trouvé des façons de les surmonter. Les modèles de pratique de groupe comportent souvent des rôles accrus pour les infirmières et les infirmières praticiennes^{32,33}, ce qui permet d'atténuer les demandes adressées aux médecins de famille (lesquels offrent également des soins primaires, des services en salle d'urgence et/ou des soins hospitaliers). L'intégration de la pratique sage-femme au sein des communautés rurales offre de nouvelles occasions et de nouveaux défis²⁵. Des modèles de rémunération qui reconnaissent le niveau de responsabilité et les défis que doivent relever les accoucheuses en région rurale devraient être pris en considération. Il est également important d'éliminer les contre-incitations financières et les obstacles de réglementation qui nuisent au partage des soins entre la profession médicale et la pratique sage-femme, et ce, de façon à ce que la pratique concertée soit favorisée.

Recommandations

6. La mise en œuvre de modèles interprofessionnels novateurs devrait faire partie de la solution pour l'offre de soins concertés, intégrés et de grande qualité aux femmes des régions rurales et éloignées.
7. Les infirmières autorisées sont essentielles à l'offre de soins de maternité de grande qualité en région rurale tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postpartum. Les habiletés liées aux soins infirmiers de maternité devraient être reconnues comme étant une composante fondamentale des habiletés liées aux soins infirmiers généraux offerts en région rurale.
8. La rémunération des fournisseurs de soins de maternité devrait refléter les défis particuliers et la responsabilité professionnelle accrue qui sont le lot des fournisseurs de soins en milieu rural. Les modèles de rémunération devraient faciliter la collaboration interprofessionnelle.

Soins néonataux

Les soins néonataux constituent une partie importante de tout système de soins de maternité. Près de 10 % des nouveau-nés auront besoin de mesures de réanimation et 1 % d'entre eux nécessiteront une réanimation approfondie, au moins la moitié de ces cas étant inattendus⁴⁵. Les lignes directrices canadiennes recommandent ce qui suit : « tous les établissements de santé offrant des soins aux nouveau-nés doivent être en mesure de réanimer et de stabiliser ceux-ci jusqu'à leur transfert vers un établissement adéquat » et ces soins devraient être de nature multidisciplinaire et offerts par du personnel formé ayant accès à de la formation et à une éducation continues⁴⁶. Cependant, au sein des régions rurales et éloignées, le personnel spécialisé en pédiatrie et en néonatalogie est rare. Bien que les données soient limitées en ce qui concerne les fournisseurs et les issues de la réanimation néonatale au sein des régions rurales du Canada, certains efforts de recherche laissent entendre que les niveaux de formation et de compétence y sont plus faibles que dans les centres de plus grande envergure^{47,48}. Cet écart, conjointement avec des volumes de naissance moindres et un accès limité à des praticiens spécialisés (p. ex. inhalothérapie), souligne la nécessité accrue d'assurer un accès local à de la formation de qualité et à des programmes d'assurance-qualité au sein des communautés rurales.

Recommandation

9. La présence de praticiens formés en réanimation et en soins néonataux s'avère essentielle à l'offre de soins de maternité en région rurale.

Formation en ce qui concerne les soins de maternité en région rurale

La décision de pratiquer en région rurale a été liée à un certain nombre de facteurs, y compris le fait d'être issu d'une région rurale et d'avoir l'occasion d'être formé en région rurale^{49,50}. Les milieux semblables à ceux où les praticiens ont été formés sont ceux au sein desquels ces derniers se sentent le plus à l'aise. L'exposition précoce aux milieux ruraux et aux soins de maternité joue un rôle clé dans la prise de décision quant au champ et au lieu de pratique⁵¹. Bon nombre de programmes peinent à offrir de telles occasions; il est toutefois bon de garder à l'esprit que, en l'absence de telles occasions, la forte base de généralisme sur laquelle sont fondés les soins de santé offerts en région rurale dévierait. La dernière décennie a vu l'ouverture de nombreux nouveaux établissements de formation ruraux et nordiques offrant un nombre accru d'occasions de formation en soins de maternité en milieu rural. Les établissements de formation en milieu rural doivent relever des défis particuliers, y compris des coûts accrus⁵²; un financement permettant d'assumer ces coûts additionnels doit être mis à la disposition de tous les programmes professionnels.

Tous les stagiaires devraient disposer des habiletés nécessaires à l'offre de soins de maternité en région rurale, comme le fait d'avoir une certaine expérience en matière de travail interprofessionnel et de pratique concertée, ainsi que celui de s'intéresser à la formation continue. La prise en charge de l'accouchement vaginal sans complications doit demeurer l'une des techniques clés enseignées dans le cadre de la formation des infirmières, des sages-femmes et des médecins de famille. Dans certains territoires de compétence à l'étranger, cette technique a été reléguée au statut de technique optionnelle ou ajoutée pour ce qui est des résidents en médecine familiale⁵³. À ce jour, le curriculum canadien de résidence en médecine familiale a résisté à cette tendance, en insistant plutôt sur le fait que tous les résidents devraient disposer des habiletés nécessaires à la tenue d'accouchements vaginaux normaux⁵⁴.

L'accès à une formation additionnelle visant les habiletés avancées, y compris la césarienne et l'anesthésie obstétricale, s'avère essentiel. Il a été démontré que les programmes et les bourses en soins de maternité en région rurale donnaient lieu à une hausse du nombre de nouveaux diplômés de médecine offrant des soins de maternité^{55,56}. À l'heure actuelle, une formation visant les techniques liées à la césarienne est offerte aux médecins de famille dans plusieurs établissements de résidence au Canada. L'accès à une formation visant des techniques chirurgicales générales plus élargies s'avère plus difficile. Ceux qui souhaitent obtenir une formation à titre d'omnipraticiens-anesthésistes ont accès, dans de nombreux établissements, à des programmes de troisième année agréés par le Collège des médecins de famille du Canada; les normes, en ce qui a trait à ces programmes, sont établies par la Société canadienne des anesthésiologistes et la Société de la médecine rurale du Canada. L'offre aux médecins de famille de meilleures occasions de formation avancée demeure cruciale pour ce qui est des soins de maternité en région rurale.

Recommandations

10. La formation des fournisseurs de soins de maternité en région rurale devrait aborder le concept de pratique concertée, ainsi que les techniques et habiletés cliniques nécessaires. Des établissements permettant de former des sages-femmes, des infirmières et des médecins et étant en mesure de leur inculquer les habiletés nécessaires à l'offre de soins de maternité en région rurale doivent être mis sur pied et soutenus. La formation en milieu rural et nordique doit être soutenue.
11. Les habiletés générales en matière de soins de maternité, de chirurgie et d'anesthésie sont précieuses et devraient être soutenues au sein des programmes de formation en médecine familiale, en chirurgie et en anesthésie, ainsi qu'en soins infirmiers et en pratique sage-femme.
12. Tous les médecins et toutes les infirmières devraient être exposés aux soins de maternité au cours de leur formation et acquérir des habiletés de base dans le domaine.

Sécurité des patientes et perfectionnement professionnel permanent

Des programmes exhaustifs de sécurité des patientes devraient faire partie intégrante des soins de maternité en région rurale. Les caractéristiques de tels programmes de sécurité ont été bien décrites : ils doivent être exhaustifs, axés sur les patientes et mis en œuvre au sein d'une culture de sécurité^{57,58}. Ils devraient être en mesure d'identifier les failles du système, d'analyser les facteurs qui contribuent à ces failles et de remodeler le processus de soins afin de prévenir les erreurs à l'avenir⁵⁷. L'analyse des événements en fonction « d'une culture d'ouverture envers tous les points de vue pertinents dans le cadre de laquelle les personnes ayant participé aux événements indésirables sont traités comme des partenaires d'apprentissage »⁵⁹ constitue une composante clé; ces analyses devraient être menées en fonction d'une compréhension du milieu rural.

De façon à promouvoir une pratique homogène et factuelle, des programmes de perfectionnement professionnel permanent doivent être mis à la disposition des fournisseurs de

soins en région rurale. Bien que, par le passé, ces programmes aient été offerts à l'extérieur et de façon distincte pour chacune des disciplines, les nouveaux modèles mettent en jeu des activités d'apprentissage concerté offertes localement. Les communautés rurales conviennent parfaitement à ce modèle amélioré puisque leurs équipes professionnelles de soins de santé sont petites et que la mise en œuvre d'une solide collaboration s'y avère essentielle. L'idéal consiste à offrir une formation qui soutient tous les membres de l'équipe de façon à ce qu'ils puissent prodiguer des soins de maternité de grande qualité en région rurale; ainsi, l'équipe toute entière dispose de la même base de connaissances. Les activités de perfectionnement professionnel permanent offertes localement contribuent à la culture de sécurité, tout en bâtissant des équipes concertées et en assurant la pertinence du contenu à la réalité rurale.

L'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{OB}) constitue un exemple de programme de sécurité des patientes concerté et offert localement⁶⁰. Ce programme interdisciplinaire s'efforce de bâtir une culture de sécurité par l'élaboration de connaissances, d'habiletés, d'attitudes, de comportements et de pratiques qui font en sorte que la sécurité des patientes constitue une priorité aux yeux de tous les fournisseurs de soins. Il fait la promotion de l'offre de soins obstétricaux de qualité et cherche à assurer la qualité de vie des fournisseurs de soins, en intégrant les principes propres aux organisations hautement fiables et en se fondant sur un contenu clinique de base actuel et factuel. Il s'adapte aux particularités locales et à tous les niveaux de soins et de fournisseurs de soins, tant urbains que ruraux. Le travail d'équipe, le respect et la communication sont améliorés lorsque l'équipe passe en revue le contenu clinique de base et partage ses connaissances par l'intermédiaire d'audits, d'analyses de cas, d'exercices d'urgence et d'autres activités. En bout de ligne, on en vient à la mise en place d'une culture de sécurité des patientes. Les efforts de recherche indiquent une amélioration des issues maternelles et néonatales, ainsi que de l'utilisation des soins de santé, au sein des hôpitaux qui ont adopté le programme de trois ans⁶¹. Les centres ruraux (dont des établissements ne procédant qu'à aussi peu que 10 accouchements par année) qui ont adopté le programme ont indiqué une amélioration des connaissances, de la communication, du travail d'équipe et de la sécurité des patientes.

Recommandations

13. L'amélioration de la qualité et le suivi des issues devraient faire partie intégrante de tous les services de soins de maternité.
14. Les programmes de sécurité des patientes et de perfectionnement permanent continu, concertés, interprofessionnels et offerts localement doivent bénéficier d'un soutien.

Conclusions

Les services de soins de maternité en région rurale sont sous tension et bon nombre de communautés rurales et éloignées au Canada ont assisté à la diminution et à la fermeture de leurs services de maternité locaux. Les femmes et les familles des régions rurales qui doivent se déplacer pour obtenir des soins de maternité connaissent des niveaux accrus de stress et des taux supérieurs d'issues indésirables, en plus de devoir assumer des coûts personnels accrus. Les politiques actuelles en matière de soins de santé ne soutiennent pas adéquatement les infirmières, les médecins et les sages-femmes des milieux ruraux pour ce qui est de la satisfaction des besoins des femmes de leurs communautés; de nouvelles approches s'avèrent donc requises pour soutenir l'offre de soins concertés, intégrés et sûrs aux mères et aux nouveau-nés des régions rurales du Canada.

Références

1. Iglesias S, Grzybowski S, Klein MC, Gagné GP, Lalonde A. Rural obstetrics. Joint position paper on rural maternity care. Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), The Maternity Care Committee of the College of Family Physicians of Canada (CFPC), and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). *Can Fam Physician* 1998;44:831–43.
2. Kralj B. Measuring rurality—RI02008 BASIC: methodology and results. Toronto ON: Ontario Medical Association Economics Department; 2008 [cité le 8 mai 2012]. Disponible : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/docs/up_rio_methodology.pdf. Consulté le 10 août 2012.
3. Kornelsen J, Grzybowski S, Iglesias S. Is rural maternity care sustainable without general practitioner surgeons? *Can J Rural Med* 2006;11(3):218–20.
4. Sutherns R, Bourgeault IL. Accessing maternity care in rural Canada: there's more to the story than distance to a doctor. *Health Care Women Int* 2008;29(8):863–83.
5. Kornelsen J, Grzybowski S. Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(6):554–61.
6. Leeman L, Leeman R. Do all hospitals need cesarean delivery capability? An outcomes study of maternity care in a rural hospital without on-site cesarean capability. *J Fam Pract* 2002;51(2):129–34.
7. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res* 2011 10;11:147.
8. Lisonkova S, Sheps SB, Janssen PA, Lee SK, Dahlgren L, Macnab YC. Birth outcomes among older mothers in rural versus urban areas: a residence-based approach. *J Rural Health* 2011;27(2):211–9.
9. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; College of Family Physicians of Canada; Society of Rural Physicians of Canada. Number of births to maintain competence. *Can Fam Physician* 2002;48:751,758.
10. Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Aust J Rural Health* 2011;19(1):9–14.
11. Zelek B, Orrantia E, Poole H, Strike J. Home or away? Factors affecting where women choose to give birth. *Can Fam Physician* 2007;53(1):79–83,78.
12. Grzybowski S, Kornelsen J, Cooper E. Rural maternity care services under stress: the experiences of providers. *Can J Rural Med* 2007;12(2):89–94.
13. Iglesias A, Iglesias S, Arnold D. Birth in Bella Bella: emergence and demise of a rural family medicine birthing service. *Can Fam Physician* 2010;56(6):e233–40.
14. Grzybowski S, Kornelsen J, Schuurmans N. Planning the optimal level of local maternity service for small rural communities: a systems study in British Columbia. *Health Policy* 2009;92(2–3):149–57.

15. Kornelsen J, Moola S, Grzybowski S. Geographic induction of rural parturient women: is it time for a protocol? *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(7):583–5
16. Kornelsen J, Kotaska A, Waterfall P, Willie L, Wilson D. The geography of belonging: the experience of birthing at home for First Nations women. *Health Place* 2010;16(4):638–45.
17. Kornelsen J, Kotaska A, Waterfall P, Willie L, Wilson D. Alienation and resilience: The dynamics of birth outside their community for rural First Nations women. *J Aborig Health* 2011;7(1):55–64.
18. Medves JM, Davies BL. Sustaining rural maternity care—don't forget the RNs. *Can J Rural Med* 2005;10(1):29–35.
19. Peterson WE, Medves JM, Davies BL, Graham ID. Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: easier said than done. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(11):880–6.
20. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Initiative pancanadienne reliée à la naissance. Ottawa ON : SOGC; 2008 [cité le 14 mai 2012]. Disponible : <http://www.sogc.org/projects/pdf/BirthingStrategyVersioncJan2008.pdf>. Consulté le 10 août 2012.
21. MacKinnon KA. Labouring to nurse: the work of rural nurses who provide maternity care. *Rural Remote Health* 2008;8(4):1047.
22. MacKinnon K. Learning maternity: the experiences of rural nurses. *Can J Nurs Res* 2010;42(1):38–55.
23. MacKinnon K. Rural nurses' safeguarding work: reembodying patient safety. *ANS Adv Nurs Sci* 2011;34(2):119–29.
24. Deaton BJ, Essenpreis H, Simpson KR. Assessing competence. Meeting the unique needs of nurses in small rural hospitals. *AWHONN Lifelines* 1998;2(5):33–7.
25. Kornelsen J. Rural midwifery: Overcoming barriers to practice. *Can J Midwifery Res Pract* 2009;8(3):6–11.
26. Canadian Nurses Association, Canadian Association of Midwives, Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. Joint Position Statement. Nurses and midwives collaborate on client-centred care; 2011 [cité le 14 mai 2012]. Disponible : http://www.canadianmidwives.org/DATA/DOCUMENT/Joint%20Position%20Statement_Nurses%20and%20Midwives_march_07_2012.pdf. Consulté le 10 août 2012.
27. Couchie C, Sanderson S; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Rapport sur les pratiques optimales en ce qui concerne le retour de l'accouchement au sein des communautés autochtones rurales et éloignées. Rapport de la SOGC n° 188, mars 2007. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(3):250–60.
28. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(4):384–91.
29. Dooley J, Kelly L, St Pierre-Hansen N, Antone I, Guilfoyle J, O'Driscoll T. Rural and remote obstetric care close to home: program description, evaluation and discussion of Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre obstetrics. *Can J Rural Med* 2009;14(2):75–9.

30. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Retour de l'accouchement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées. Déclaration de principe de la SOGC n° 251, décembre 2010. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(12):1186–8.
31. National Aboriginal Council of Midwives. 2012 statement. Montreal: NACM;2012.
32. Stretch NC. Community obstetrics: a new look at group obstetrical care in rural communities. *Can J Rural Med* 2002;7:183–90.
33. Osmun WE, Poenn D, Buie M. Dilemma of rural obstetrics. One community's solution. *Can Fam Physician* 1997;43:1115–9.
34. Orrantia E, Poole H, Strike J, Zelek B. Evaluation of a novel model for rural obstetric care. *Can J Rural Med* 2010;15(1):14–8.
35. Aubrey-Bassler K, Newbery S, Kelly L, Weaver B, Wilson S. Maternal outcomes of cesarean sections: do generalists' patients have different outcomes than specialists' patients? *Can Fam Physician* 2007;53(12):2132–8.
36. Deutchman ME, Sills D, Connor PD. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J Am Board Fam Pract* 1995;8(6):440–7.
37. Iglesias S, Bott N, Ellehoj E, Yee J, Jennissen B, Bunnah T, et al. Outcomes of maternity care services in Alberta, 1999 and 2000: a population-based analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(9):855–63.
38. Pollett WG. The future of surgery—Santayana or Ford. *Can J Surg* 2000 Oct;43(5):347–52.
39. Toguri C, Jong M, Roger J. Needs of specialists in rural and remote Canada. *Can J Rural Med* 2012;17(2):56–62.
40. Angle P, Kurtz Landy C, Murthy Y, Cino P. Key issues and barriers to obstetrical anesthesia care in Ontario community hospitals with fewer than 2,000 deliveries annually. *Can J Anaesth* 2009;56(9):667–77.
41. Douglas J, Preston R. Provision of obstetric anesthesia: throwing down the gauntlet! *Can J Anaesth* 2009;56(9):631–5.
42. Santé Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. [Internet]. Ottawa ON : Santé Canada; 2000 [cité le 18 mai 2012]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/index-fra.php>. Consulté le 10 août 2012.
43. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS; 2005 [cité le 25 mai 2012]. Disponible : <http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>. Consulté le 10 août 2012.
44. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008;35(2):92–7.
45. Zaichkin J, Kattwinkel J, McGowan J, American Heart Association, American Academy of Pediatrics. *Textbook of neonatal resuscitation*. 6e éd. Elk Grove Village, IL : American Academy of Pediatrics; 2011.
46. Fetus and Newborn Committee. Canadian Paediatric Society. Position statement. Levels of neonatal care. *Paediatr Child Health* 2006;11(5):303–6.

47. Mitchell A, Niday P, Boulton J, Chance G, Dulberg C. A prospective clinical audit of neonatal resuscitation practices in Canada. *Adv Neonatal Care* 2002;2(6):316–26.
48. Foster K, Craven P, Reid S. Neonatal resuscitation educational experience of staff in New South Wales and Australian Capital Territory hospitals. *J Paediatr Child Health* 2006;42(1–2):16–9.
49. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health* 2009;9(1):1083.
50. Rourke JT, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Can J Rural Med* 2005;10(4):231–40.
51. Stretch N, Voisin A, Dunlop S. Survey of rural family physician-obstetricians in Southwestern Ontario. *Can J Rural Med* 2007;12(1):16–21.
52. Maudlin RK, Newkirk GR. Family Medicine Spokane Rural Training Track: 24 years of rural-based graduate medical education. *Fam Med* 2010;42(10):723–8.
53. Coonrod RA, Kelly BF, Ellert W, Loeliger SF, Rodney WM, Deutchman M. Tiered maternity care training in family medicine. *Fam Med* 2011;42(9):631–7.
54. Graves L, Hutten-Czapski P. An approach to maternity care education for Canadian family medicine residents. A discussion paper of the Maternity and Newborn Care Committee. Mississauga ON: College of Family Physicians of Canada; 2006.
55. Ratcliffe SD, Newman SR, Stone MB, Sakornbut E, Wolkomir M, Thiese SM. Obstetric care in family practice residencies: a 5-year follow-up survey. *J Am Board Fam Pract* 2002;15(1):20–4.
56. Delzell JE Jr, Ringdahl EN. The University of Missouri Rural Obstetric Network: creating rural obstetric training sites for a university-based residency program. *Fam Med* 2003;35(4):243–5.
57. Committee on Data Standards for Patient Safety. *Patient safety: achieving a new standard for care*. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, éditeurs. Washington DC : National Academies Press; 2004.
58. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
59. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? Dans : Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, éditeurs. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches (Vol. 1: Assessment)*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug.
60. Corporation Salus Global. AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). [Internet]. London ON : Salus; 2012 [cité le 15 mai 2012]. Disponible : <http://www.amproob.com>. Consulté le 10 août 2012.
61. Thanh NX, Jacobs P, Wanke MI, Hense A, Sauve R. Outcomes of the introduction of the MOREOB continuing education program in Alberta. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(8):749–55.