

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Étude des représentations des médecins
généralistes accoucheurs québécois et analyse
de leurs pratiques par des médecins généralistes
français**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2022 à 18:00
Au pôle recherche

Par Sophia Khoudri

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Véronique Debarge

Assesseure :

Madame le Docteur Judith Ollivon

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Fanny Serman

Membre invité :

Madame le Docteur Lysiane Dallé

SIGLES

MT	Médecins traitants
MG	Médecins généralistes
SF	Sage-femme
CLSC	Centres locaux de services communautaires
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IST	Infection sexuellement transmissible
OLO	Œuf lait orange
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
IVG	Interruption volontaire de grossesse
GPA	Gestation pour autrui
CPS	Compétence psycho-sociale
PMI	Protection maternelle infantile
TMSE	Table sectorielle mère-enfant
GMF	Groupe de médecins de famille
DIU	Diplôme interuniversitaire
CEREP	Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie
SQRQ	Standards for reporting qualitative research

ABSTRACT

Contexte : La pénurie de médecins actuelle ne permet pas de répondre à la demande de soins croissants notamment en santé de la femme. Au Québec, les médecins de famille ont la possibilité de pratiquer l'obstétrique. L'objectif de ce travail est d'étudier les représentations des médecins de famille accoucheurs québécois, d'analyser et de comparer avec la pratique des médecins généralistes en France.

Matériel et Méthodes : De mai à octobre 2022 nous avons interrogé des médecins généralistes accoucheurs québécois. Dans un second temps, nous avons réalisé un *focus group* avec des médecins généralistes des Hauts-de-France pour analyser et comparer les pratiques.

Résultats : 16 entretiens semi-dirigés ont été effectués. Les médecins québécois accoucheurs interrogés décrivent les soins de périnatalité efficaces et déplorent le manque d'accessibilité aux soins gynécologiques. Les médecins français interrogés expriment des axes d'inspiration possible de ce système et évoquent une applicabilité de la pratique québécoise difficilement transposable en France.

Conclusion : Cette étude met en lumière les enjeux en matière de soins de périnatalité et de gynécologie, et propose des pistes pour améliorer la prise en charge des grossesses et des soins de santé pour les femmes.

SOMMAIRE

SIGLES	2
ABSTRACT	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION	6
I.1 Contexte	6
I.2 Objectifs.....	7
II. MATERIEL ET METHODES	7
II.1 Description de l'étude.....	7
II.2 Recueil et analyse des données.....	7
III. RESULTATS.....	8
III.1 Description des médecins généralistes québécois à l'inclusion.....	8
III.2 Représentations de la pratique des médecins généralistes québécois en santé de la femme.....	10
III.2.1 Résultats des entretiens semi-dirigés.....	10
III.2.1.1 Choix de la médecine générale	10
III.2.1.2 Pratique du médecin de famille accoucheur	12
III.2.1.3 Avantages du système québécois en santé de la femme	15
III.2.1.4 Inconvénients du système québécois en santé de la femme	20
III.2.1.5 Principales différences avec le système français.....	26
III.2.2 Synthèse.....	30
III.3 Analyse des pratiques par les médecins généralistes français.....	31
III.3.1 Résultats du <i>focus group</i>	31
III.3.1.1 Choix de la pratique selon nos compétences	31
III.3.1.2 Formation	31
III.3.1.3 Requalification.....	32
III.3.1.4 Colposcopie	32
III.3.1.5 Suivi de grossesse	33
III.3.1.6 Collaboration avec les infirmières et les sages-femmes.....	33
III.3.1.7 Délai de l'IVG	34
III.3.1.8 Les freins à l'applicabilité de ces pratiques en France.....	35
III.3.2 Synthèse.....	37
IV. DISCUSSION.....	39
IV.1 Principaux résultats en comparaison avec la littérature	39

IV.1.1	Le choix d'être médecin de famille accoucheur	39
IV.1.2	Pratique du médecin de famille accoucheur	39
IV.1.3	Les avantages du système de soins en santé de la femme	39
IV.1.4	Les inconvénients du système de soins en santé de la femme	40
IV.1.5	Les différences avec le système français.....	41
IV.1.6	Résultats du <i>focus group</i>	42
IV.2	Forces de l'étude.....	42
IV.2.1	Validité interne.....	42
IV.2.2	Validité externe.....	43
IV.3	Limites de l'étude	43
IV.3.1	Biais de sélection	43
IV.3.2	Biais de recrutement	44
IV.3.3	Taux de participation faible lors du focus group.....	44
IV.3.4	Biais de méthodologie.....	44
IV.4	Conclusion et perspectives.....	44
ANNEXES	45
I.1	ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	45
I.2	ANNEXE 2 : Arbres de cotation.....	46
I.3	ANNEXE 3 : Analyse de grille méthodologique selon les lignes directrices COREQ.....	50
I.4	ANNEXE 4 : Programme des SIPPE.....	55
I.5	ANNEXE 5 : Naissances menées par les sages-femmes	56
I.6	ANNEXE 6 : Entretiens	58
BIBLIOGRAPHIE	177

INTRODUCTION

I.1 Contexte

Le suivi gynécologique au cours de la vie d'une femme est fondamental. En médecine générale, il englobe la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse et du post-partum, la prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles ainsi que la détection du cancer du sein et du cancer de l'utérus. L'accompagnement des femmes pendant la ménopause est capital. En 2020, le cancer du col de l'utérus représentait 604 000 nouveaux cas dont 342 000 décès dans le monde. En France, en 2018, on estimait à 2920 le nombre de nouveaux cas avec 1117 décès. Les programmes de dépistages mis en place en France témoignent de la volonté du système de santé d'accentuer la prévention en mobilisant davantage les professionnels de santé [1][2][3].

Cependant, le nombre de gynécologues diminue en France. En 2021, l'Ordre National des Médecins recensait une baisse significative du nombre de médecins généralistes et gynécologues médicaux dans l'atlas de démographie médicale avec un solde négatif de 658 médecins généralistes et de 128 gynécologues [4].

Selon le code de Santé Publique, le suivi gynécologique, la prévention et la pratique des actes qui y sont liés font partie des missions du médecin généraliste [5]. Face à la pénurie de gynécologues, de plus en plus de médecins généralistes prennent en charge le suivi gynécologique et le suivi de grossesse de leurs patientes [6][7][8]. De nombreuses études démontrent que les patientes acceptent volontiers d'être suivies sur le plan gynécologique par leur médecin traitant [9][10][11].

Au Québec, la formation des médecins de famille en tant que médecins accoucheurs permet de répondre à la demande de soins croissante en offrant un suivi complet de la grossesse [12][13][14][15].

Les médecins de famille du Québec ont été formés pour assurer le suivi des femmes enceintes, les accouchements ainsi que le suivi des nouveau-nés et des enfants. En 2017, environ 400 médecins de famille (sur les 9 500 en exercice soit 4%) ont régulièrement effectué des suivis de grossesses, et la majorité d'entre eux prodiguaient des soins durant le travail et l'accouchement. Plusieurs médecins de famille vont suivre les familles dans leur ensemble, intégrant aux suivis des femmes enceintes celui des nouveau-nés. Les médecins de famille réalisent près de 50% des suivis prénataux à l'échelle du Québec et environ 35% des accouchements, à l'exception des cas nécessitant un transfert ou une césarienne. En cas de complications pendant la grossesse ou l'accouchement, le médecin de famille consulte un gynécologue-obstétricien et peut lui transférer sa patiente ou assurer un suivi conjoint selon le cas et les ententes de service [16].

En France, cette pratique a été abandonnée par les médecins généralistes qui ne sont plus formés aux accouchements, privilégiant de plus en plus les stages en ambulatoire [17][18].

Dans la littérature, il existait peu de travaux à ce sujet. Cela nous a amené à nous questionner sur les pratiques des médecins de famille accoucheurs au Québec.

I.2 Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de comprendre les pratiques et les représentations des médecins de famille accoucheurs québécois en santé de la femme.

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- comparer avec la pratique des médecins généralistes français
- discuter de l'applicabilité et de l'intérêt de former les médecins généralistes français aux accouchements en vue d'améliorer l'accès aux soins en santé de la femme

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par une méthode mixte inspirée de la théorisation ancrée et de l'analyse sémantique avec l'utilisation d'entretiens semi-dirigés des médecins de famille accoucheurs québécois jusqu'à suffisance des données. Afin d'analyser les représentations du médecin généraliste sur la pratique en santé de la femme, la méthode qualitative a été choisie car elle est adaptée à la problématique. Mais l'investigatrice a choisi de quantifier les verbatim principaux s'inspirant de l'analyse sémantique pour développer son analyse théorique des pratiques. En effet, cette méthode explore au mieux le point de vue subjectif des médecins, permettant une plus grande liberté d'expression. Le caractère individuel des entretiens permet une atmosphère plus personnelle. Nous avons sollicité par mail les médecins exerçant dans la région de Montréal ou en milieu rural.

Nous avons ensuite réalisé un *focus group* entre médecins généralistes des Hauts-de-France. C'est une méthode de recueil des données par entretien de groupe semi-structuré. En effet, elle est pertinente dans notre situation : "Identifier les attentes, les besoins et les solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique, permettant ainsi de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins" [19].

Le but est de discuter des résultats obtenus suite aux entretiens effectués et d'analyser l'applicabilité de ces pratiques en France. Ils seront détaillés dans la partie RESULTATS.

Nous avons sollicité par mail des médecins exerçant dans les Hauts-de-France et connus de l'investigatrice principale.

II.2 Recueil et analyse des données

L'échantillonnage a été effectué par réseau de connaissance en premier lieu, puis élargi, créant un échantillonnage par "effet boule de neige" en recherchant les variations maximales sur les critères suivants : âge, sexe, milieu d'exercice, région. Cela a permis une diversité chez les caractéristiques des participants. Le but étant d'obtenir un échantillon représentatif des médecins de la région. Le détail des

caractéristiques (Tableau 1) se trouve dans la partie RESULTATS. A noter que deux médecins n'ont pas répondu au mail les sollicitant.

Les entretiens se sont déroulés en visioconférence via *ZOOM* ou en direct du 13 mai 2022 au 27 octobre 2022. Après recueil de leur consentement par écrit, un rendez-vous a été fixé avec chacun des médecins. L'investigatrice faisait face à l'interviewé et enregistrait les échanges à l'aide d'un dictaphone. Les entretiens étaient structurés par un guide d'entretien réalisé par l'investigatrice et s'articulaient autour de trois grands thèmes : le choix de devenir médecin de famille accoucheur, les avantages et les inconvénients du système de soins en santé de la femme au Québec et la comparaison avec le système de soins français. Ils comportaient également des questions ouvertes afin d'enrichir l'échange. La durée des entretiens est en moyenne de 25 minutes et 6 secondes.

L'analyse des données a été faite au fur et à mesure des entretiens.

Chaque enregistrement a été retranscrit sur Word en intégralité, sous forme d'un verbatim. Les entretiens étaient ensuite codés à l'aide du logiciel *Nvivo* qui permet d'organiser, visualiser et analyser des données qualitatives. Chaque unité minimale de sens du médecin interrogé correspondait à une idée, exprimée sous forme de nœud. L'arrêt des entretiens s'est effectué lors de la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouveau nœud n'était obtenu (Annexe 2).

Pour augmenter la validité interne de l'étude et éviter le biais d'interprétation, une analyse en contre-codage a été réalisée par une autre investigatrice avec obtention d'un pourcentage de 86,7% de bonnes réponses.

L'anonymat et la confidentialité des entretiens ont été garantis tout au long de l'étude. Mon projet a été approuvé par le comité d'éthique de Montréal (CEREP) et a obtenu une bourse de recherche du programme *Mitacs Globalink*. Un journal de bord a été suivi tout au long de ce projet. La méthode respecte les lignes directrices selon le SRQR (grille COREQ en Annexe 3).

III. RESULTATS

III.1 Description des médecins généralistes québécois à l'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient d'être médecin de famille québécois et accoucheur exerçant actuellement dans la province du Québec.

Au total, nous avons recruté 16 médecins de 27 à 46 ans, dont 2 hommes et 14 femmes. Parmi eux :

- 8 médecins exerçaient en milieu urbain à Montréal
- 5 en milieu semi-rural à Joliette (1h10 de route de Montréal)
- 3 en milieu rural à Mont-Laurier (3h de route de Montréal).

Médecin généraliste accoucheur	Age (ans)	Sexe	Milieu d'exercice	Ville	Durée entretien
M1	27	M	Urbain	Montréal	23m05s
M2	42	F	Urbain	Montréal	23m04s
M3	28	F	Urbain	Montréal	20m43s
M4	28	F	Semi-rural	Joliette	15m21s
M5	33	F	Urbain	Montréal	31m11s
M6	29	F	Semi-rural	Joliette	22m08s
M7	30	F	Urbain	Montréal	22m23s
M8	46	F	Semi-rural	Joliette	29m01s
M9	34	F	Urbain	Montréal	24m46s
M10	39	F	Urbain	Montréal	36m07s
M11	34	F	Urbain	Montréal	21m42s
M12	29	F	Rural	Mont-Laurier	28m37s
M13	31	M	Semi-rural	Joliette	35m45s
M14	33	F	Rural	Mont-Laurier	28m24s
M15	27	F	Rural	Mont-Laurier	24m54s
M16	35	F	Semi-rural	Joliette	25m14s

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participants à l'étude

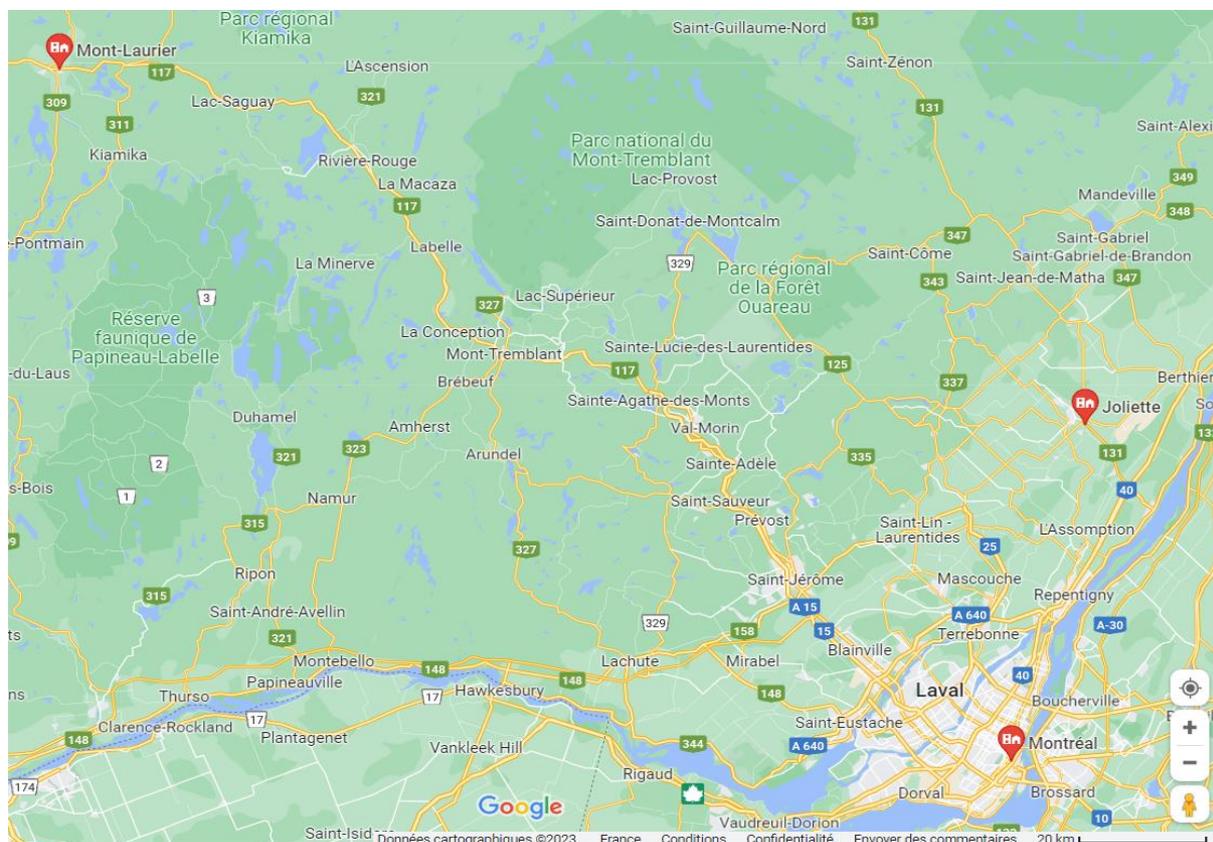


Figure 1 : Carte des villes d'exercice des médecins de famille québécois

Un *focus group* avec 6 médecins généralistes des Hauts-de-France pratiquant le suivi gynécologique a été réalisé ensuite en visioconférence sur ZOOM, d'une durée d'une heure et dix minutes.

Les résultats sont présentés sous forme de thèmes et justifiés par des verbatim.

III.2 Représentations de la pratique des médecins généralistes québécois en santé de la femme

III.2.1 Résultats des entretiens semi-dirigés

III.2.1.1 Choix de la médecine générale

La majorité des médecins de famille accoucheurs ont choisi cette voie par intérêt pour la gynécologie, la variété de la pratique et l'absence d'attrait pour la chirurgie.

M1 : "Mon intérêt de base était la santé des femmes."

M2 : "La seule discipline qui allie à la fois la pédiatrie et la gynécologie c'est la médecine de famille. Donc c'est pour ça que j'ai choisi d'aller là-dedans."

M4 : "La portion au bloc opératoire si on veut de la gynécologie, c'était la portion que j'aimais le moins."

M8 : "J'aurais peut-être fait une résidence en gynécologie mais y a énormément de choses qui m'intéressaient aussi : la pédiatrie."

M9 : "J'avais pas d'aspiration chirurgicale."

M10 : "Ce qui m'intéressait beaucoup c'est la santé de la femme". (...) "Moi ça ne m'intéressait pas de devenir chirurgienne."

M12 : "J'ai choisi la médecine familiale entre autres parce que je pouvais faire de l'obstétrique et suivre les enfants parce que j'aime la pédiatrie et l'obstétrique"

M15 : "J'aimais beaucoup le côté obstétrique."

M16 : "Moi je me suis rendue compte assez rapidement que le bloc opératoire n'était vraiment pas pour moi."

Mais également pour la continuité des soins et la prise en charge globale des patientes.

M5 : "Moi j'adore ça lorsque je suis la grossesse, j'accouche le bébé, je prends en charge le bébé, je suis la femme entre ses grossesses, je suis la femme pour sa prochaine grossesse, puis son deuxième bébé donc c'est vraiment une belle pratique de pourvoir cette phase de vie."

M6 : "J'ai choisi médecin de famille surtout pour le suivi longitudinal des patients et pour pouvoir assurer la continuité des soins"

M9 : "J'aimais quand même faire de la médecine de 0-100 ans et la pédiatrie aussi, je voulais faire une prise en charge globale de la femme et faire le suivi de l'enfant aussi par la suite. (...) Quand on en a un qui fait de la santé de la femme, on peut vraiment

faire la prise en charge globale : dépistage, IST, suivie de grossesse, contraception...et cetera."

M10 : *"L'avantage que je vois d'être médecin de famille accoucheur là, c'est la continuité qui est vraiment mieux."*

M12 : *"J'avais les deux possibilités en médecine familiale mais oui moi je trouve tellement que c'est un continuum de soins intéressant que de suivre la patiente enceinte, de l'accoucher, de suivre le bébé, tu connais la famille."*

M13 : *"J'aime ça faire le suivi et d'accoucher mes patientes, puis ensuite je prends en charge le bébé, c'est ça qui est plaisant dans la médecine familiale de faire le suivi longitudinal."*

La durée de la résidence est de deux ans. Les médecins ont la possibilité d'orienter leur formation en santé de la femme durant leur cursus. Ils ont la liberté d'évoluer au long de leur carrière.

M2 : *"Ce qui m'intéressait aussi en médecine de famille c'est que c'était deux ans et non pas cinq ans de résidence."*

M5 : *"Premièrement le temps. Parce que le temps de formation c'est vraiment moins long comme médecin de famille. (...) C'est beaucoup dans la résidence par les choix de stage, les gardes... par ce qu'on peut s'exposer. Mon dernier mois était presque exclusivement réservé au suivi de grossesse."*

M6 : *"Un des avantages de la médecine de famille c'est que si à 55 ans je veux arrêter de faire des accouchements, j'ai la possibilité d'arrêter."*

M8 : *"J'avais déjà des enfants à ce moment-là donc c'était pas envisageable de dire que je poursuivais pour cinq années supplémentaires. (...) Puis justement c'est des formations qu'on fait dans le cadre de notre résidence mais qui sont des stages à option donc voilà on a plusieurs stages obligatoires, mais on a en moyenne par deux mois de stage à option par année. Donc on peut les orienter en fonction de la pratique future qu'on souhaite faire. Moi j'ai fait que de la périnatalité pendant ces stages."*

M9 : *"La durée de la résidence aussi."*

M14 : *"J'aimais aussi le fait qu'après avoir fait des années on pouvait réorienter notre pratique."*

M15 : *"Ben dans la résidence, on a un stage obligatoire d'un mois en salle d'accouchement. Après ça, on a trois stages à option dans les deux ans de un mois. Fait que moi j'ai fait deux mois de salle d'accouchement puis un mois de néonatalité."*

Pour six des médecins, la liberté et la flexibilité de la pratique font partie des choix d'exercer la médecine familiale au Québec. Les médecins ont le choix de pratiquer les IVG, les dépistages du cancer du col de l'utérus, de pratiquer l'obstétrique, de faire du suivi de grossesse. Ils ont la possibilité d'arrêter ou de changer leur pratique au cours de leur carrière.

M1 : *"On a tous une pratique très hétérogène je pense que c'est ça la richesse de la médecine de famille, on peut finalement choisir un peu ce qu'on préfère."*

M7 : "C'est comme les ISTS là, la pr-EP par exemple pour le VIH ou les stérilets, la contraception, les implants contraceptifs...moi je fais ça. (...) Mais en général je dirais, il y a une bonne flexibilité pour la médecine de famille au Canada."

M10 : "Moi mon rythme, je le choisis. J'ai pas des cliniques imposées."

M11 : "Comme médecin de famille au Québec, l'avantage c'est qu'on peut faire vraiment beaucoup. Euh...pas besoin d'une formation supplémentaire pour les médecins qui se montrent intéressés par l'interruption volontaire de grossesse par exemple."

M14 : "On a une belle flexibilité, on s'adapte selon les centres, il y a différentes manœuvres qu'on peut faire. Que ça soit de l'écho, des manœuvres obstétricales, des IVG."

M16 : "Je trouvais que j'avais une plus grande liberté comme médecin de famille pour ma pratique finalement."

III.2.1.2 Pratique du médecin de famille accoucheur

Le temps d'activité est différent selon les médecins, les centres et les régions. Certains feront des gardes de vingt-quatre heures en salle d'accouchement pendant que d'autres feront douze heures. Le nombre d'accouchements dépend des centres.

M10 : "C'est des douze heures nous parce qu'on a un énorme débit."

M7 : "On fait des gardes entre douze heures et vingt-quatre heures. Cet été je fais une garde par semaine au minimum. En moyenne je dirais, c'est trois à quatre par mois."

M11 : "Oui, une garde par semaine."

M13 : "Nous on fait des vingt-quatre heures parfois des quarante-huit heures sur les journées de week-end."

M15 : "Nous à Mont-Laurier c'est sept jours de garde dans le mois."

Les médecins accoucheurs partagent leur activité en quatre temps en général :

- un temps pour le suivi de grossesse
- un temps pour la médecine générale (bureau)
- un temps pour l'obstétrique
- un temps pour l'enseignement.

M5 : "Je fais les vingt-quatre heures de garde donc je ne travaille pas en lendemain. Euh je vais me donner les journées de suivis grossesse une fois par semaine c'est donc toujours une demi-journée quelque part dans la semaine. Euh...j'ai pas d'IVG ce mois-ci mais j'avais deux jours le mois dernier et là le restant du temps, j'ai comme les activités de bureau de médecine familiale donc, des demi-journées de suivi générale, des demi-journées de supervision de résidence parce que je travaille dans une clinique qui forme des résidents. (...) "Donc je fais en moyenne deux demi-journées de mes propres patients de suivi général par semaine, une demi-journée de suivi de grossesse, une garde et peut-être de la supervision de résidence..."

M10 : "1/3 grossesse-santé de la femme, 1/3 pédiatrie et 1/3 médecine familiale classique."

M13 : "J'ai une pratique mixte dans le sens que, disons dans une semaine typique là, j'ai une clientèle en première ligne en médecine de famille donc je fais des suivis. Comme je suis dans une unité d'enseignement, je fais de l'enseignement aussi aux résidents, de la supervision, des activités pédagogiques puis je fais aussi à peu près 2 demi-journées de suivis de grossesses où on voit les patientes en visites prénatales puis par semaine une à deux 24h sur appel où est ce qu'on couvre la salle d'accouchement."

M14 : "Oui j'ai des jours pour les suivis de grossesses et d'autres avec le reste des patients." "C'est 55-60% de notre pratique qu'il faut faire dans la région où on a notre poste."

Le nombre de patients en moyenne pour chaque médecin est de 400 à 500. Et, selon le centre, le nombre d'accouchements est en moyenne de 500 patientes sur une année.

M1 : "Jusqu'à présent les gens ont tendance à avoir un 500 à 700 patients au long de leur carrière. Je suis au début moi, j'en ai 200."

M6 : "On est de garde pour nos patients de notre équipe et c'est entre 400 et 500 patients par année."

M7 : "Nos patients en charge tu sais, 500 minimum."

M10 : "J'ai 404 patients de 0 à 100 ans voire même plus que 100 ans des fois mais c'est rare maintenant."

M11 : "Disons, au total 2500 accouchements en une année. Mais pour les médecins de famille par année, c'est à peu près 500 puis par garde, euh je dirais un à deux accouchements, parfois plus."

Les médecins pratiquent l'obstétrique. Lorsqu'il y a une complication de la grossesse ou de l'accouchement, le médecin de famille consulte un gynécologue- obstétricien et peut lui transférer sa patiente ou effectuer un suivi conjoint selon le cas et les ententes de service. Les protocoles de prise en charge obstétricale diffèrent selon les centres et les régions.

M2 : "Nous on est comme, un mi-temps entre la sage-femme de la France puis le gynécologue français. On ne va pas aller faire le côté chirurgical : la césarienne, le forceps mais on va quand même pouvoir faire l'accouchement physiologique, la ventouse, les réparations puis ben l'intérêt c'est d'avoir une pratique diversifiée."

M6 : "Ben on n'accouche pas les grands prématurés et les accouchements par voie basse c'est en haut de trente-quatre semaines seulement, euh les complications vont quand même être vues ici comme les prééclampsies, diabètes et cetera parce qu'on a un gynécologue sur place. (...) On ne fait pas les césariennes, c'est le gynécologue qui s'en charge."

M13 : "Pour les forceps, on les laisse au gynécologue. On transfère nos accouchements par siège, de jumeaux et puis tout ce qui est césarienne là, dans le

fond c'est sûr c'est le gynécologue. (...) Je couvre toutes les personnes présentes à la salle d'accouchement soit pour le travail, l'accouchement mais aussi toutes les plaintes obstétricales en haut de vingt semaines de grossesse là. (...) C'est pas moi qui vais faire la césarienne, on va faire de l'assistance opératoire pendant les gardes."

M14 : *" On fait tout, on pourrait faire des forceps mais on a juste pas été formé. On fait tous des révisions utérines, des ventouses... (...) On accouche à partir de trente-cinq semaines sauf si y a des facteurs de risque, on peut dire, ben non moi je ne suis pas à l'aise, donc ça dépend là. C'est une estimation, en dessous de deux kilos, on essaye de transférer aussi. Il y a un pédiatre au moins parce qu'on est quand même toutes seules à gérer la maman et le bébé aussi."*

En région, lorsqu'il n'y pas de gynécologue-obstétricien, c'est le chirurgien général qui opère.

M12 : *"En fait légalement pour avoir un acte de naissance et tout ça, les patientes doivent accoucher avec quelqu'un qui est formé pour les accoucher donc soit à l'hôpital soit en maison de naissance. (...) Il y a des choses qu'on ne va pas faire, par exemple à l'accouchement, on ne fait pas de forceps. Pour les médecins de famille, on n'est pas formé pour ça, à moins que tu aies une formation personnelle pour ça mais j'en ai jamais vu. (...) Souvent on évalue la possibilité de mettre les ventouses. (...) Le gynécologue à ce moment-là vient dans la salle poser les forceps pour faire l'intervention. On a comme une consultation en gynécologie. Il met les forceps puis accouche le bébé puis ensuite c'est le médecin de famille qui continue le suivi. (...) Les chirurgiens généraux opèrent."*

M13 : *"Des fois ce sont des chirurgiens généraux qui vont faire les césariennes urgentes, ça ce sont dans des régions plus éloignées."*

Le suivi du post-partum est assuré ensuite par le médecin de famille accoucheur.

M9 : *"En fait, nous comment ça fonctionne, le médecin qui a fait le suivi de grossesse revoit la patiente six à huit semaines après l'accouchement pour finir l'épisode de soins, pour revenir sur l'accouchement, s'il y avait des choses à suivre durant la grossesse."*

M13 : *"On fait les suivis post-partum, les complications post-partum, on va les voir au centre d'urgence là jusqu'à deux semaines post-partum."*

Ou en collaboration avec une infirmière spécialisée pour le suivi à domicile.

M12 : *"Une infirmière du CLSC va à la maison vingt-quatre à quarante-huit heures après le congé pour faire un suivi poids, regarder l'environnement, pour répondre aux questions de la maman, assurer un support pour l'allaitement, des choses comme ça. Fait que c'est le CLSC qui assure ça par une infirmière qui va à domicile chez les familles. Puis quand c'est un bébé qui sort d'une maison de naissance, à ce moment-là c'est la sage-femme qui s'occupe du suivi. Pour les suivis médicaux, le médecin de famille va voir cet enfant là à un mois de vie en général. Des fois c'est à deux mois, ça dépend des endroits au Québec mais c'est à peu près un mois de vie puis on*

commence les abécédaires là qui est le suivi développemental : un mois, deux mois, quatre mois, six mois, neuf mois, un an, dix-huit mois, deux ans, trois ans, quatre ans puis annuellement et ensuite au besoin avec nous autres."

Les médecins exercent la médecine liée à la santé de la femme en fonction de leur niveau de compétence évalué. Chaque médecin est libre de réaliser des actes gynécologiques, selon son propre niveau de compétence et de confort.

M10 : *"On est moins formé fait que c'est sûr que quand on a des difficultés, par exemple comme un stérilet qui est difficile à installer ou un avortement où la patiente ne répond pas aux analgésiques... peu importe, on est contraint à ce moment-là d'arrêter puis de référer."*

M16 : *"En fait ça dépend toujours un peu de chaque médecin, s'il est à l'aise d'aller jusqu'à un certain niveau d'investigation. Il y en a qui vont référer rapidement en gynécologie puis y en a qui vont faire un petit chemin par eux-mêmes, c'est à dire par exemple un saignement utérin anormal où on peut faire des biopsies d'endomètre dans le bureau, on peut faire des poses de stérilets, des exérèses de polypes de l'endocol."*

III.2.1.3 Avantages du système québécois en santé de la femme

Les médecins y voient de nombreux avantages, non seulement en tant que médecin de famille accoucheur mais également dans le système de santé québécois en ce qui concerne la santé de la femme.

L'accès au suivi de grossesse est relativement aisé pour les femmes. En effet, le gouvernement du Québec a mis en place une plateforme internet "magrossesse.ca" qui permet aux patientes l'accessibilité au réseau de santé de périnatalité.

M1 : *"Le gouvernement veut adresser dans leur nouveau guichet d'accès à la première ligne."*

M2 : *"Il y a une plateforme internet encore une fois, qui est nouvellement arrivée pour faciliter justement l'accès aux médecins de famille qui font du suivi de grossesse."*

M9 : *"Depuis quelques mois, on a comme un "guichet de grossesse"."*

M13 : *"Récemment il y a un nouveau système centralisé québécois où les femmes enceintes peuvent aller s'inscrire sur ce qu'on appelle un "avis de grossesse" en ligne et puis selon leur code postal, selon leur région, elles vont avoir accès à une liste de médecins, de sages-femmes, de gynécologues qui peuvent faire les grossesses avec les coordonnées."*

Les patientes ont le choix du praticien pour leur suivi de grossesse et suivi gynécologique : gynécologue-obstétricien, médecin de famille, sage-femme. Les médecins de famille peuvent suivre les grossesses à risque en collaboration avec un gynécologue-obstétricien.

M2 : *"Pour les suivis de grossesses, les femmes peuvent se faire suivre soit par un gynécologue soit par un médecin de famille puis exceptionnellement pour le suivi de*

grossesse les gynécologues n'ont pas besoin d'avoir une référence pour prendre en charge les patientes alors que quand elles veulent être vues en gynécologie, les femmes automatiquement doivent passer par le médecin de famille."

M6 : *"Je pense que un des avantages est qu'ils ont vraiment le choix. (...) Il y a beaucoup de suivis conjoints avec le gynécologue concernant des patientes qui ont des placentas bas insérés, des complications pour l'accouchement vont avoir un suivi conjoint avec lui."*

M7 : *"Au Canada, en général, si tu es enceinte, tu peux être suivie par une sage-femme ou par un médecin de famille ou par un gynécologue."*

M8 : *"Je pense que à travers le Québec, c'est relativement facile d'avoir du suivi obstétrical de qualité."*

M10 : *"Ben nous on va faire des grossesses avec du diabète... tu sais, on fait pas que des grossesses simples mais on a de l'aide de la grossesse à risque pour nous guider un peu dans ce qu'on fait, ce qu'on fait pas."*

M13 : *"Les patientes ont le choix d'être suivies par un gynécologue d'emblée et elles peuvent être suivies par un médecin de famille aussi ou par une sage-femme."*

Les médecins de famille et les sages-femmes font partie des spécialistes de première ligne. Les médecins peuvent travailler en collaboration avec des infirmières cliniciennes pour le suivi des patientes et ainsi permettre une meilleure accessibilité aux soins.

M1 : *"Les IPS, les infirmières, les sages-femmes aussi les physiothérapeutes, les psychologues. Ce sont tous des professionnels de première ligne qui peuvent aider à faire rentrer du monde."*

M2 : *"Il y a des infirmières chez nous qui savent poser des stérilets."*

M6 : *"Ils ont formé une infirmière au CLSC pour les IVG, pour qu'elle soit capable de faire une échographie de datation... ça c'est vraiment pour les IVG mais son échographie n'est pas valide. C'est juste qu'ils l'ont formée elle pour que ça soit plus rapide quand la patiente vient, on est capable d'estimer son âge gestationnel, ça c'est pour les IVG dans notre région. (...) Elles peuvent faire les suivis de grossesses et mais elles n'ont pas beaucoup de formations pour ça non plus, elles sont beaucoup plus formées en collaboration avec nous au fur et à mesure qu'elles font ça puis c'est seulement pour les grossesses normales."*

M9 : *"Les infirmières cliniciennes peuvent faire le dépistage du cancer du col de l'utérus et d'IST. Elles peuvent initier la contraception, participer aux suivis de grossesse en alternance médecins/infirmières jusqu'à trente-deux semaines. (...) Pour les suivis de grossesses, le premier rendez-vous c'est l'infirmière clinicienne qui le fait chez nous. (...) Ce qu'ils essayent de faire est de déléguer le plus possible aux infirmières parce que c'est moins long de former une infirmière."*

M13 : *"Pour les patientes plus vulnérables, on a des suivis là durant le cours de la grossesse qui peuvent être faits par des infirmières, des nutritionnistes selon des critères. (...) Elles sont vues par une infirmière qui fait une échographie de datation puis le médecin va faire l'examen et l'intervention au besoin. (...) Si on trouve un kyste ovarien suspect chez une patiente ou bien si on a un saignement post ménopausique, on a des protocoles où une infirmière clinicienne va suivre un protocole et faire la prise*

de sang, ça va être plus rapide. (...) Donc pour certaines pathologies ce sera plus accessible mais en général c'est long, comme en France. Ce qui est bien aussi, les infirmières cliniciennes vont faire des suivis conjoints de pathologies chroniques. (...) Elles peuvent faire aussi les suivis de grossesses, elles peuvent faire les cytologies aussi donc moi, mes patientes, si je les vois pour une cytologie mais qu'elles sont dans les règles et pas disposées, je peux les référer à mes infirmières pour la cytologie, les dépistages de HPV aussi."

Les infirmières ont un rôle important en salle d'accouchement.

M14 : *"On a 2 infirmières à la salle d'accouchement en tout temps. Elles gèrent les post-partums, les patientes en travail, les bébés...du début à la fin. Il n'y a pas deux unités là, une unité pédiatrique ou néonatale donc on fait tout."*

Un des avantages pour cinq médecins est la relative facilitée d'accès aux généralistes comparé aux spécialistes. De plus, les patientes apprécient la prise en charge globale, la proximité établie avec celui-ci.

M4 : *"Les gens en général n'ont pas vraiment de difficulté à trouver un endroit où faire un suivi de grossesse."*

M6 : *"Il existe une relation privilégiée quand le médecin de famille fait le suivi de grossesse, l'accouchement puis qu'il suit les bébés après."*

M9 : *"Quand on en a un qui fait de la santé de la femme, on peut vraiment faire la prise en charge globale : dépistage, IST, suivi de grossesse, contraception...et cetera."*

M11 : *"Je pense que c'est moins compliqué effectivement de nous voir que un spécialiste"(...) "On fait tout en même temps puis on va demander le bilan pour le cholestérol et tout ça donc en général je pense qu'elles sont satisfaites."*

M12 : *"Un des avantages, encore une fois c'est peut-être lié à ici mais la proximité qui ont avec nous, je pense que avec la médecine familiale en région surtout, on se connaît, on connaît la famille."*

L'accès au suivi de grossesse et à la préparation à l'accouchement est direct et pris en charge pour ceux qui souscrivent à l'assurance maladie.

M3 : *"On a un système de santé 100% public là, et ça je pense que c'est quand même une grande force là parce qu'on essaie le plus possible qu'il y ait moins d'inégalités dans l'accès aux soins. (...) Les femmes ont accès à des soins puis ça coûte rien, donc t'es enceinte, tu as un suivi de grossesse, tu accouches..."*

M13 : *"A 20 semaines à peu près de grossesse, elles peuvent avoir accès directement à leur médecin ou à celui de garde directement à l'étage de la maternité. Elles n'ont pas besoin de passer par des cliniques d'urgence, d'aller attendre à l'urgence donc ça permet d'avoir des accès assez rapides. (...) Des cours prénataux sont offerts, pour les patientes qui le souhaitent dans toutes les régions."*

M15 : *"Ben je dirais que mettons, tout le monde a accès gratuitement au suivi de grossesse."*

Concernant l'IVG, son accès est gratuit et facile en ville. Les femmes peuvent se diriger vers des médecins de famille pratiquant les IVG ou, le cas échéant, vers des cliniques spécialisées. Cinq des médecins interrogés pratiquent les IVG médicamenteuses dont deux pratiquent la méthode chirurgicale.

M3 : "Euh...faire un avortement ça coûte rien, il n'y a jamais de coût."

M5 : "Si tu ne sais pas où aller pour ton IVG tu peux appeler un numéro qui va te référer à la clinique plus proche de chez toi euh, ça va très bien je pense pour l'accès à l'avortement surtout en ville" (...) "Moi je travaille dans une clinique d'avortement, c'est un organisme à but non lucratif féministe qui a fait service de santé donc moi, ma clinique on fait jusqu'à quinze semaines. (...) La majorité des IVG sont effectuées par les médecins de famille au Québec mais c'est pas nécessairement les mêmes médecins de famille qui font les accouchements."

M6 : "J'ai des collègues qui ne font pas d'accouchements mais qui se sont spécialisés en IVG. A Joliette on fait le premier trimestre seulement mais un de mes collègues qui s'est formé pour faire du 2e trimestre est en train de partir un projet de faire des 2e trimestre dans la région de Lanaudière."

M7 : "On a quand même beaucoup plus d'accessibilité que dans d'autres provinces en fait. (...) Théoriquement, parce que moi j'ai eu la permission de faire des IVG au Québec, parce que j'en fais des chirurgicales."

M8 : "Nous au Québec c'est pratiquement que des médecins de famille qui font les IVG également."

M9 : "Au Québec, il y a un numéro de téléphone québécois pour trouver un rendez-vous rapidement pour les patientes."

M13 : "En fait souvent ce sont des cliniques de planning familial, ça se fait dans les CLSC. La majorité des médecins sont des médecins de famille. Ils vont faire l'IVG, la contraception...Les IVG jusqu'à cinq semaines de mémoire dans les CLSC mais sinon il y a certaines cliniques plus spécialisées à Montréal où elles vont faire les IVG plus tardives aussi par des médecins de famille en majorité."

M14 : "Oui mais en fait, on fait des consultations d'IVG et on peut prescrire la pilule abortive, ce qui n'était pas le cas avant. Il fallait faire une formation. C'est tout récent depuis cet été et ça change la donne. Je fais aussi du planning familial, mon but de faire ça, c'est de faire des IVG mais là pour l'instant ce n'est pas possible. On fait des visites pré et post-IVG pour l'instant."

Six des médecins ne font pas d'IVG. Trois n'ont pas d'attrait pour la formation.

M3 : "Non, ben il y a des médecins de famille qui en font mais moi je ne me suis pas formée. C'est souvent pas les mêmes médecins qui font les IVG et les accouchements."

M4 : "Et est-ce que vous pratiquez les IVG vous ? Non, pas moi."

M11 : "Non je n'en fais pas non. Euh c'est juste que ça me met hyper inconfortable."

M15 : "Non, je n'ai jamais été formée, je n'ai pas été dans cette direction là."

Et deux pour des raisons d'emploi du temps.

M2 : " Mon temps est limité."

M16 : "Ma pratique est déjà très remplie."

Quatre des médecins consultent sans rendez-vous pour les patients n'ayant pas de médecin de famille. Il existe également d'autres cliniques spécialisées basées sur ce mode de fonctionnement.

M2 : "Je fais aussi une pratique de sans rendez-vous populationnelle."

M3 : "Mais dans beaucoup de secteurs, il y a des cliniques de santé des femmes. Où est ce que les femmes peuvent avoir accès avec rendez-vous mais sans être inscrite par un médecin de famille. (...) Donc juste à Verdun il y a deux cliniques de santé des femmes où est ce que les femmes peuvent aller. Ce sont des cliniques qui offrent les services de pap test, les frottis, tout ce qui est symptômes de vaginite... puis ensuite aussi tout ce qui est symptôme de ménopause, tout ce qui a attiré là à la santé de la femme."

M12 : "Pour la santé de la femme, faut que t'aies un médecin de famille pour pouvoir rentrer dans les soins ou que t'aies à l'urgence ou dans des cliniques qui offrent des sans rendez-vous aux patients qui n'ont pas de médecin de famille."

M13 : "Les patientes n'ont pas besoin de référence médicale, elles peuvent juste appeler le CLSC et avoir un rendez-vous."

M15 : "Comme à Mont-Laurier, on a une clinique qu'on appelle "Jeunesse ITSS", c'est pour tout le monde donc si une femme veut parler contraception et n'a pas de médecin elle pourrait aller là. C'est comme une fois par semaine puis la disponibilité est assez facile."

Le gouvernement du Québec a mis en place une plateforme internet afin de collecter les renseignements de santé de toutes les personnes qui reçoivent des soins de santé au Québec : *Dossier santé Québec* (DSQ). L'objectif étant l'accès direct aux renseignements pour certains professionnels de santé dans n'importe quelle région où l'on se trouve, une meilleure gestion des examens médicaux et une meilleure collaboration interprofessionnelle.

M3 : "Le dossier santé Québec, qui permet aux patients maintenant d'avoir accès à leurs résultats sanguins puis leurs résultats de rayon X en ligne, dans leur dossier. (...) Euh... mais c'est ça, chaque région a son site web où est ce qu'il faut un peu naviguer pour essayer de voir ce qu'il existe comme service mais souvent les gens sont pas très au courant."

De plus, des programmes de soins ont été mis en place pour les populations les plus vulnérables. Les services intégrés à la périnatalité et à la petite enfance (SIPPE) sont offerts dans toutes les régions du Québec par des équipes d'intervenants provenant des CLSC. Les services s'adaptent aux besoins de chaque famille. Ils sont offerts,

entre autres, par des infirmières, des travailleuses et travailleurs sociaux, des auxiliaires familiaux, des nutritionnistes ainsi que des psychoéducateurs.

M3 : "Les CLSC, est ce que tu sais c'est quoi ? C'est les centres locaux de services. Eux autres offrent les programmes OLO et SIPPE. OLO, c'est des coupons pour les œufs, le lait et les oranges pour les femmes. Il y a des critères là tu sais, donc soit monoparentale, faible revenu, ce genre de chose puis SIPPE c'est le suivi intensif prénatal et postnatal des enfants. Il y a des services avec une nutritionniste aussi donc c'est des services via le CLSC, de travail social, de psychoéducation, nutritionniste puis après la naissance il y a des suivis infirmiers à domicile aussi pour les familles vulnérables qui ont besoin de soutien aussi avec la stimulation des enfants et tout ça."

M13 : "Ils ont un programme qui s'appelle "OLO" pour "œuf lait orange" donc en fait c'est des coupons d'aide alimentaire qui peuvent être offerts pour ces patientes là puis un deuxième programme s'appelle "SIPPE" c'est le "suivi intensif en périnatalité petite-enfance" où pour les personnes plus vulnérables, il va avoir un suivi parallèle à celui du médecin mais vraiment avec une infirmière, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes qui vont suivre les patients pour s'assurer qu'elles font leur prise de sang, leur rendez-vous, un suivi du bébé pendant les 0 à 5 ans. C'est gratuit, si les patientes le veulent, c'est quand même accessible."

III.2.1.4 Inconvénients du système québécois en santé de la femme

Les spécialistes en santé de la femme sont difficile d'accès pour des motifs autre que le suivi de grossesse. Le nombre de gynécologue-obstétriciens est en effet limité, et certaines régions en sont dépourvues.

M1 : "Quand moi j'appliquais au processus, c'était douze à quatorze par année qui sortent comme nouveaux gynécologues."

M2 : "Le gynécologue ne fait pas de sans rendez-vous à 20h le soir. (...) L'accessibilité à un gynécologue parfois, peut être difficile entre autres pour les cas qui peuvent être un peu plus complexes qui pourraient éviter l'urgence. (...) Le fait que si on veut qu'un patient soit vu en spécialité on peut faire la requête par internet. C'est le centre de répartition par région qui va trouver un rendez-vous au patient. Le problème, c'est avec les rendez-vous d'urgence. C'est 3 à 10 jours quand on demande, bien souvent il n'y a pas la possibilité de voir un spécialiste de 3 à 10 jours et là on se ramasse avec un espèce de trou de service. Le patient va être vu seulement dans plusieurs semaines, puis c'est pour les cas semi-urgents que l'accessibilité est limitée."

M9 : " Donc ça c'est le désavantage, c'est tellement compliqué de prendre rendez-vous avec un gynéco...à part pour le suivi de grossesse, pour ce qui est juste du dépistage c'est plus compliqué."

M8 : " Il y a peu de gynécologues à un centre plus éloigné, je pense à la région de la Beauce, en Gaspésie, aux îles de la Madeleine."

M13 : " Il y a certaines régions où il y a moins de médecins, il y a certaines régions où il n'y a pas de gynécologues du tout donc à ce moment-là, ben c'est des médecins de famille qui suivent toutes les femmes, qui font les accouchements. (...) Les gynécologues sont durs d'accès, beaucoup parce qu'ils font de l'obstétrique et du suivi de grossesse normal donc ça coupe un peu leurs plages horaires des consultations

gynécologiques de colposcopie. C'est très long d'avoir des rendez- vous puis des suivis."

Un des médecins va apporter son aide en région là où le nombre de médecins est fortement réduit.

M13 : *"Je fais aussi du dépannage en obstétrique en région, aux Iles La Madeleine, en Gaspésie, à Charlevoix...ce sont des milieux où ils sont pas beaucoup de médecins de famille donc je remplace quand un est en arrêt maladie par exemple. On se met sur une liste de disponibilité puis les hôpitaux nous envoient des demandes pour aller aider et faire de l'obstétrique."*

Tous les médecins interrogés pratiquent les frottis (*pap-test*). Ils réfèrent ensuite aux gynécologues-obstétriciens lorsque le résultat du frotti est anormal. Les délais de prise en charge varient de un an à un an et demi en moyenne lorsque le frottis est anormal.

M3 : *"Nous, dès qu'il y a une anomalie on réfère en colposcopie puis ce sont les gynécologues qui s'occupent de toute la colposcopie."*

M4 : *"Ou encore en colposcopie fin, c'est si on a un haut grade on peut être chanceux qu'elle soit vue en six mois mais sinon la majorité c'est un an d'attente."*

M6 : *"Le délai en colposcopie c'est un an d'attente, pour des hauts grades ça peut être six mois pour des bas grades c'est un an, pour des ASCUS c'est trois ans."*

M14 : *"Les ASCUS simples, on fait du suivi de bureau mais si c'est plus complexe on réfère à la clinique externe, ce sont les gynécologues qui viennent en consultation en externe."*

M15 : *"Oui pour les pap-test, c'est un peu un fléau là, c'est pas tout le monde qui en fait. On est supposé à être formés pendant notre résidence...fait que maintenant les infirmières cliniciennes sont formées pour le faire, fait que dans les cliniques elles peuvent le faire."*

M16 : *"Ce qui fait que par exemple les délais en colposcopie sont absolument incroyablement long, l'attente est parfois de un an, deux ans indépendamment du résultat."*

Pour ce qui est du suivi gynécologique, les cliniques spécialisées sont une alternative aux délais des spécialistes.

M11 : *"Quand je réfère les patientes au planning du CHUM, elles sont vues un an plus tard donc je leur dis d'aller soit dans les cliniques de santé de la femme ou les CLSC, donc elles ont un rendez-vous peut-être six mois plus tard."*

Les patientes doivent être référées par un médecin de famille pour consulter un spécialiste, aller aux urgences ou dans des cliniques sans rendez-vous.

M2 : *"Si il y a une contraception complexe, à ce moment-là on réfère aux gynécologues mais les patientes ne peuvent pas d'emblée aller voir un spécialiste sans avoir une référence d'un médecin de famille."*

M3 : "Le problème pour les patients, parce que dans le fond au Québec si tu veux avoir accès à un spécialiste, faut que tu passes toujours par ton médecin de famille pour être référé."

M5 : "Si t'as pas de médecin de famille, l'accès aux soins est difficile."

M9 : "L'accessibilité, l'absence de physio périnéale, pis je sais que ça va être difficile pour tous ceux qui n'ont pas de médecin de famille."

M11 : "C'est sûr qu'un patient qui n'a pas de médecin de famille, c'est peut-être un peu plus compliqué."

M12 : "En santé de ta femme en général, si t'as pas de médecin de famille ben c'est dur de trouver des cliniques pour t'aider. (...) Pour la santé de la femme, faut que t'aies un médecin de famille pour pouvoir rentrer dans les soins ou que t'aies à l'urgence ou dans des cliniques de sans rendez-vous qui offrent des sans rendez-vous aux patients qui n'ont pas de médecin de famille. Mais c'est dur à avoir un rendez-vous parce que donc il y a beaucoup de monde. C'est pas évident, c'est, je pense un gros inconfort."

Mais l'accès au médecin généraliste reste difficile, c'est un problème de santé publique.

M1 : "C'est très difficile d'avoir un médecin de famille."

M3 : "Le problème qu'on a au Québec, c'est qu'il y a vraiment pas tout le monde qui a accès à un médecin de famille."

M9 : " C'est sûr que l'enjeu aujourd'hui au Québec, c'est l'accès aux médecins de famille."

Le gouvernement souhaite ainsi augmenter le nombre d'intervenants de première ligne en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens comme les médecins généralistes et les infirmières cliniciennes pour les grossesses dites "normales". Ainsi, les gynécologues-obstétriciens verront majoritairement les grossesses et les cas compliqués.

M3 : " Des gynécologues, y en a pas des tonnes non plus, ils ne suffisent pas à la demande maintenant. (...) Dans certaines régions même, que moi j'ai visité dans d'autres stages, les gynécologues ne font que de la deuxième ligne, le fait qu'ils ne font même plus de suivis de grossesse qu'on appelle normal, ils vont être consultants pour des grossesses plus compliquées."

Sept médecins dénoncent une politique restrictive gouvernementale à l'égard des médecins de famille. Ainsi, les médecins ont des pourcentages de temps par activité à respecter dans certains centres sinon une partie du salaire est amputée.

M1 : "La raison étant que les médecins ont beaucoup de tâches annexes. Ce qui fait que dans le temps ça devient difficile de voir tout le monde. On est obligé de signer des activités médicales particulières. Puis à Montréal, comment ça fonctionne, la première année on doit aller chercher un 250 patients du guichet et on doit faire un 6h

par semaine de quoi que ce soit d'autre fait : obstétrique, une activité hospitalisation ou autre."

M4 : *"On nous donne notre permis de pratique, on est assigné comme une sous-région si on veut là, c'est assez précis. Puis ben tu peux aller travailler ailleurs mais il y a une proportion à respecter, mais tu sais si tu la respectes pas ils vont acheter ton salaire."*

M14 : *"Mais sinon je pourrai sortir de cette région pour aller faire du dépannage ailleurs si je voulais. Il faut juste que je respecte un certain pourcentage de pratique dans ma région. Sinon on a des coupures de salaire."*

Le nombre de résidents souhaitant s'orienter vers la médecine familiale diminue, participant ainsi au déficit de la démographie actuelle.

M5 : *"Le message politique c'est, ben avec nous comme politiciens, on va régler le problème en forçant les médecins de famille qui sont paresseux et avarices à travailler plus fort, donc le message envers la population c'est négatif envers les médecins de famille de plus en plus depuis les dernières dix ans. (...) Faire certains types de travail, il y a beaucoup de contraintes, il y a beaucoup de règles, il y a beaucoup de limitations...euh et de complexer. Tu ne peux pas nécessairement juste faire ce que tu veux et travailler où est-ce que tu veux."*

M7 : *"Au Québec, je dirais qu'il y a quand même plus de restrictions. C'est surtout le gouvernement qui les met en place, ce n'est pas des restrictions en terme des actes qu'on peut faire mais plus les restrictions en terme de nos responsabilités, parce que justement on doit faire tellement d'autres choses, on a tellement de patients à prendre en charge, on ne peut pas juste dire "je vais faire obstétrique et IVG c'est tout", on doit tous prendre nos patients en charge tu sais, 500 minimum. (...) Ben là, même si t'es intéressé par tes propres accouchements y a pas de poste en hôpital. Parce qu'on a besoin des gens qui s'occupent d'autres aspects de la médecine de famille et donc c'est une des provinces qui règlementent le plus les médecins de famille et leur pratique en fait. (...) Comme à Montréal par exemple, si tu veux absolument rester à Montréal, parce que la famille, leur vie est ici et ils ont pas eu un poste de médecin de famille à Montréal, certains choisissent d'aller dans le privé."*

M9 : *"Dans les dernières années au niveau politique, la médecine de famille a été beaucoup descendue et les étudiants aussi sont moins attirés car il y a beaucoup de bureaucratie et de règles politiques qui nous obligent à faire certaines pratiques."*

M16 : *"Depuis quelques années on voit vraiment spécialité versus médecine de famille pour des raisons vraiment politique, super plate là, vraiment. C'est encore d'actualité, on a encore passé dans les nouvelles la semaine passée ou l'autre d'avant le fait que cette année c'était la même chose, on n'a pas comblé les postes."*

La difficulté d'accès aux soins gynécologiques est selon sept médecins, dû au manque de pratique des gestes de soins gynécologiques pour une majorité de médecins de famille au Québec.

M1 : *"Encore trop de médecins généralistes ne font pas de pap-test et refusent d'en faire, c'est quand même un test qui n'est pas très compliqué. (...) S'il s'agit d'incontinence, de la prolapsus pelvien, de ménopause, il y a beaucoup de médecins*

généralistes qui ne sont vraiment pas à l'aise. Ils vont avoir tendance à référer au moindre symptôme vers le spécialiste, ce qui fait que les spécialistes ont des listes de consultations infinie. (...) Mais pour l'aspect santé des femmes c'est plus difficile, les gens sont moins bons, sont moins à l'aise. (...) Il y a beaucoup plus de jeux de référence ou de promenade dans le système, donc la santé des femmes je trouve au final est moins bien adressée par le système québécois."

M7 : *"J'ai beaucoup de collègues qui font ça ici. Mais j'ai des collègues aussi qui ne le font pas, notamment poser des stérilets parce qu'ils n'ont pas assez d'expositions, ils ne sont juste pas confortables avec."*

M9 : *"Il y a des patientes, leurs médecin de famille ne font pas de pap-test et ne sont pas à l'aise avec ça, pour moi c'est une aberration, cela fait partie de notre mission comme médecine de famille."*

M11 : *"Le désavantage justement sur le fait que c'est pas tous les médecins de famille qui mettent des stérilets. Des patientes des fois attendent 1 an et demi."*

M13 : *"C'est pas tous les médecins de famille qui vont suivre leur patientes qui tombent enceinte."*

Cinq médecins affirment que les gardes obstétricales et les soins de périnatalité expliquent le temps limité destiné aux autres patients et par conséquent, les délais allongés pour consulter un médecin de famille.

M1 : *"Mon activité d'hospitalisation, c'est une semaine de garde par mois à peu près, donc il reste trois semaines pour faire ton bureau. Moi, mes gardes, c'est une garde par semaine de vingt-quatre heures. Donc je perds deux jours parce que le lendemain il faut que je récupère."*

M6 : *"Cela diminue beaucoup l'accessibilité aux soins pour les autres patients là définitivement."*

M9 : *"Moi par exemple, je fais les suivis de grossesse mais je fais moins de prise en charge de patients finalement, tu sais moi maintenant ma clientèle est pleine, je continue à suivre des grossesses mais je ne prends plus de nouveaux patients."*

M11 : *"J'avais déjà beaucoup de patients mais j'étais plus disponible avant donc les patients de bureau sont moins satisfaits car ils trouvent que je suis pas disponible."*

M15 : *"C'est sept jours de garde dans le mois. Mais en effet, ça coupe le monde de patients."*

Un autre inconvénient en santé de la femme au Québec se révèle dans l'accès physique aux soins. En effet, certains centres sont mal desservis sur le territoire. Il existe trois centres tertiaires (niveau 3) pour prendre en charge les nouveau-nés au Québec : à Montréal, à Québec et à Sherbrooke.

M5 : *"En région plus éloignée, c'est quand même plus compliqué."*

M8 : *"Le territoire qu'on couvre est immense en fait. Il y a beaucoup de patients qui habitent facilement à trois heures de route de notre centre hospitalier là donc on couvre un très grand territoire. Il est mal desservi aussi par les transports là donc c'est des routes qui sont en forêt."*

M12 : "On était à deux heures de route d'un centre qui a de l'allure avec des spécialistes, c'est quand même pas vraiment accessible pour nos patients."

M14 : "Sinon au Québec, il y a aussi Sherbrooke puis le CHUM de Québec, c'est l'université de Laval, c'est tout en terme de centre tertiaire en obstétrique."

La prise en charge n'est pas la même selon l'accessibilité des soins, que l'on soit en région ou en ville.

M7 : "À Montréal, on a quand même beaucoup plus d'accessibilité que dans d'autres provinces."

M14 : "C'est sûr mais nous en plus, on est loin, à deux heures du premier centre secondaire. Si on est en ville, en périphérie de Montréal, on transfère quand on a une maman en travail de vingt-sept semaines par exemple."

Il y a peu de sages-femmes au Québec, elles sont difficiles d'accès dans certains territoires.

M8 : "Oui puis l'accès avec le suivi sage-femme en maison de naissance, c'est un enjeu là. Il y a beaucoup de patientes qui finissent par accoucher à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas été capables d'avoir de place en maison de naissance."

M13 : "Souvent les sages-femmes vont accoucher au domicile ou dans des maisons de naissance là mais y'en a vraiment pas beaucoup là. (...) Il faut que les patientes se rendent à une heure de route pour accoucher."

Un des inconvénients pour un médecin interrogé en région, est le temps de formation jugé non suffisant.

M14 : "Je pense que ça pourrait être un avantage, comme en médecine d'urgence, que la troisième année soit orientée exclusivement médecine de la femme ou juste obstétrique périnatalité, car on gère les bébés aussi. (...) Je pense qu'on manque de formation quand on sort de l'école. Mais on apprend sur le tas aussi. Je pense que c'est le côté le plus négatif je dirais."

Un médecin signalait la difficulté que pouvait être dans un centre tertiaire la collaboration avec le gynécologue-obstétricien et le sentiment d'imposteur que l'on peut ressentir dans sa pratique.

M10 : "Je pense que dans un de mes inconvénients, car moi je vis en centre tertiaire mais je suis pas certaine que c'est vécu partout pareil, on a quand même un peu un syndrome de l'imposteur là. Dans le sens que, des fois c'est difficile la relation gynécologue-médecin de famille et parce que les gynécologues sont des chirurgiens, c'est pas les gens qui sont le plus humbles sur leur planète on va se dire... (...) Des fois, on se sent un peu jugé ou pas assez bon aussi, ça amène comme ça ton symptôme de dire "t'es pas assez bon". (...) Cet élément là je pense que je le vivrais moins si j'étais dans un centre plus en région où c'est clairement des médecins de

famille qui font tout et qui appellent les gynécologues dans des situations où on a besoin d'un chirurgien. Ici l'idée des sages-femmes, des médecins de famille pour les accouchements, c'est toujours la guerre dans les centres tertiaires encore à savoir qui fait quoi là."

III.2.1.5 Principales différences avec le système français

Le suivi de grossesse au Québec présente des différences avec celui du système français. En effet, les recommandations ne sont pas les mêmes lors du suivi.

Deux échographies prénatales sont obligatoires lorsque la grossesse n'est pas compliquée.

M2 : " Il y a deux échographies à faire."

M10 : "La troisième échographie, qui est une échographie de croissance, dans le fond le seul but de la troisième écho c'est la croissance. Si la morphologie est normale on s'entend, si il y a quelque chose au niveau de la morphologie qui est l'échographie de deuxième semestre là on va refaire, si la grossesse va bien, qu'il y a pas de diabète de grossesse, qu'il n'y a pas de particularité, que la patiente n'a pas de COVID en grossesse, et que le la hauteur utérine est conséquente avec le nombre de semaines de grossesse alors l'échographie de croissance n'est pas justifié."

Les échographies sont effectuées par les radiologues ou les gynécologues-obstétriciens.

M2 : "Ce sont les radiologistes. Il y a certains gynécologues qui sont formés aussi pour faire les échographies mais c'est le service de radiologie qui couvre l'accessibilité pour ça. Donc que ce soit un gynécologue ou un médecin de famille on envoie une référence à l'hôpital avec lequel on fait affaire pour que la femme passe une échographie."

M14 : "Moi je n'étais pas formée en écho-dating justement mais euh, on ne fait pas la clarté nucale, c'est exclusivement dédié au radiologiste. Et ce n'est même pas tous les radiologistes, il faut une formation spécifique."

Les sages-femmes relèvent du système de santé québécois mais ont une pratique autonome. Trente sages-femmes sortent de formation par année et sont peu nombreuses pour répondre à la demande de soins.

M4 : "C'est pas une très grosse formation, il y a une formation universitaire mais c'est pas autant de stages."

M5 : "Je pense que le problème des sages-femmes c'est il y a pas assez de postes pour entrer dans le programme. Les sages-femmes au Québec forment comme trente sages-femmes par année, quelque chose comme ça il y a seulement une école de sages-femmes au Québec et c'est vraiment un très petit programme."

M8 : "L'offre n'est pas suffisante pour la demande là pour ce qui est du suivi sage-femme et des maisons de naissance à travers le Québec."

M10 : *"Ici en fait les sages-femmes au Québec on est très rétrogrades là pour le moment, contrairement à d'autres endroits au Canada où les sages-femmes sont vraiment plus intégrées au système de santé."*

Les sages-femmes sont responsables des suivis de grossesse, des accouchements et du suivi postnatal de la femme et du nouveau-né jusqu'à six semaines postpartum, de manière physiologique. Les femmes ont le choix de trois lieux de naissance : domicile, maison de naissance ou centre hospitalier.

M2 : *"Les patientes n'ont pas accès à l'épidurale."*

M3 : *"Tu sais ici, nous autres les sages-femmes c'est issu d'un mouvement un peu de "retour vers l'accouchement physiologique", d'un mouvement de contestation de toute la médicalisation autour de la grossesse puis de l'accouchement donc elles sont vraiment à l'extérieur des hôpitaux, elles font vraiment juste des accouchements physiologiques, pas d'épidurale tu sais donc c'est vraiment une pratique externe"*

M4 : *"La majorité c'est ça c'est en maison de naissance ou à domicile."*

M5 : *"Donc généralement les femmes qui choisissent une sage-femme pour leur suivi de grossesse veulent soit accoucher à la maison ou à la maison de naissance."*

M7 : *"Être suivie par une sage-femme, c'est dans l'optique d'avoir moins d'interventionnel et d'accoucher en maison de naissance."*

M10 : *"Ici les sages-femmes ont pas de permis d'exercice dans les hôpitaux donc elles accouchent en maison de naissance ou à la maison de la patiente. (...) C'est une chasse gardée j'imagine, ça doit être plus gouvernemental qu'autre chose, mais ici c'est connu que les sages-femmes dans le fond ils vont suivre les patientes qui veulent faire leur accouchement dans un contexte non hospitalier, en maison de naissance ou à la maison de façon naturel. Ironiquement si jamais la patiente n'en peut plus et a besoin d'aller à la salle d'accouchement, elles sont transférées directement en gynécologie."*

M12 : *"Quand la patiente présente des symptômes d'accouchement imminent là, ils vont la prendre à la maison de naissance, faire le suivi là puis c'est beaucoup moins médicalisé."*

M16 : *"Chez nous les sages-femmes accouchent beaucoup en maison de naissance ou à domicile."*

Les services de sages-femmes ont des ententes de services directs avec un centre hospitalier accoucheur disponible pour un transfert maternel ou néonatal urgent s'il s'avérait nécessaire. Certaines peuvent accoucher directement à l'hôpital sans aide et consulter sur place s'il y a une complication.

M3 : *"Quand elles viennent à l'hôpital avec leurs patientes, c'est assez rare parce qu'elles ont souvent des patientes qui veulent un suivi sage-femme justement pour accoucher soit à la maison ou soit à la maison de naissance. Mais quand elles viennent à l'hôpital accoucher leurs patients, les patientes sont pas admises, sont pas sur notre tableau, tu sais elles occupent la chambre mais elles n'ont pas d'aide des infirmières"*

puis on fait pas le suivi mais elles sont sur place si jamais il y a une complication. Il n'y a pas besoin de transférer, ça va plus vite pour consulter."

M5 : *"Dès que la femme veut une épidurale elle doit être transférée à nous pour le suivi du travail donc c'est comme ça."*

M12 : *"La maison de naissance doit être proche de l'hôpital parce que si jamais il y a quelque chose qui va pas, les patientes sont transférées à l'hôpital. Les patientes peuvent aussi venir accoucher à l'hôpital avec leur sage-femme mais à ce moment-là il n'y a pas de suivi médical impliqué."*

M16 : *"Le seul contact qu'on peut avoir parfois, c'est par exemple si elle était suivie par une sage-femme qui gère le travail et tout et finalement si y a une problématique X, qui est transférée à l'hôpital, ça peut arriver qu'on la prenne en charge à l'hôpital mais la sage-femme ne reste pas."*

En région, une sage-femme s'occupe spécifiquement de la communauté autochtone.

M14 : *"Il y en a une depuis pas longtemps. Elle s'occupe de la communauté autochtone. (...) Il y a des places qui appellent directement les gynécos, en ville souvent des maisons de naissance puis ils sont transférés en ambulance. Chez nous, c'est transféré directement à nous car il n'y a pas de gynécologue."*

M15 : *"On a en une à Mont-Laurier qui a commencé, c'est plus la population autochtone."*

Pour deux médecins, ce ne serait pas un problème d'intégrer davantage les sages-femmes au système de soins. Elles sont formées pour repérer les urgences obstétricales et transférer aux médecins.

M3 : *"Elles sont formées pour gérer les urgences donc si c'est une hémorragie soudaine, elles sont formées pour faire les premières étapes puis après ça fonctionne bien, s'il faut transférer elles appellent une ambulance. Les études démontrent qu'il n'y a quand même pas beaucoup de mortalité associée, donc leur pratique est quand même sécuritaire parce que ces événements là sont quand même rare surtout d'autant plus qu'elles ont une population à bas risque."*

M10 : *"Moi honnêtement j'aurais aucun souci à faire équipe avec les sages-femmes. Elles font une formation qui est juste sur l'accouchement donc très bonne mais je serai pas capable d'accoucher dans un lieu hors hospitalier. (...) J'aurais aucun souci que ce soit une sage-femme qui m'accouche si j'étais dans un hôpital. Mais hors hôpital, ben non."*

Pour deux autres médecins, la pratique n'est pas sécurisée en maison de naissance.

M6 : *"Oui et qu'elles soient plus présentes et je pense que une des parties de la solution serait que les sages-femmes accouchent à l'hôpital et pas seulement dans les maisons de naissance. Il y a des maisons de naissance qui sont situées à trente-cinq minutes, quarante minutes d'un bloc obstétrical. Personnellement, je ne trouve pas ça sécurisant. Oui il y a des grossesses qui vont super bien mais pour le cas où on a*

besoin d'aller au bloc... C'est ça, peut-être la solution si on veut que les médecins de famille en fassent moins c'est d'impliquer plus de personnes."

M13 : *"Il y a certains hôpitaux qui commencent à accepter que les sages-femmes accouchent leurs patientes à l'hôpital donc il y a quelques hôpitaux mais vraiment, la majorité des suivis de grossesse puis des accouchements au Québec ça va être des médecins de famille qui vont les faire."*

La législation concernant l'IVG est différente. Il n'y a pas de délai obligatoire à la pratique de l'IVG. C'est une décision qui relève de l'éthique. Les deux méthodes, médicamenteuse et chirurgicale existent mais avec des délais différents selon les équipes qui pratiquent.

M7 : *"Il y a un flou juridique, qui laisse un petit peu plus à la discrétion des gens qui savent comment ça fonctionne... on le sait là, on va pas aller faire des IVG à quarante semaines, personne n'a envie de faire ça mais on fait confiance aux patients et aux médecins. On va prendre les bonnes décisions sans que la Cour suprême nous dise qu'on a pas le droit de faire ça, évidemment qu'on ne le fera pas."*

La gestation pour autrui (GPA) est autorisée au Québec, mais réglementée.

M8 : *"C'est tout à fait autorisé ici, par contre évidemment c'est réglementé puis c'est une réglementation qui est actuellement en mouvance donc pour un petit peu mieux protéger la femme qui porte un bébé pour quelqu'un d'autre."*

Un des médecins note la différence de prise en charge en médecine familiale. En effet, devant l'allongement des délais de consultation, ils encouragent l'autonomie et la responsabilisation des patientes.

M3 : *"Il n'y a pas de paternalisme, il y a personne qui va t'appeler pour te dire que tu dois faire ton frottis là. (...) Euh oui c'est ça mais même le médecin de famille tu sais, il va te dire "le frottis normalement c'est tous les deux à trois ans" et si tu retournes jamais le voir personne va t'appeler pour te dire "c'est le temps de faire le frottis. (...) Si la patiente ne prend pas son rendez-vous ou si elle manque son rendez-vous, il y a personne qui va l'appeler."*

En tant que travailleur au Québec, il est possible de bénéficier d'un congé parental jusqu'à un an à partager avec le futur père. Celui-ci pourra bénéficier du congé parental à partir du jour de l'accouchement.

M12 : *"On a un programme de rémunération quand on est enceinte là dans le fond, on peut avoir accès à la RQAP à partir de vingt semaines de grossesse et ça dépend du salaire qu'on a fait avant pour pouvoir avoir nos allocations mais c'est nous qui décidons, puis on peut avoir jusqu'à un an d'allocation, ça peut être partagé avec le papa."*

III.2.2 Synthèse

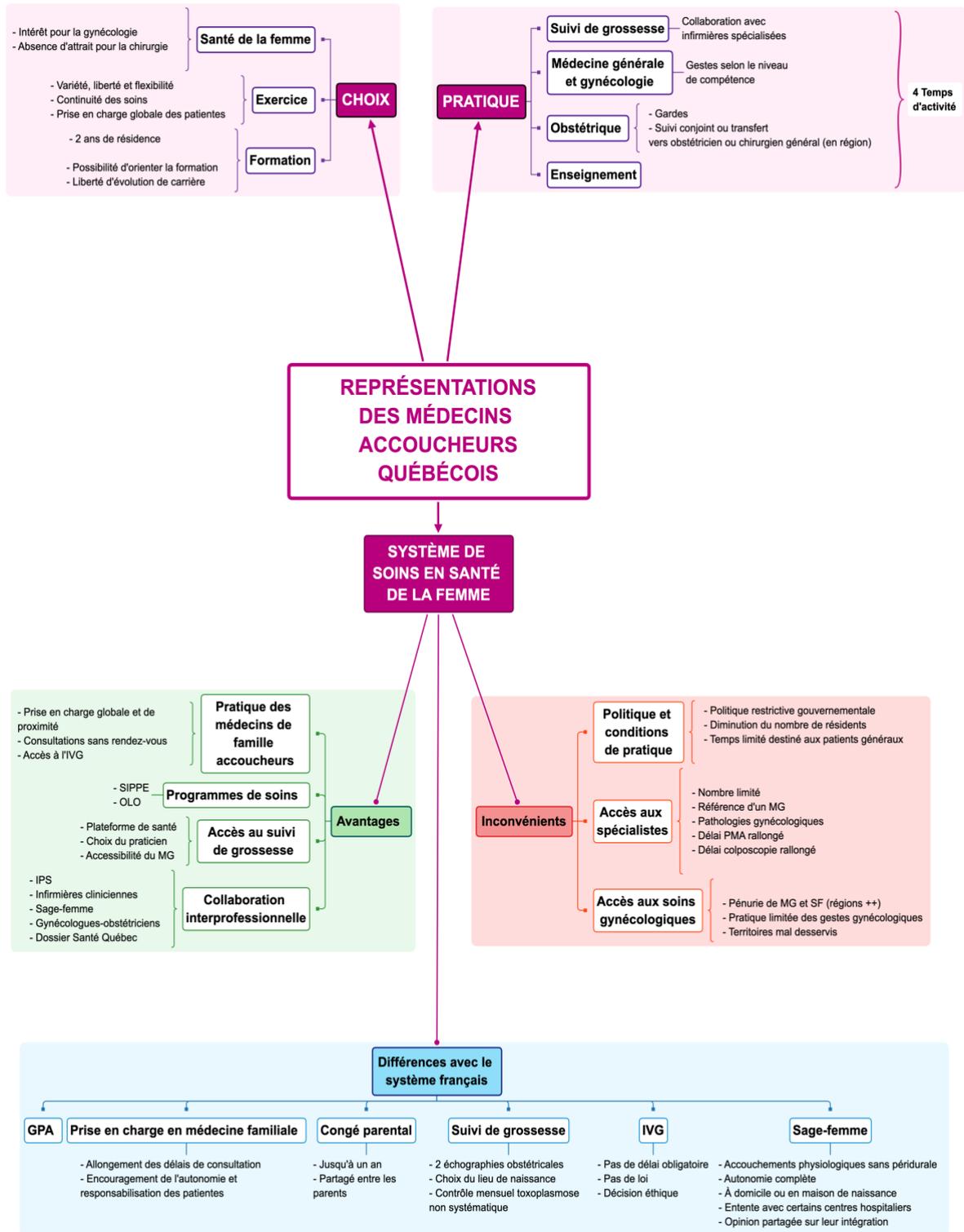


Figure 2 : Schéma récapitulatif des représentations des médecins accoucheurs québécois

III.3 Analyse des pratiques par les médecins généralistes français

III.3.1 Résultats du focus group

Les résultats sont présentés sous forme de thèmes qui ont été discutés par les médecins généralistes suite à la présentation des résultats des entretiens semi-dirigés ; ils sont étayés par leurs propositions. Les propositions sont justifiées par les verbatim.

L'applicabilité de la pratique en France était le thème principal de ce *focus group*. Nous avons analysé les résultats, évoqué les différences et comparé ces deux systèmes de santé.

III.3.1.1 Choix de la pratique selon nos compétences

Chaque médecin généraliste est libre d'orienter sa pratique.

MF4 : *"Je pense aussi qu'on travaille notre médecine générale suivant nos propres compétences qu'on a acquises soit pendant nos études, soit à posteriori. Un petit peu comme eux ils font. Enfin voilà, cela peut être aussi des choix que l'on fait au fur et à mesure de sa vie, car on peut aussi changer ses envies de compétences."*

III.3.1.2 Formation

L'internat de médecine générale en France est moins flexible qu'au Québec. Pour trois des médecins, il est difficile d'orienter le choix des stages vers un domaine de prédilection.

MF1 : *"Je pense que c'est juste quelque chose qui a quitté notre pratique, notre formation. Les internes et externes, on est peu sensibilisés à la gynéco. Faut se battre si ça nous intéresse. Bon ça vient de changer mais on un stage de trois mois en gynéco sur tout l'internat, c'est compliqué de se former correctement."*

MF2 : *"J'ai l'impression que oui c'est culturel, qu'ils ont l'air plus souple que nous, même sur la formation. (...) Tu vois, nous on doit avoir fait tel BAC, tel internat, le classement...après quand tu sors des chemins classiques, il n'y a personne en effet qui va te pousser à faire un truc pas classique. Alors que là-bas, tu choisis tes stages comme tu veux et tu fais ta formation comme tu veux. C'est sur dossier, donc en fait...euh oui, pour ça c'est moins applicable en France!"*

MF3 : *"En fait, on essaye de respecter la législation et elle est de plus en plus rigide sur la maquette. Ce qui fait, ce que toi tu as rencontré, c'est encore moins bon pour des étudiants actuellement qui voudraient faire des choses un peu plus sur mesure, c'est devenu pratiquement impossible."*

Pour deux médecins, il est cependant possible d'orienter sa formation vers la santé de la femme en faisant preuve de motivation après l'internat.

MF3 : "Je pense aussi qu'un médecin généraliste motivé peut le faire en France. (...) Tu peux, après faut être motivé et trouver une place à l'hôpital où tu pourrais être formé et tout mais je pense qu'il n'y a rien qui l'empêche légalement. C'est plus une question d'aller trouver où se former."

MF4 : "Parce que euh en fait, se former à la périnatalité, lors du stage "santé de la femme", si on a envie, on peut le faire. C'est l'investissement qu'on a envie de faire mais c'est aussi, comment on a envie de se battre pour le faire. Après si je prends mon expérience personnelle, apprendre à accoucher un bébé chez la nullipare, je l'ai fait pendant mon stage parce que j'avais envie de le faire. Maintenant, ça fait vingt ans que je ne le pratique plus mais mes mains pourraient accoucher quelqu'un."

Selon un des médecins, peu de médecins généralistes sont suffisamment formés à la gynécologie et à l'obstétrique. La possibilité d'effectuer un stage optionnel en périnatalité pourrait être une solution en plus du DIU de gynécologie-obstétrique.

MF1 : "Je trouve qu'il y a peu de médecins généralistes en France qui sont sensibilisés à la gynécologie de manière générale dans un premier temps. (...) Cela pourrait être proposé en formation en fait, mais on est habitués à des temps de formation plus long que là-bas et du coup, peut-être que trois mois ne nous mettraient pas suffisamment en confiance mais pourquoi pas proposer une formation en périnatalité de six mois."

III.3.1.3 Requalification

Les médecins généralistes français peuvent exercer le suivi gynécologique. Ils ont la possibilité d'être requalifiés en tant que spécialistes après un certain nombre d'années d'expérience en gynécologie médicale.

MF3 : "En France c'est d'ailleurs plus facile, on voit beaucoup plus de médecins généralistes qui se requalifient en gynécologues médicaux et qui suivent les DIU de colposcopie et compagnie et qui, à la fin, sont requalifiés par l'Ordre."

III.3.1.4 Colposcopie

Un rendez-vous en colposcopie est plus accessible. Les médecins généralistes français ont la possibilité de se former en colposcopie.

MF1 : "Parce que nous, globalement sur une urgence, en deux-trois mois on arrive quand même à obtenir un rendez-vous pour une colposcopie avec le traitement."

MF3 : "En France c'est d'ailleurs plus facile, on voit beaucoup plus de médecins généralistes qui se requalifient en gynécologues médicaux et qui suivent les DIU de colposcopie et compagnie et qui, à la fin, sont requalifiés par l'Ordre."

III.3.1.5 Suivi de grossesse

Le suivi de grossesse en France propose une surveillance mensuelle de la toxoplasmose si la femme enceinte n'est pas immunisée. De plus, trois échographies sont obligatoires au cours de la grossesse.

MF1 : *"Cela peut être intéressant de remonter ça. Dans le sens où j'imagine que le budget sécurité sociale, la prise de sang de toxoplasmose tous les mois remboursée chez les femmes enceintes...euh finalement si ailleurs on se rend compte qu'il n'y a pas plus de complication, cela peut être intéressant de lever un peu le pied sur la vigilance. (...) C'est différent l'accessibilité pour le suivi de grossesse qui est rapide que pour la médecine générale. (...) Je voulais juste rebondir sur ça. Peut-être un argument de l'État, c'est de ne pas perdre certaines patientes en terme de suivi. L'échographie peut être une motivation à se faire suivre justement."*

Un des médecins se questionne sur la nécessité des trois échographies prénatales.

MF4 : *" Est- ce que je peux revenir sur l'idée des trois échos à deux échos ? En France aussi, il y a une période où on se demandait si on n'allait pas enlever la troisième échographie du troisième trimestre du fait que les abaques n'étaient pas très bons. C'était dans les tuyaux et ça revient peut-être. La troisième échographie a peu d'intérêt en fait médicale. Ils s'étaient inspirés de l'expérience canadienne à un moment. Le professeur Subtil s'en était inspiré pour dire qu'on aurait peut-être besoin que des deux premières échos donc celles du premier et deuxième trimestres. Cela n'a pas été suivi mais c'est peut-être quelque chose qui va revenir."*

III.3.1.6 Collaboration avec les infirmières et les sages-femmes

Il existe une collaboration pour le suivi de certaines pathologies comme le diabète par exemple. En Protection maternelle infantile, au planning familial, les infirmières ont déjà un rôle dans le suivi des grossesses ou des dépistages. Pour quatre des médecins, l'idée de former les infirmières et de collaborer davantage avec celles-ci serait la bienvenue, tant que le médecin généraliste reste le pilier dans le parcours de soins.

MF4 : *"Je disais que c'est comme dans tout. Cela a un intérêt à partir du moment où c'est un travail d'équipe. Où le pivot reste le médecin qui permet d'être en travail soit les sages-femmes, soit les IVA, les IDE...peu importe. Mais que ce soit euh une conduction, dans un vrai travail au bénéfice du patient et de sa santé à lui. Pas à notre bénéfice."*

MF5 : *"Pour les pathologies chroniques, je trouve ça tout à fait intéressant que des infirmières nous soulagent un petit peu. (...) Oui certes, je pense que les syndicats de médecin vont vite réagir si ça se met réellement en place mais en attendant on se plaint qu'on a une surcharge de travail, à un moment donné il faut faire quelque chose quand même."*

De même, la collaboration avec les sages-femmes existe déjà et l'augmentation de leur compétence n'est pas un obstacle à la pratique du médecin généraliste.

MF4 : "C'est un travail en bon intelligence avec les sages-femmes. C'est super important ça. Notamment ce qu'on appelle, notre CPS, qui permet justement un bon travail en équipe qui est en ville. Il pourrait peut-être avoir un jour une maison de naissance avec un médecin généraliste et cetera. A partir du moment où il y a un vrai travail d'équipe que ce soit avec les infirmières avec une pratique avancée, ou les sages-femmes, on peut amener pleins de choses et pleins d'idées et potentialiser tout ce qui existe."

MF6 : "Ce sont les sages-femmes qui ont cette formation de planification et qui le font. En France je pense qu'ils développent plus ces pratiques faites par les sages-femmes."

III.3.1.7 Délai de l'IVG

La question de rallonger le délai de l'IVG est complexe. Pour trois des médecins qui pratiquent les IVG, ce ne serait pas un problème de rallonger tout en gardant une limite de terme.

MF1 : " À partir du moment où on peut faire une IMG à n'importe quel terme, l'IVG c'est juste une question "morale". Moi en soi, ça ne me choque pas, je trouve ça bien. (...) Bien sûr mais ça après si la patiente en est informée, qu'elle a un suivi psy et que c'est sa décision...Je trouve qu'aujourd'hui dans le monde dans lequel on vit, notamment à travers tous les mouvements féministes et cetera. C'est vrai que, pour X raison, un déni de grossesse par exemple...c'est un grand débat hein."

MF3 : "Moi ça ne me choquerait pas qu'on passe à des délais comme ceux de l'Angleterre ou la Hollande qui sont à vingt-deux ou vingt-quatre mais pas qu'il n'y ait pas du tout de limite, même si au final il y en a vu que c'est le médecin qui décide."

De même, deux des médecins insistent sur la nécessité d'être formé. Les méthodes, la formation et le geste ne sont pas les mêmes en fonction du terme.

MF3 : " Moi en tant que médecin, je suis formée aux IVG médicamenteuses, je songe à me former peut-être un jour aux chirurgicales, et je crois que je ne pourrai pas après les délais français. Autant je suis pour accompagner des femmes pour aller en Angleterre ou en Hollande, mais personnellement je ne pourrai pas. J'aurai du mal à dépasser le premier trimestre. C'est ma limite personnelle."

MF4 : "Oui je suis formée et je fais des remplacements en centre d'orthogénie. Je pense que le plus que j'ai fait c'est douze semaines d'aménorrhée. Je n'ai pas cette limite de temps, je pense que la limite est plus au niveau de la pratique car c'est vraiment une pratique différente entre douze et quatorze puis quatorze et seize semaines. Et c'est plus dans ce cadre là la limite. Et après c'est en fonction de notre éthique personnelle, notre manière de voir, nos valeurs et ce qu'on a envie de faire. Je rejoins là les médecins canadiens dans le sens où on fait les choses en fonction de ce que l'on pense qu'il est le mieux pour le patient et pour nous. On a chacun nos propres façons de voir, c'est là où c'est le plus compliqué."

En France, le passage du délai d'IVG de quatorze à seize semaines d'aménorrhée n'a pas été évident pour un des médecins. La méthode et les instruments ne sont pas les mêmes. Les médecins ont encore le choix de décider d'effectuer le geste ou non.

MF2 : "C'est compliqué pour beaucoup de médecins qui en font le passage de quatorze à seize parce que ce n'est pas le même geste, on n'a pas de canules de seize donc ça ne passe pas. Du coup, on se retrouve à devoir tirer sur des embryons et bah clairement, on n'a pas envie en fait. Donc en effet, comme vous disiez, c'est aussi ce qu'on a envie de faire et où on a envie d'aller. C'est pour le bien de la patiente aussi car il y a quand même plus de complications on a l'impression. Alors dans les études, dans les pays où ils en font il n'y a pas plus de complications mais on a eu quelques cas où ça ne s'est pas très bien passé. Et euh, donc oui, pour les patientes est-ce que c'est bien ? Après il y a différentes façons de le faire. On peut le faire par accouchement voie basse mais en tout cas en aspiration ce n'est pas la même méthode, et il y a beaucoup de médecins qui ne veulent pas le faire et ça pose problème. A Lille, il y en a que deux qui le font. Mais ça c'est bien, car on a encore la possibilité comme au Canada de choisir de pratiquer ou pas. Choisir jusqu'où on veut aller."

III.3.1.8 Les freins à l'applicabilité de ces pratiques en France

Tout d'abord, pour deux des médecins, la pénurie de médecins généralistes serait un obstacle à la formation de médecin généraliste accoucheur.

MF1 : "Personnellement j'adorerai mais je ne vois pas comment cela peut être applicable dans les faits sachant qu'on manque déjà de médecins généralistes et cetera."

MF2 : "Ben je ne suis pas sûre dans le sens où il y a déjà un système avec les sages-femmes justement qui travaillent avec les gynécologues et cetera. Je ne suis pas sûre que ce soit applicable et avec la pénurie de médecins généralistes français."

Ensuite il y a la partie financière, selon un des médecins, il faudrait que ce soit suffisamment attractif pour que les généralistes dégagent du temps à cette pratique.

MF1 : "Après, bien que ça me plairait beaucoup, je pense qu'il y a aussi l'aspect financier. Il faudrait que ce soit attractif pour les médecins généralistes. Étant donné qu'on est rémunéré à l'acte. Je pense que, pour les motiver d'avantage, il faudrait, parce que bon un accouchement ça prend combien de temps ? C'est long, et pendant ce temps-là, on peut en voir des patients. Donc on en revient toujours à la même chose. Je pense qu'il faudrait peut-être un forfait un peu attractif. (...) Je trouve ça magnifique mais après, ça veut dire que cela nous rajoute des gardes; sachant qu'on participe déjà au parcours de soins...euh voilà. On a quand même déjà tous des gardes quand on est installé. Cela veut dire être disponible à n'importe quelle heure de la nuit quand on a une de nos patientes sur le point d'accoucher, fin voilà je ne sais pas si en soi ce serait applicable à ce niveau là. Euh en effet on est déjà débordé par le nombre de patients qu'on doit voir tous les jours donc ça veut dire dégager encore du temps pour faire les accouchements"

Par ailleurs, pour deux des médecins, l'aspect médico-légal est un obstacle.

MF3 : "Moi je ne vous dis pas « celui qui décide de faire des accouchements » le prix de son assurance."

MF5 : "Moi le médico-légal m'effraie énormément."

Concernant la situation des déserts médicaux, cela pourrait être une option à offrir dans l'accès aux soins mais avec un réseau de transfert en urgence adapté.

MF1 : "Il faut quand même voir la faisabilité. Parce que si c'est un désert médical, qu'on est à cinquante minutes d'un hôpital, on a une complication lors de l'accouchement, qu'elle fait une hémorragie de la délivrance en plus...C'est un risque énorme pour le médecin généraliste en fait. Donc ça veut dire qu'il faut un gynécologue obstétricien de garde en plus..."

MF2 : "Ben je pense que oui, si c'est pas très loin d'une maternité, si l'on peut passer la main avec un transport médicalisé tout ça, s'il y a une complication. Mais dans un désert médical..."

MF4 : "C'est savoir si on a un SAMU de garde, alors peut-être plus un SAMU pédiatrique, avec un SAMU gynécologique possible dans ce cadre là. Parce que ça n'existe pas le SAMU gynécologique, ce sont les urgentistes. Donc voilà. Est-ce que dans le paysage français c'est probable ?"

Il y a la différence culturelle à prendre en considération selon un des médecins. En effet, le territoire français est moins vaste. Le réseau de soins s'est construit en fonction de ce dernier.

MF4 : "Puis après, il y a aussi des accouchements sur les territoires, qui sont beaucoup plus étendus que chez nous, il y a aussi une histoire culturelle. Il y a cette volonté là. Parce qu'on ne peut pas tout comparer dans le sens que d'un pays à l'autre, on n'a pas les mêmes distances et on n'a pas non plus la même culture."

Le réseau de soins déjà en place en France n'a pas grand intérêt à former les médecins généralistes aux accouchements. En effet, les sages-femmes sont nombreuses et jouent un rôle suffisant selon trois médecins.

MF1 : "Il y a forcément des médecins généralistes sensibles à la gynéco et à l'obstétrique. Je pense qu'on pourrait réussir à en toucher quelques-uns en effet. (...) Après, pour la mettre en œuvre ça me paraît assez compliqué. Quand est-ce qu'on passe le relai, comment ?"

MF2 : "Ben je ne suis pas sûre dans le sens où il y a déjà un système avec les sages-femmes justement qui travaillent avec les gynécologues et cetera."

MF3 : "Après je pense que individuellement, ça pourrait se faire mais je ne suis pas sûre que cela aurait un intérêt globalement en France dans la mesure où le réseau de sages-femmes est bien effectif. Il n'y a pas vraiment "de place" si ce n'est pour une volonté personnelle mais on ne remplira pas quelque chose qui manque, je pense

qu'on manque moins de sages-femmes que de médecins globalement. (...) Quelque part on reviendrait un petit peu sur les platebandes des sages-femmes."

III.3.2 Synthèse

La formation en gynécologie-obstétrique est jugée insuffisante par la moitié des médecins généralistes interrogés. Des stages optionnels en périnatalité sont suggérés pour combler cette lacune. La requalification en tant que spécialiste après une expérience en gynécologie médicale est possible. Les médecins généralistes ont accès à la colposcopie et peuvent se former dans ce domaine. Le suivi de grossesse en France comprend la surveillance de la toxoplasmose et trois échographies prénatales.

La collaboration avec les infirmières et les sages-femmes existe, mais des propositions sont formulées pour renforcer cette collaboration tout en maintenant le rôle central du médecin généraliste. La moitié des médecins interrogés soutiennent l'allongement du délai de l'IVG tout en maintenant une limite de terme, soulignant l'importance d'une formation appropriée en fonction du stade de la grossesse.

Cependant, plusieurs obstacles entravent la mise en pratique de ces recommandations, notamment la pénurie de médecins généralistes, les contraintes financières, médico-légales et culturelles, ainsi que la présence prédominante des sages-femmes dans le système de soins.

En somme, ces messages soulignent la diversité des opinions et des défis auxquels les médecins généralistes sont confrontés dans la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique en France. Ils mettent en évidence la nécessité d'une formation adéquate, d'une collaboration efficace avec d'autres professionnels de santé, et de prendre en compte les enjeux médicaux, légaux et organisationnels pour améliorer les soins dans ce domaine.

Les thèmes discutés avec les médecins généralistes français sur les représentations des médecins accoucheurs québécois apparaissent dans la Figure 3 ci-dessous.

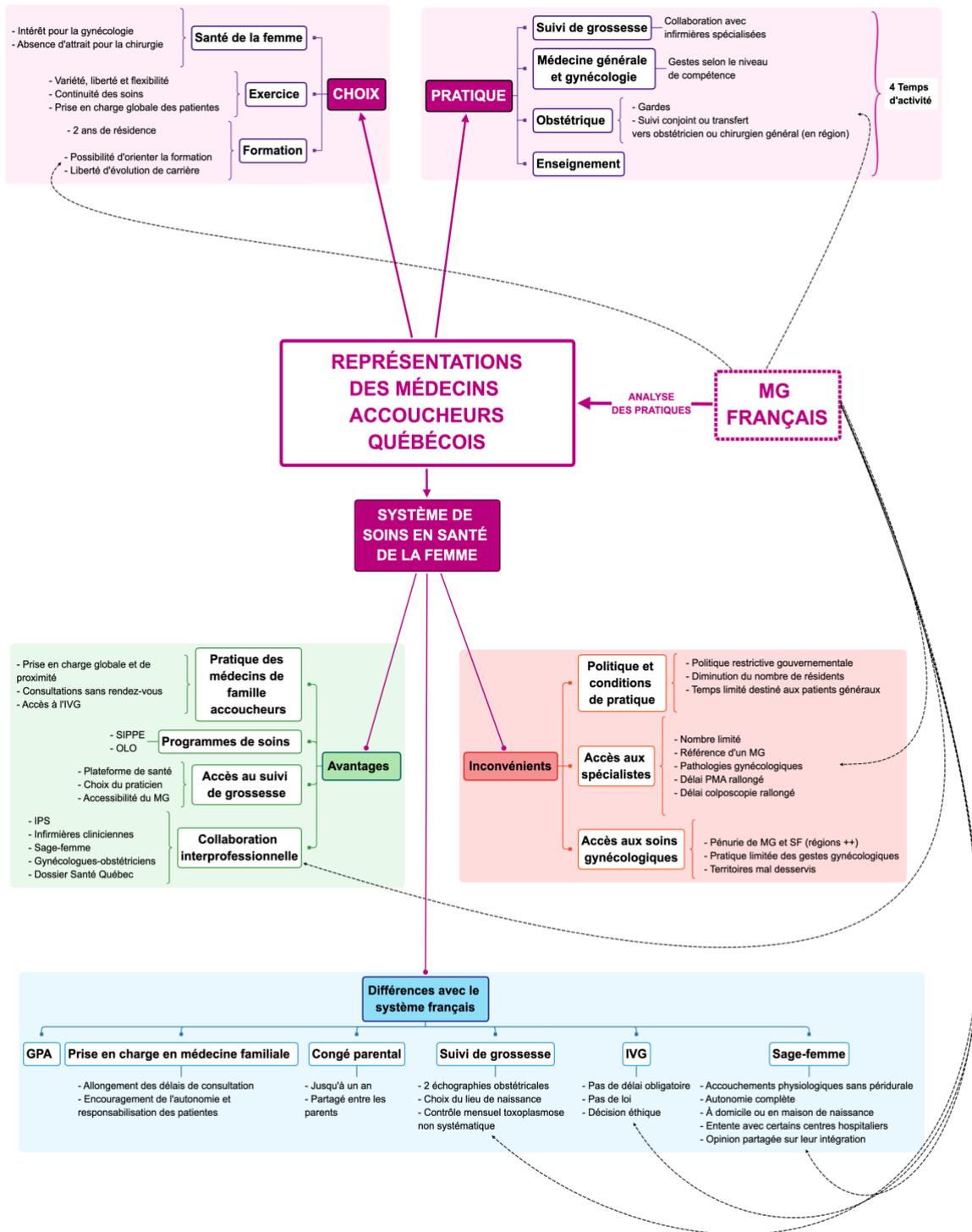


Figure 3 : Schéma récapitulatif avec ajout des thèmes discutés avec les médecins généralistes français

IV. DISCUSSION

IV.1 Principaux résultats en comparaison avec la littérature

À l'issue de notre étude, on peut constater que la majorité des médecins interrogés ont une représentation similaire et positive de leur pratique ainsi que des avantages et inconvénients du système de soins en santé de la femme au Québec. Ces résultats sont en accord avec la littérature.

IV.1.1 Le choix d'être médecin de famille accoucheur

Les principales raisons de ce choix sont l'attrait pour la santé de la femme, l'aversion pour la chirurgie ainsi que la plus grande liberté dans la pratique et dans la formation en tant que médecin de famille. Dans les études, le choix des résidents pour la médecine familiale se fait à raison de multiples facteurs comme le fait de travailler dans le milieu rural ou encore pour la vie de famille et le temps de la résidence [20][21][22][23].

La liberté, la variété de la pratique et le temps de la résidence sont les choix principaux à la formation de médecin de famille.

IV.1.2 Pratique du médecin de famille accoucheur

Comme leur nom l'indique, les médecins ont la possibilité de suivre un stage de périnatalité afin de perfectionner leur pratique dans le suivi de grossesse et les accouchements à l'hôpital. Lors d'une complication au bloc, le transfert des patientes se fait vers le gynécologue-obstétricien de garde ou le chirurgien général selon le centre. La Table sectorielle mère-enfant (TMSE), groupe de travail sur l'organisation des soins obstétricaux, soutient le rôle grandissant des médecins de famille dans le suivi des grossesses normales ainsi que leur implication dans les grossesses à risque dans les régions en manque de gynécologues-obstétriciens [16].

Parmi les missions du médecin de famille au Québec, il suit les patients dits "généraux" et encadre la formation universitaire des résidents.

Les médecins de famille accoucheurs ont en majorité une pratique alternant les gardes obstétricales, le suivi des patients généraux en collaboration étroite avec les professionnels de santé de première ligne et un exercice universitaire

IV.1.3 Les avantages du système de soins en santé de la femme

L'un des principaux avantages à la santé de la femme pour les médecins de famille au Québec concerne l'accès aux soins de périnatalité. En effet, une plateforme internet mise en place par le gouvernement est à disposition pour le suivi de grossesse avec le professionnel de santé de son choix [24].

Par ailleurs, la collaboration avec les différents professionnels de santé de première ligne apporte une expertise qui, selon la TMSE est nécessaire afin d'assurer aux femmes enceintes et leur famille l'accessibilité à un réseau de santé en périnatalité performant pour leur grossesse et leur bébé [16].

De plus, des offres de santé publique pour les familles en situation de vulnérabilité ont été mis en place, notamment le programme de prévention précoce de soins en périnatalité : SIPPE (Annexe 4) et le programme nutritionnel OLO [25][26].

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accès aux soins gynécologiques, des cliniques se sont spécialisées dans la prise en charge des femmes, notamment pour l'IVG [27].

Enfin, le choix de se faire suivre par un médecin de famille permet la prise en charge de la patiente dans sa globalité. Cela permet une continuité des soins avec le suivi par la suite du bébé par ce même omnipraticien. En outre, le médecin de famille est plus facile d'accès que le spécialiste [28]. Selon une étude Canadienne, les femmes enceintes préfèrent être suivies par le même professionnel de santé tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement [29].

Le réseau de soins en périnatalité est bien organisé grâce aux différents lieux d'accueils et aux différents intervenants.
--

IV.1.4 Les inconvénients du système de soins en santé de la femme

La formation durant la résidence aux soins de périnatalité et aux manœuvres obstétricales est assez courte selon certains médecins. En effet, la formation en périnatalité de trois mois ou six mois selon l'Université à Montréal est de plus en plus recommandée mais reste optionnelle [30].

Dans un premier temps, les résidents sont de moins en moins attirés par la formation de médecine familiale en raison de la politique restrictive imposée aux médecins, à savoir l'augmentation du temps de bureaucratie et la restriction de la liberté dans la pratique. Dans un second temps, les jeunes médecins se forment moins en obstétrique afin de privilégier leur vie de famille [31].

L'inconvénient majoritaire au Québec reste l'accès aux soins. En effet, la majorité des patientes n'ont pas de médecin de famille assurant la coordination et la continuité des soins nécessaire si l'on souhaite consulter un spécialiste. L'accès à une consultation gynécologique est très compliqué et notamment lors d'un rendez-vous en colposcopie. Les délais varient d'une région à l'autre selon la présence de gynécologue-obstétricien. De même que l'accès aux sages-femmes, peu nombreuses sur le territoire, s'avère difficile [32].

Par ailleurs, les médecins déplorent l'absence de maîtrise des gestes gynécologiques tel que le *pap-test* par tous les médecins de famille. Cela permettrait le cas échéant, de réduire les délais de consultation.

De plus, le temps consacré aux gardes obstétricales ne permet pas la prise en charge des patients dits "généraux", rallongeant les délais de consultation.

L'autre inconvénient de cette province est physique. En effet, le Québec est un état immense et mal desservi. Certaines régions ont un accès difficile aux IVG en plus du suivi gynécologique standard.

L'accès aux soins gynécologiques est un problème de santé publique majeur.

IV.1.5 Les différences avec le système français

Le suivi de grossesse au Québec diffère sur certains points avec la France [33]. En effet, le dépistage de la toxoplasmose chez les patientes non immunisées n'est pas systématique tout au long de la grossesse [34].

De plus, la troisième échographie obstétricale n'est pas systématique si la grossesse se déroule normalement [35][36][37]. Ce qui n'est pas le cas en France selon le dernier rapport de la Conférence nationale d'échographie obstétricale et fœtale : l'échographie du 3^e trimestre est toujours recommandée afin de dépister des anomalies de la croissance fœtale et de certaines pathologies, et la localisation du placenta [38].

Il n'y a pas de loi limitant les délais de pratique de l'IVG. Il s'agit d'une pratique encadrée de manière éthique. Les méthodes médicamenteuses et chirurgicales existent. La première se déroule au premier trimestre de grossesse et la seconde à n'importe quel stade de la grossesse. Cependant, le déplacement dans certaines régions peut être nécessaire selon l'installation disponible dans les services [39][40][41][42].

La formation en tant que médecine de famille est différente : la résidence dure deux ans et les stages s'alternent tous les mois environ. La maquette est plus libre; un résident peut décider d'orienter ses stages vers une spécialisation en périnatalité et en gynécologie par exemple.

Le gouvernement du Québec promeut le développement des Groupes de médecine familiale (GMF) depuis plusieurs années afin d'améliorer l'accès aux soins de première ligne [32][15]. Ces GMF collaborent étroitement avec les infirmières spécialisées. Ces dernières ont un rôle important dans le suivi de grossesse et lors de l'accouchement [43]. Les infirmières spécialisées ont un droit de prescription et de diagnostic [44]. En France, on retrouve cette volonté d'augmenter la collaboration et la formation des infirmières par le gouvernement à travers la nouvelle loi santé [45].

Par ailleurs, les sages-femmes au Québec ont une autonomie complète. Elles sont peu nombreuses et pratiquent le suivi de grossesse et l'accouchement physiologique principalement en maison de naissance et à domicile. Elles étaient 264 sages-femmes au Québec en 2021 et ont mené 3529 naissances (Annexe 5) [46]. Des ententes avec des hôpitaux existent [47][48][49][50]. Elles sont formées à transférer au médecin lors de situations cliniques spécifiques [51]. Le gouvernement québécois tend à développer la collaboration et la pratique des sages-femmes [52].

Le dépistage de la toxoplasmose ainsi que la troisième échographie anténatale ne sont pas des examens systématiques durant une grossesse sans facteur de risque.

Il n'y a pas de délai à la pratique de l'IVG au Québec.

Les infirmières spécialisées ont une responsabilité importante dans la prise en charge des patientes tandis que les sages-femmes sont peu nombreuses et pratiquent un accouchement physiologique strict en maison de naissance et à domicile majoritairement.

IV.1.6 Résultats du focus group

L'applicabilité de la pratique des médecins généralistes québécois en France est envisageable mais difficile. En effet, la qualité de la formation à la salle d'accouchement ou en gynécologie dépend du terrain de stage. La maquette de l'internat de médecine générale laisse peu de liberté à l'orientation des stages en périnatalité et n'offre pas de formation complémentaire à la pratique de l'obstétrique.

Les médecins interrogés soulèvent des problématiques à cette pratique sur notre territoire :

- la formation trop courte et non exhaustive en gynécologie durant l'internat de médecine générale
- l'obstacle médico-légal
- le temps limité d'exercice pour les gardes
- l'obstacle financier
- la nécessité d'une organisation d'intervention d'urgence de proximité
- la pénurie de médecins généralistes

Le réseau de soins en place est déjà bien organisé et répond à la demande de soins en majorité. Les sages-femmes, plus nombreuses, ont un rôle prépondérant et suffisant d'après les médecins.

Concernant le rallongement du délai de l'IVG jusqu'à l'âge viable selon l'OMS, les médecins ne sont pas opposés si les conditions de formation et d'instrumentalisation de la pratique sont mises en place dans les services proposés.

La délégation de responsabilité aux infirmières durant le suivi de grossesse ou suivi gynécologique ne serait pas un problème et au contraire, permettrait de répondre à la demande croissante de soins dans ce contexte de pénurie de médecins.

Le suivi de grossesse entre la France et le Québec est relativement similaire. Les principales différences concernent le dépistage de la toxoplasmose et la réalisation de la troisième échographie anténatale. Les médecins ne sont pas contre le fait de revoir ces recommandations [34][53].

Le réseau de périnatalité en France offre un rôle important aux médecins et aux sages-femmes. La formation des médecins généralistes en tant que médecins accoucheurs est envisageable mais difficile.

La formation des internes de médecine générale en santé de la femme peut être améliorée.

Repousser le délai de l'IVG serait acceptable si les moyens étaient présents.

Revoir les recommandations du dépistage de la toxoplasmose ou de la 3^e échographie de dépistage anténatal est une piste intéressante.

IV.2 Forces de l'étude

IV.2.1 Validité interne

Les forces de l'étude se situent dans son approche axée sur le vécu des médecins. La

recherche qualitative s'est avérée appropriée pour traiter des données subjectives difficiles à quantifier. Cette approche a permis de décrire les avantages et les inconvénients du système de santé québécois en matière de santé des femmes, tout en offrant une plus grande liberté d'expression pour comparer les systèmes de soins français et québécois.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a favorisé la spontanéité et la liberté de réponse des participants. L'objectif du focus group avec les médecins généralistes français était de présenter les résultats de l'étude qualitative basée sur ces entretiens semi-dirigés, afin de discuter des moyens envisageables pour optimiser la prise en charge globale des femmes en médecine générale.

L'analyse des données a été menée sans idées préconçues, permettant ainsi de formuler des hypothèses par induction en utilisant la méthode de la théorisation ancrée. La suffisance des données a été confirmée et consolidée par la réalisation d'un entretien supplémentaire. De plus, la triangulation des données a été réalisée en faisant analyser les résultats par un investigateur externe à l'étude. Cette approche a contribué à limiter les biais d'interprétation et à renforcer la validité interne de l'étude en réduisant la subjectivité.

Ce travail répond aux critères de la grille **COREQ** (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), grille méthodologique standardisée permettant d'évaluer les validités internes et externes d'une étude qualitative pour juger du caractère reproductible (Annexe 3).

IV.2.2 Validité externe

En raison du nombre limité d'entretiens réalisés dans une région spécifique, à savoir Montréal et sa région, les données obtenues ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des médecins de famille québécois. Il est important de prendre en compte cette limitation lors de l'interprétation des résultats.

Cependant, l'échantillonnage initial, basé sur le réseau de connaissances, a été complété par un échantillonnage raisonné à variation maximale afin d'assurer une diversité maximale selon des critères tels que l'âge, le sexe et la région. Il convient donc de réfléchir et de décider de l'extrapolabilité des résultats en fonction de sa propre pratique. Il est également pertinent de noter que notre étude présente une **cohérence externe**, car les résultats obtenus sont comparables à ceux rapportés dans la littérature.

IV.3 Limites de l'étude

IV.3.1 Biais de sélection

Une des limites de l'étude concerne la méthode de recrutement par effet «boule de neige». Cette technique de recrutement expose à un biais de sélection. Les médecins sensibles à cette thématique sont plus enclins à accepter de participer à cette étude.

IV.3.2 Biais de recrutement

Le *focus group* comprenait six médecins de sexe féminin dont cinq maîtres de stage des universités. Cependant, ceci a permis d'apporter une expertise spécifique.

IV.3.3 Taux de participation faible lors du focus group

Six médecins ont participé à ce *focus group*.

IV.3.4 Biais de méthodologie

Deux études qualitatives ont été effectuées, l'une conduite par des entretiens semi-dirigés et l'autre par un *focus group*. La méthode étant différente, il est difficile d'établir un parallèle. Pour autant, l'intérêt du *focus group* était de discuter des résultats obtenus afin d'analyser les pratiques avec des médecins généralistes français.

IV.4 Conclusion et perspectives

Cette étude a mis en lumière les pratiques et les représentations des médecins généralistes accoucheurs québécois, ainsi que les avantages et les inconvénients du système de santé québécois en matière de périnatalité et d'accès aux soins gynécologiques. Face à la pénurie de médecins au Québec, il apparaît nécessaire de réorganiser la prise en charge des grossesses normales en confiant davantage de responsabilités aux intervenants de première ligne tels que les sages-femmes et les médecins de famille en collaboration avec les infirmières cliniciennes ou les IPS, tout en faisant appel aux gynécologues-obstétriciens pour les grossesses à risque élevé.

En France, l'organisation du réseau de soins de périnatalité et de gynécologie implique une participation active des médecins généralistes, des gynécologues-médicaux, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, mais fait également face à des problèmes de pénurie de médecins. Ainsi, l'approfondissement de la formation en santé de la femme pour les médecins généralistes et l'augmentation des responsabilités des infirmières travaillant en collaboration avec les médecins pourraient être des pistes à explorer pour améliorer l'accessibilité des soins en France.

Cependant, il est important de noter que toute réorganisation des soins doit être mise en place dans le respect des compétences et des responsabilités de chaque professionnel de santé, afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins optimales pour les patients.

Une étude sur la représentation des patientes françaises et québécoises dans le suivi de grossesse et gynécologique pourrait être intéressante.

ANNEXES

I.1 ANNEXE 1 : Guide d'entretien

1) Présentation du cadre de l'entretien :

Présentation de l'enquêtrice : Bonjour, je m'appelle Sophia. Je suis étudiante en médecine générale en année de thèse à Lille dans le nord de la France.

Présentation de l'enquête : Je réalise un travail de thèse qui a pour objectif d'évaluer le ressenti et d'analyser les pratiques des médecins de famille au Québec concernant la santé de la femme. Je vous remercie de m'accorder cet entretien.

Présentation du déroulé de l'entretien : Il ne s'agit pas d'un questionnaire prédéfini, mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je vous orienterai vers différents thèmes. Pour faciliter le recueil des données, je souhaiterais enregistrer l'entretien. Il s'agit d'un entretien confidentiel et anonyme. Par la suite je retranscrirai intégralement l'entretien, puis l'enregistrement sera détruit à la fin de mon travail. La durée de l'entretien sera d'une trentaine de minutes environ. Êtes-vous d'accord ?

2) Données personnelles à recueillir :

- Age
- Sexe
- Situation familiale
- Situation géographique
- Médecine exercée par le médecin de famille (médecin accoucheur)
- Parcours de formation
- Québécois/ français

3) Question générale d'ouverture :

Comment êtes-vous arrivés en tant que médecin de famille spécialisé en gynécologie-obstétrique ?

4) Guide thématique :

L'entretien sera divisé en 3 parties avec des questions ouvertes :

- la formation du médecin, ce qui l'a amené à choisir cette profession
- l'analyse du système de santé québécois en matière de santé de la femme et l'analyse de sa pratique, les avantages et inconvénients retrouvés
- la comparaison avec le système de santé français, les avantages et inconvénients de ce dernier

5) Clôture de l'entretien :

L'entretien est terminé. (Récupération du formulaire d'information et de consentement signé par le médecin). Quelles ont été vos impressions générales à propos de l'entretien ? Par rapport au sujet de l'étude, y a-t-il d'autres questions dont vous souhaiteriez me parler et qui sont à ajouter, selon vous ?

Je vous remercie beaucoup pour votre participation, et si cela vous intéresse je vous tiendrai au courant des résultats de mon travail.

I.2 ANNEXE 2 : Arbres de cotation

Nom	Fichiers	Références
▼ <input type="radio"/> Applicabilité de la pratique Québécoise en France	0	0
<input type="radio"/> Choix de la pratique selon nos compétences	1	1
<input type="radio"/> Délai de l'IVG	1	4
▼ <input type="radio"/> Obstétrique	0	0
▼ <input type="radio"/> Différences	1	10
<input type="radio"/> 3e écho	1	2
<input type="radio"/> Colposcopie	1	2
<input type="radio"/> Culture	1	2
<input type="radio"/> Formation	1	6
<input type="radio"/> IVG	1	10
<input type="radio"/> Sages-femmes	1	2
▼ <input type="radio"/> Freins	0	0
<input type="radio"/> Désert médical	1	4
<input type="radio"/> Financement	1	1
<input type="radio"/> Formation à la santé de la femme	1	3
<input type="radio"/> Nombre de médecins généralistes	1	2
<input type="radio"/> Obstacle médico-légal	1	2
<input type="radio"/> Organisation du réseau	1	1
<input type="radio"/> Système de soins déjà en place	1	3
<input type="radio"/> Temps limité	1	2
<input type="radio"/> Possibilité de se former à l'accouchement	1	3
<input type="radio"/> Travail avec les sages-femmes	1	1
<input type="radio"/> Requalification	1	1
<input type="radio"/> Spécialisation des infirmières	1	4
<input type="radio"/> Suivi de grossesse	1	3

▼ <input type="radio"/> Avantages	1	1
<input type="radio"/> Accès gratuit au suivi de grossesse	2	3
<input type="radio"/> Accès IVG	5	5
<input type="radio"/> Choix du praticien pour les suivis de grossesse	5	5
<input type="radio"/> Cliniques spécialisées pour soins aux femmes	2	3
<input type="radio"/> Dossier santé Québec	1	2
<input type="radio"/> Globalité de la prise en charge	5	5
<input type="radio"/> Longitudinalité des soins	4	4
<input type="radio"/> Meilleure accessibilité que les spécialistes	4	5
<input type="radio"/> Meilleure connaissance de la patiente en globalité	2	2
<input type="radio"/> Plateforme internet pour suivi de grossesse	6	7
<input type="radio"/> Pratique large	5	5
<input type="radio"/> Programmes de soin	2	2
<input type="radio"/> Spécialistes de première ligne	1	1
▼ <input type="radio"/> Caractéristiques du suivi de grossesse	0	0
<input type="radio"/> 2 échographies obligatoires	2	2
<input type="radio"/> Accès direct	1	1
<input type="radio"/> Collaboration avec les infirmières cliniciennes	5	12
<input type="radio"/> Echographies par les radiologues	2	2
<input type="radio"/> GPA	1	1
▼ <input type="radio"/> Inconvénients	0	0
<input type="radio"/> Accès aux sages-femmes et maisons de naissance	2	2
<input type="radio"/> Accès aux médecins généralistes	8	12
<input type="radio"/> Accès aux spécialistes	9	15
<input type="radio"/> Accès à la pratique des IVG	1	1
<input type="radio"/> Formation durant la résidence	1	2
<input type="radio"/> Gardes obstétricales	4	4
<input type="radio"/> Maîtrise des gestes de gynécologie	7	11
<input type="radio"/> Mal desservi	6	6
<input type="radio"/> politique restrictive	7	12
<input type="radio"/> Prise en charge en colposcopie	7	7
<input type="radio"/> Temps de prise en charge des autres patients	5	6
▼ <input type="radio"/> Pratique des sages-femmes au Québec	1	1
<input type="radio"/> Accouchement physiologique sans péridurale	5	5
<input type="radio"/> collaboration avec les médecins	4	4
<input type="radio"/> En maison de naissance	5	5
<input type="radio"/> Formation	6	7
<input type="radio"/> Transfert en hôpital	6	7

▼ <input type="radio"/> Pratique du médecin généraliste accoucheur	0	0
<input type="radio"/> Autonomie du patient	1	3
▼ <input type="radio"/> formation	0	0
<input type="radio"/> Choix de la médecine familiale pour les résidents	2	3
<input type="radio"/> Moins de résidents en médecine de famille	1	1
<input type="radio"/> Orientation des stages de la résidence en périnatalité	3	3
<input type="radio"/> Pas de stage de périnatalité	4	4
<input type="radio"/> Résidence	1	2
<input type="radio"/> Stage de périnatalité (approfondissement de 3 mois)	9	10
<input type="radio"/> Garde obstétrique	8	14
▼ <input type="radio"/> Gynécologie	0	0
<input type="radio"/> Congès de maternité	1	1
▼ <input type="radio"/> Contraception	1	1
<input type="radio"/> Pose de DIU et implant par IDE clinicienne	2	2
▼ <input type="radio"/> Prescription POP	0	0
<input type="radio"/> Prescription pharmaciens	1	2
<input type="radio"/> Dépistage organisé cancer du sein	1	1
<input type="radio"/> Pap-test	4	5
<input type="radio"/> Planning familial	1	1
<input type="radio"/> suivi en post partum	3	3
<input type="radio"/> Nombre de patients	6	7
<input type="radio"/> Obstétrique	8	21
▼ <input type="radio"/> Pas de pratique IVG	2	2
<input type="radio"/> Emploi du temps limité	4	4
<input type="radio"/> Pas d'attrait particulier	2	2
▼ <input type="radio"/> Pratique IVG	6	12
<input type="radio"/> Législation	1	1

▼ <input type="radio"/> Profil du médecin généraliste	0	0
▼ <input type="radio"/> Activité	0	0
<input type="radio"/> Rurale	1	2
<input type="radio"/> Semi-rurale	5	6
<input type="radio"/> Urbaine	6	7
▼ <input type="radio"/> Age	0	0
<input type="radio"/> 25-35 ans	10	11
<input type="radio"/> 36-50 ans	4	4
▼ <input type="radio"/> Choix de la médecine générale et médecin accoucheur	0	0
<input type="radio"/> Intérêt pour la santé de la femme	11	13
<input type="radio"/> Liberté de la pratique	5	5
<input type="radio"/> Longitudinalité des soins	4	4
<input type="radio"/> Pas d'attrait pour la chirurgie	10	10
<input type="radio"/> Temps de la résidence	4	4
<input type="radio"/> Temps pour la vie de famille	2	2
<input type="radio"/> Variété	10	11
▼ <input type="radio"/> Localisation	0	0
<input type="radio"/> Région	8	8
<input type="radio"/> Ville	6	8
▼ <input type="radio"/> Sexe	0	0
<input type="radio"/> Féminin	13	13
<input type="radio"/> Masculin	2	2
<input type="radio"/> Temps d'activité	7	8
<input type="radio"/> Pratique sans rendez-vous	5	5
<input type="radio"/> Suivi de grossesse	4	4
▼ <input type="radio"/> Profil du médecin généraliste	0	0
▼ <input type="radio"/> Activité	0	0
<input type="radio"/> Rurale	1	2
<input type="radio"/> Semi-rurale	5	6
<input type="radio"/> Urbaine	6	7
▼ <input type="radio"/> Age	0	0
<input type="radio"/> 25-35 ans	10	11
<input type="radio"/> 36-50 ans	4	4
▼ <input type="radio"/> Choix de la médecine générale et médecin accoucheur	0	0
<input type="radio"/> Intérêt pour la santé de la femme	11	13
<input type="radio"/> Liberté de la pratique	5	5
<input type="radio"/> Longitudinalité des soins	4	4
<input type="radio"/> Pas d'attrait pour la chirurgie	10	10
<input type="radio"/> Temps de la résidence	4	4
<input type="radio"/> Temps pour la vie de famille	2	2
<input type="radio"/> Variété	10	11

I.3 ANNEXE 3 : Analyse de grille méthodologique selon les lignes directrices COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion

Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien ?	Sophia Khoudri
2	Titre Académique	Quel était le titre académique du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était l'activité au moment de l'étude ?	Interne de DES en médecine générale
4	Expérience	Quelle était l'expérience du chercheur ?	1ère expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient avant l'étude ?	Non
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne de DES de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine réalisant une thèse d'exercice

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
9	Orientation méthodologique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné, effet boule au neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courrier électronique
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	16 participants
13	Non-participation	Combien de participants ont refusé de participer ?	3 personnes n'ont pas répondu

Contexte

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou par Visio
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir Tableau 1

Recueil des données

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
17	Guide d'entretien	Les questions, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non fourni, testé au préalable
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	La chercheuse utilisait-elle un enregistrement audio pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants par dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant l'entretien
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens ?	Durée moyenne de 25,6 minutes

22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a t'il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 15e, confirmé par un 16e
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

Numéro	Item	Guide questions	Réponses
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêtrice et une investigatrice externe (triangulation des données)
25	Description de l'arbre de codage	La description de l'arbre de codage est-elle fournie ?	Oui (annexe 2)
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ?	Oui
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28	Vérification des résultats	Les participants ont-ils pu exprimer un retour sur les résultats ?	Non

Rédaction

Numéro	Item	Guide description	Réponses
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	Oui, présentés par des verbatims anonymes
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

I.5 ANNEXE 5 : Naissances menées par les sages-femmes

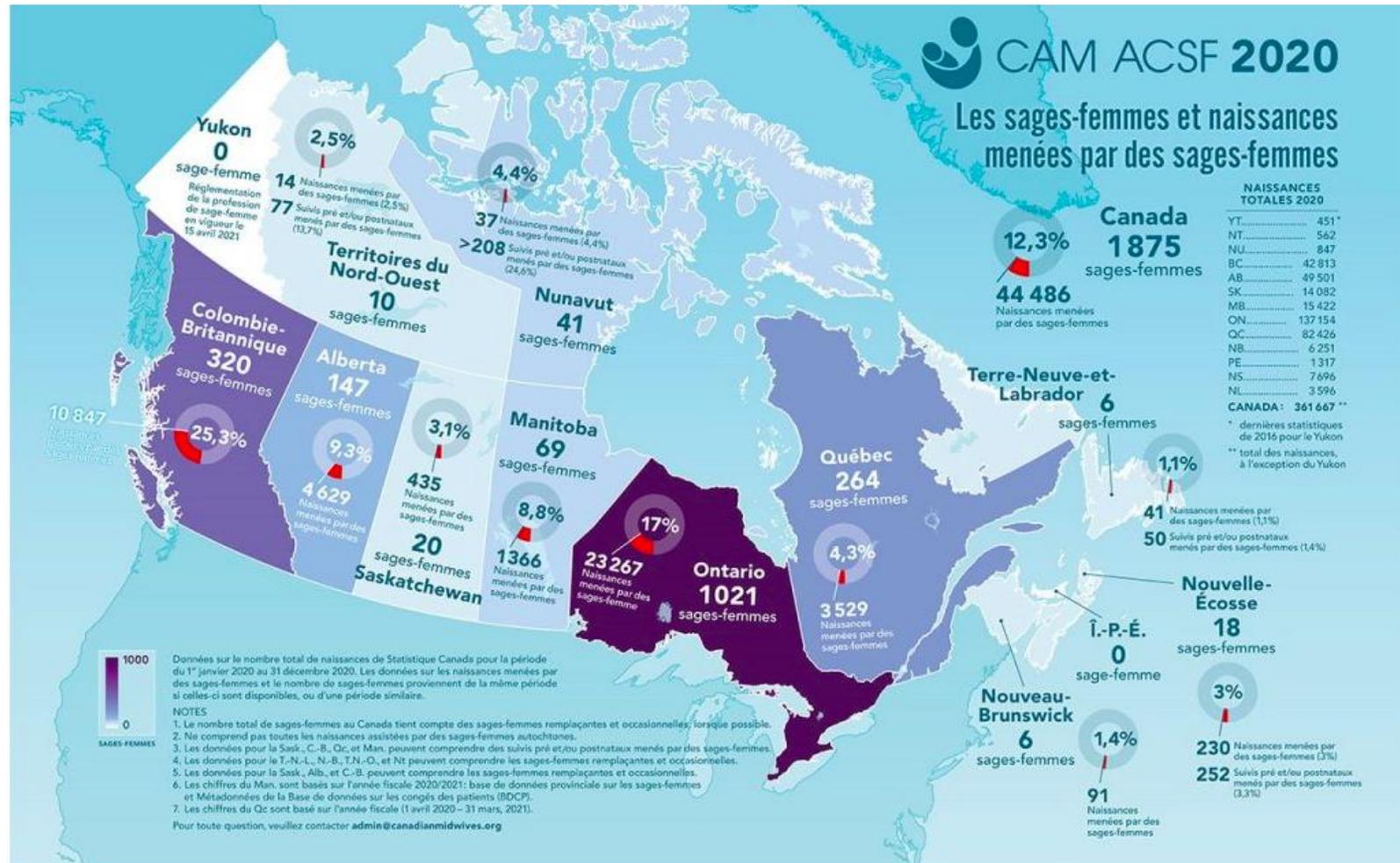


Figure 5 : Carte CAM ACSF 2020 - Les sages-femmes et naissances menées par des sages-femmes

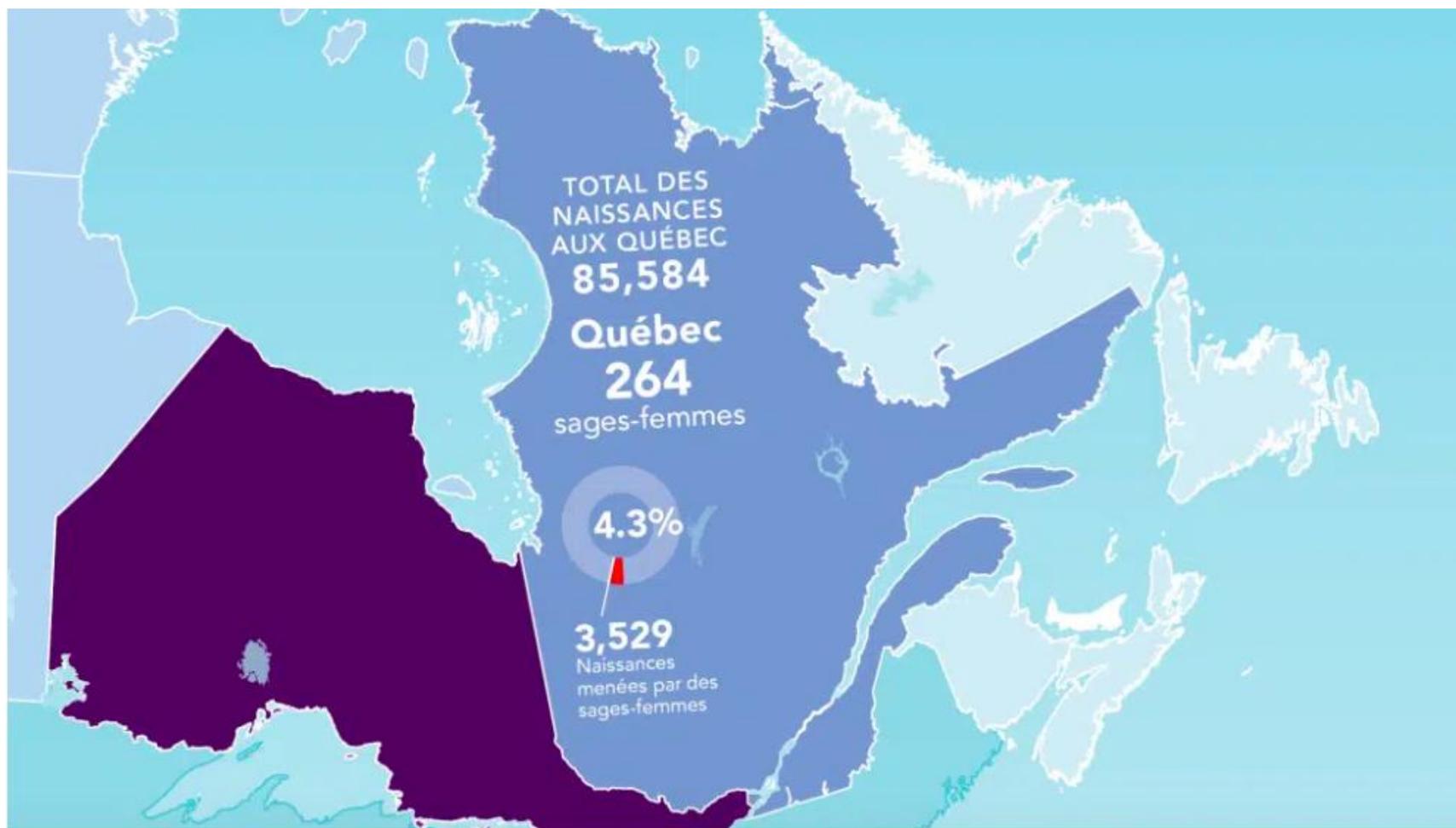


Figure 6 : Carte CAM ACSF 2020 - Les sages-femmes et naissances menées par des sages-femmes - Focus sur le Québec

I.6 ANNEXE 6 : Entretiens

ENTRETIEN 1

SK : Je m'appelle Sophia et je suis interne où l'équivalent de résidente en médecine de famille en France en fait. Je suis dans ma dernière année, et nous pour terminer nos études il faut qu'on fasse une thèse qui est l'équivalent d'une maîtrise je crois ici. C'est obligatoire pour avoir un doctorat, donc ma thèse elle est orientée sur la santé de la femme parce qu'en France j'ai passé un diplôme en plus de gynécologie obstétrique en parallèle de la médecine de famille la première année. Cette année, je passe une attestation d'orthogénie pour pouvoir pratiquer des IVG à l'hôpital notamment et l'année prochaine j'aimerais bien faire la formation de colposcopie donc je serai médecin généraliste mais je pourrais orienter ma pratique clinique en gynécologie. En fait ce qui m'intéressait au Québec c'est que vous les médecins de famille, vous avez l'opportunité de faire du suivi de grossesse jusqu'à terme et d'accoucher. En France, le dernier trimestre de grossesse, on oriente soit vers une sage-femme qui va faire l'accouchement physiologique avec ou sans péridurale. Ce qui est à peu près tout ce que vous faites déjà mais nous ce sont plus les sages-femmes qui le font à l'hôpital ou en clinique privée ou un gynécologue-obstétricien tout simplement. Je voulais donc analyser un peu ces pratiques par le ressenti des différents médecins généralistes au Québec : à Montréal et dans d'autres régions également car ce n'est pas forcément les mêmes façons de travailler et ensuite je vais comparer avec la France. J'avais envie de commencer par une question un peu ouverte, à savoir pourquoi vous avez choisi de faire médecin de famille et médecin accoucheur orienté sur la santé de la femme et pas gynécologue-obstétricien ?

M1 : C'est une grosse question. Je vais commencer par expliquer le processus d'application aux résidences car c'est une autre manière rigide de faire parce que c'est une autre manière visible de faire, au Canada, c'est tout un processus canadien où tu envoies ton application et les universités reçoivent les applications, ils vont décider qui voir en entrevue puis comme ça on fait un jumelage, un *matching*. Chacun fait nos listes de préférences, par exemple moi je choisis tel ou tel programme de telle université je fais 1-2-3 pour autant de programmes que j'ai appliqué et les universités font de même pour chaque programme pour la même chose avec les candidats et il y a un algorithme qui essaie de faire le meilleur match possible. Mais des fois il y a des candidats qui veulent quelque chose et les programmes, ça ne rendent pas dans ce qu'ils veulent ou il était trop bas puis les autres ont été comblés avant. Donc j'avais appliqué en gynécologie la première année que j'ai fini le doctorat de médecine et je suis tombé justement entre les chaises donc de l'algorithme j'ai le *no-match* donc à ce moment-là, j'avais pas mis la médecine familiale c'est la médecine familiale c'est toujours un peu comme la spécialité assurance là c'est ça sur que tu vas rentrer dans la médecine familiale dans ce programme là, la 2e année quand j'ai réessayé, après avoir entamé des études en pédagogie médicale, j'avais mis médecine familiale sachant très bien que si je rentrais en médecine familiale ça serait pas pour faire de la médecine uniquement générale mais pour axer notre pratique selon mon intérêt de base qui était la santé des femmes donc

voilà un peu pourquoi c'était une évidence à ce moment-là que je voudrais participer à l'aspect obstétricale mais aussi à l'aspect santé des femmes en général. Je vais dire que là je vais commencer à regarder pour des congrès pour l'aspect plus ménopause, pour essayer d'aller chercher un peu plus de connaissances parce que j'ai quelques femmes dans ma dans ma clientèle, elles sont plus en âge de ménopause donc je veux être capable d'outiller davantage. Aussi euh, qu'est ce que j'allais dire c'était pendant mon année sabbatique de médecin pour faire ma maîtrise en pédagogie j'ai fait 6 semaines à Nice dans le département d'obstétrique du CHU de Nice. J'ai pu discuter avec des gens car je cherchais une expertise dans la mutilation sexuelle féminine qui est plus fréquente dans le sud de la France, à cause de de tous les flux migratoires.

SK : Ah oui ? Je pensais que c'était surtout à Paris.

M1 : À Paris, c'est l'expertise de reconstruction mais ils les attrapent beaucoup dans le sud de la France, puis ils ont quand même une bonne connaissance. Il y a certaines personnes qui descendent des fois faire de la reconstruction, mais j'ai pas eu la chance de voir cette procédure là dans mon passage parce que c'est pas non plus toutes les semaines que ça se fait là, heureusement. Puis, voilà, j'avais eu cette expérience là, et c'est depuis mon année sabbatique que je travaille en enseignement en santé des femmes avec l'université de Laval. Pour moi c'est ça depuis tout le temps. En fait, c'est sûr que je suis tombé un peu par la suite des choses de la réalité de la vie en médecine familiale, mais sachant que j'ai trouvé tous les moyens d'orienter ma pratique dans cette direction-là. C'est pour ça que je fais médecin de famille.

SK : Et ça vous intéresserait par la suite de passer en gynécologie-obstétrique par exemple, c'est possible de faire ce genre de choses ?

M1 : C'est pas impossible de se relancer dans le processus d'application avec le contingent régulier, sauf que c'est beaucoup de stress et beaucoup de d'énergie. Cela se fait, ça c'est vu, mais après ça c'est de retourner aussi avec un salaire de résident puis 5 ans comme ça, plus ou moins 2 ans de *fellowship* avant de pouvoir avoir un poste. C'est sûr que moi avec mon aspect enseignement, je n'ai pas envie d'aller travailler en grande région, je veux travailler avec des étudiants, je veux faire de l'enseignement. Pour rester en milieu universitaire où je suis depuis maintenant 2 ans, ce serait difficile de retourner à un statut d'étudiant.

SK : Où exercez vous exactement ?

M1 : J'exerce à Montréal. Je suis dans le groupe des médecins de famille universitaires de Maisonneuve-Rosemont, ça c'est pour ma prise en charge des suivis de grossesses mais mes accouchements je l'ai fait au CHUM.

SK : Il y avait un thème que je voulais aborder notamment, je voulais analyser le système de santé québécois au niveau de la santé de la femme. Est ce que tu pourrais me dire les avantages et les inconvénients de ce système ?

M1 : Okay, excellente question. Je te dirais euh...je pense qu'il y a beaucoup, en tout cas si on parle de l'aspect de périnatalité, je pense qu'il y a quand même une grande force au système de santé pour les différents types de personnes et de personnalités je dirais, parce que c'est pas tout le monde qui a envie d'être suivi par un médecin, il y en a qui ont envie d'être suivi par une sage-femme. On a aussi cette opportunité là au Québec qui est

une opportunité qui est en fait un peu différemment parce que ce ne sont pas du tout dans les milieux hospitaliers. Pour les gens qui ont envie de se tenir loin des milieux hospitaliers c'est quand même intéressant, puis maintenant les maisons de naissance sont quand même très bien organisés, ils ont beaucoup de matériels qui sont très bien, elles sont souvent pas trop loin des hôpitaux sauf celles dans l'est de l'île de Montréal qui est franchement loin de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, c'est une drôle de décision mais bon. On a le moyen d'assigner pour les grossesses normales suivies par un médecin de famille puis les gynécologues sont là aussi. Ils font encore des suivis de grossesse normale une fois de temps en temps mais principalement ils font des suivis complexes, je trouve qu'il y a quand même une belle collégialité dans les différentes options dans les différents types de médecine que les femmes veulent avoir en fonction de leur personnalité. Euh, donc ça je trouve que c'est intéressant, c'est un avantage, mais en ce moment le gouvernement du Québec veut s'améliorer sauf que l'accès quand tu tombes enceinte, c'est pas clair. Disons que t'as pas de médecin de famille parce que c'est la triste réalité de plein de québécois, c'est très difficile d'avoir un médecin de famille malgré qu'on soit beaucoup, je ne sais pas pourquoi mais en tout cas c'est très difficile. Quand t'as pas de médecin de famille, tu as 25-28 ans tu tombes enceinte là, tu dis ben là c'est cool je tombe enceinte mais faut que quelqu'un suive ma grossesse là, c'est difficile là, c'est un parcours de la combattante parce qu'il faut qu'il fasse des appels en clinique pour trouver des médecins qui peuvent prendre en charge la grossesse. C'est difficile, c'est pas clair tout le temps, il y'a pas comme de registre qui dit "voici tous les spécialistes ou tous les médecins de famille qui font du suivi de grossesses qui sont disponibles", c'est quelque chose que le gouvernement veut adresser dans leur nouveau guichet d'accès à la première ligne. Ils veulent créer un solde guichet d'obstétrique. Les femmes enceintes peuvent aller là-dessus puis trouver dans leur région les médecins qui font des suivis de grossesses. Peut être que c'est à l'avenir en amélioration mais comme on sait qu'avec le gouvernement du Québec, et c'est la même chose en France, on présente des projets d'amélioration c'est jamais parfait, c'est jamais ce que je voulais au départ, on verra ce que ça va donner.

SK : C'est universel ça.

M1 : Oui je pense que c'est universel. Cela va s'améliorer. Après ça euh, je dirais que la santé des femmes justement si on prend ça, ça touche tous les âges, les médecins généralistes c'est pas tout le monde qui est à l'aise. Encore trop de médecins généralistes ne font pas de *pap-test* et refusent d'en faire, c'est quand même un test qui n'est pas très compliqué. C'est un examen gynécologique, puis je pense qu'il y a beaucoup de monde qui le font pas, par désintérêt ou ils sont trop stressés médico-légalement, ils ne savent pas trop comment faire un examen de manière respectueuse de la femme euh, ça je dirais pour les hommes. Après ça, c'était aussi pour la santé en général qui se complexifie de plus en plus, ce qui fait que les médecins qui font de la médecine en générale sont moins à l'aise aussi des grossesses maintenant parce que ça devient très compliqué des fois. Parce que la médecine obstétricale est devenue beaucoup plus pointue, donc des fois c'est difficile de référer entre tes collègues. Il y a des médecins qui n'aiment pas pratiquer seuls donc il faut qu'ils réfèrent tout le temps au gynécologue. Sinon tout ce qu'il s'agit d'incontinence, de la prolapsus pelvien, de ménopause, il y a beaucoup de médecins généralistes qui ne sont vraiment pas à l'aise. Ils vont avoir tendance à référer au moindre symptôme vers le spécialiste, ce qui fait que les spécialistes ont des listes de

consultations infinie. Parce qu'il y a une consultation qui pouvait être très bien gérée par un médecin généraliste mais ils ne sont pas assez à l'aise. Ce qui fait je pense, qu'il y en a beaucoup qui se disent "c'est compliqué" ou il voit ça comme étant compliqué puis ils se désintéressent et ne se forment pas puis ils perdent un peu les *skills* appris pendant les cours de médecine.

SK : Et d'ailleurs, j'ai appris que les médecins de famille ne pouvaient pas faire de colposcopie.

M1 : Non. Il ne semble pas. Je pense que c'est pas clair exactement mais moi je serais pas à l'aise à faire des colposcopies car on n'a pas de formation et on n'a pas accès à la formation pour. Donc non, mais je sais qu'il y a des vieux médecins de famille qui en faisaient en région.

SK : Vous avez combien à peu près de patients par médecin ?

M1 : Cela dépend du genre de pratique qu'on fait mais en moyenne souvent, les gens vont aller chercher dans leur pratique un 500 à 700 patients inscrits à leurs noms mais encore une fois ça c'est le sujet de changement parce qu'il y a un nouveau projet de loi au Québec qui veut que ce soit plus une inscription au nom d'un médecin mais une inscription au nom de la clinique. Cela va tout changer les statistiques là mais bon jusqu'à présent les gens ont tendance à avoir un 500 à 700 patients au long de leur carrière. Je suis au début moi, j'en ai 200.

SK : En France on est plutôt aux alentours de 1000-2000.

M1 : La raison étant que les médecins ont beaucoup de tâches annexes. Ce qui fait que dans le temps ça devient difficile de voir tout le monde. On est obligé de signer des activités médicales particulières. Puis à Montréal, comment ça fonctionne, la première année on doit aller chercher un 250 patients du guichet et on doit faire un 6h par semaine de quoi que ce soit d'autre fait : obstétrique, une activité hospitalisation ou autre. Par exemple, une activité d'hospitalisation c'est une semaine de garde par mois à peu près, donc il reste 3 semaines pour faire ton bureau. Moi, mes gardes, c'est une garde par semaine de 24h. Donc je perds 2 jours parce que le lendemain il faut que je récupère. C'est sûr que moi faut que je fasse de l'enseignement, donc le fait d'avoir 1000 patients c'est ça faire un cadeau à mes patients. C'est pour ça que moi je vais peut être viser dans ma carrière d'être autour de 500 à 700 ans maximum parce que sinon je n'arriverai pas à voir mes patients.

SK : Okay, ouais parce que tu continues de voir aussi les enfants que tu accouches et les personnes âgées.

M1 : Exactement.

SK : C'est intéressant, parce qu'en plus, il y a les cliniques, les sages-femmes. Ce n'est pas du tout la même manière de procéder. Donc tu connais un peu le système français ?

M1 : Je connais un peu le système français parce que les gens qui sont de France quand ils arrivent au Québec, ils sont découragés parce que il y a vraiment l'aspect de médecin à la porte en bas du bloc là. Dans le fond là, j'avais été fasciné quand j'étais allé en France

de voir toutes les plaques de docteur ou avocat puis je me disais "tu peux juste rentrer prendre un rendez-vous" c'était à peu près presque ça.

SK : Ben là ça devient de plus en plus compliqué, il y a de moins en moins de médecins généralistes. Notamment les prochaines années ça va être un peu compliqué, mais la grosse différence c'est que pour les accouchements, on a les sage-femme qui en font beaucoup et du coup, les médecins généralistes n'ont pas forcément des journées de garde, donc pas 24h de garde donc ils ont 2 jours en plus dans la semaine tout simplement, c'est un gain de temps et notamment de patients du coup.

M1 : Exact, ouais c'est ça, si je perds 2 jours c'est comme une trentaine à quarantaine de patients que je ne vois pas.

SK : OK, c'est intéressant, est ce qu'il y a d'autres sujets que tu voulais aborder éventuellement à ce niveau-là ?

M1 : Ouais, ben je pense que c'est vraiment un niveau d'aisance le problème pour l'accessibilité des femmes dans le système de santé puis c'est une anxiété de plusieurs médecins qui ne veulent pas mal faire au final. Au lieu, de se former puis de dire "je veux être à l'aise" ou "je vais poser des questions à des collègues", ce qui fait que ça alourdit le système. Ben c'est difficile du fait que les femmes ont la difficulté à avoir des soins plus que des hommes, parce que la santé des hommes on va se dire c'est assez facile. C'est plus facile pour un homme parce que ce qui va se passer dans sa vie ce sont des infarctus puis là où les accès à la cardiologie et à l'inverse tu as les mêmes accès pour les hommes ou les femmes. Mais pour l'aspect santé des femmes c'est plus difficile, les gens sont moins bons, sont moins à l'aise. Il y a beaucoup plus de jeux de référence ou de promenade dans le système, donc la santé des femmes je trouve au final est moins bien adressée par le système québécois. Puis ça c'est un problème qui est endémique qui sera difficilement changeable. Il faut juste que on forme mieux puis qu'on incite les gens à s'intéresser à ça en fait.

SK : D'accord. Et il y a combien de gynécologues qui sont formés par an au Québec ?

M1 : Quand moi j'appliquais au processus, c'était 12 à 14 par année qui sortent comme nouveaux gynécologues.

SK : Et comme médecins de famille ?

M1 : Peut être au moins 500.

SK : Oui c'est quand même un bon nombre.

M1 : On a 55% des résidents qui sont en médecine familiale puis les 45% toutes spécialités confondues. Puis généralement on est à peu près un 220 à 250 pour les 4 universités, c'est à peu près un total de 900 000 ans qui rentrent à la résidence. On a un désaveu de la médecine familiale ici au Québec et au Canada en général. Actuellement, à l'université de Montréal, il y a 39 ou 40 places qui restent au 2e tour. C'est une catastrophe, les gens préfèrent justement faire ce que j'avais fait de prendre une année nomade pour se ré essayer parce qu'ils veulent absolument pas faire la médecine familiale à cause de toute la mauvaise presse. Cela ne va pas régler la situation parce que faudrait plus de médecin de famille formés puis ouvert pour régler la société mais il n'y en a pas plus, il y en a moins à chaque année.

SK : C'est quoi justement la mauvaise presse qu'on donne aux médecins de famille ?

M1 : Cela date depuis longtemps, en fait c'est qu'il y a plus de médecin de famille que de spécialistes évidemment. Quand on regarde budget par le budget, on coûte quand même au final plus cher même si on est nettement moins payés que les spécialistes. Il y a des spécialistes qui sont payés presque 1000000 de dollars comme des ophtalmologues, des radiologues, des cardiologues, c'est en moyenne 650 000\$ canadiens. Ce sont des salaires qui ont aucun bon sens, mais ça la société justifie ça parce qu'il dit "il est bon mon cardiologue car il a sauvé mon coeur "ça fait que ça se justifie un salaire de malade mental mais le problème c'est que on a trop mis tout l'accès au système de santé sur le dos des médecins de famille. Mais ce n'est pas vrai que les médecins de famille sont les seuls qui peuvent être la porte tournante du système de santé, on a plein d'autres spécialistes et professionnels de santé qui peuvent faire ça aussi. Les IPS, les infirmières, les sages-femmes aussi les physiothérapeutes, les psychologues. Ce sont tous des professionnels de première ligne qui peuvent aider à faire rentrer du monde. Mais pourquoi faut que quelqu'un qui a une dépression doit passer par moi nécessairement ? Je suis d'accord avec toi, je te donne le papier pour aller voir le psychologue là mais cela va bloquer un 30 min pour jaser alors que je peux faire autre chose. Par exemple pour le *pad-test*, pas besoin de venir me voir, ça ne me dérange pas de le faire, ce n'est pas compliqué mais pas besoin de venir me voir, une infirmière clinicienne peut le faire. Ce que je comprends, c'est qu'il y a eu beaucoup de pression parce que la société s'attend à ce qu'on prenne tout en charge. Puis si on n'a pas d'accès au système de santé, et bien c'est de la faute des médecins de famille, tu comprends ? La société dit ça mais il y a une politique aussi qui dit ça, qui tape sur le dos des médecins de famille en disant "vous en faites pas assez, vous êtes paresseux vous êtes là" ce qui fait que la société dit "Ah Ben oui en effet le gouvernement l'a dit, vous êtes paresseux, puis moi j'ai pas de médecin de famille parce que les médecins sont paresseux". Et donc les étudiants ils voient ça, puis ils disent "merde j'ai pas envie de rentrer dans tout ce foutoir là" Et je suis d'accord, parce que moi aussi je voyais ça et je me disais "Ah mais quelle horreur". Mais là je suis dedans, on sort du monde quand même mais ouais c'est vrai que c'est dur des fois de voir toute cette mauvaise presse à chaque gouvernement .

SK : On a un peu des similitudes en France. Je pense que le gouvernement après, il se rendra compte qu'il n'a pas le choix de réduire ces accusations parce qu'il n'y a pas assez de médecins.

M1 : Ben c'est ça, plus ils *trashent* les médecins de famille moins il va y en avoir.

SK : Oui, complètement .Okay. Je pense que j'ai eu plein d'informations.

M1 : Cela répond à tes questions ?

SK : Ben ouais. J'aime bien, car à chaque entretien il y a un sujet particulier en plus. On a déjà parlé un peu d'enseignement, j'ai déjà parlé d'IVG avec un autre médecin. Et même en région les médecins n'ont pas les mêmes pratiques donc c'est intéressant.

M1 : J'imagine qu'en France, on a tous une pratique très hétérogène je pense que c'est ça la richesse de la médecine de famille, on peut finalement choisir un peu ce qu'on préfère, c'est ce que t'essayes de faire toi aussi c'est super cool. En tout cas je te souhaite que t'as une belle carrière axée sur la santé des femmes.

SK : Oui je vais faire en sorte que oui, c'est gentil d'avoir accepté cet entretien. Et si cela t'intéresse quand j'aurai terminé ma thèse je t'enverrai les résultats.

M1 : Oui, je suis vraiment curieux de voir le résultat.

SK : Je t'enverrai ça avec plaisir alors. Merci beaucoup, au revoir

M1 : Salut

ENTRETIEN 2

SK : Je me présente je suis Sophia, je suis résidente en médecine de famille en France en dernière année. Pour nous bon la résidence ou l'internat, c'est en 3 ans et pour devenir médecin, on doit faire un doctorat et donc passer une thèse. Je me suis intéressée en plus en tant que médecin de famille, j'ai fait également un diplôme de gynécologie obstétrique en parallèle et j'ai aussi fait une attestation d'orthogénie pour pouvoir pratiquer des IVG à l'hôpital en France, et l'année prochaine je m'inscris à une formation de colposcopie. Donc ma thèse s'oriente sur la santé de la femme donc je me suis intéressée au Québec car vous, en tant que médecin de famille vous avez la possibilité de pouvoir faire des accouchements et du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement de vos patientes. Ce qui n'est pas le cas en France. En France, on doit passer la main au gynécologue ou à une sage femme le dernier trimestre. Donc voilà pourquoi je m'intéresse à tout ça, donc la première question que j'avais c'était de savoir pourquoi vous avez choisi notamment de faire la médecine de famille et euh et pourquoi pas de la gynécologie, qu'est ce qui s'est passé, comment était votre formation dans ce sens-là ?

M2 : Ben déjà comme externe ben en fait comme pour entrer en médecine j'étais intéressée par l'orthopédie, et puis j'ai fait un premier stage dès le début d'externat puis je me suis rendue compte que c'était pas pour moi la salle d'opération, c'était pas quelque chose qui m'intéressait tant que ça. Donc bref j'ai continué dans mes stages d'externat puis j'ai beaucoup aimé la pédiatrie et j'ai fait la gynéco-obstétrique. Je ne pensais pas aimer ça, en fait c'est un peu par hasard puis j'ai fait mon stage juste avant le processus d'admission en résidence au Canada et j'ai vraiment adoré mon stage chez gynéco. La seule discipline qui allie à la fois la pédiatrie et la gynécologie c'est la médecine de famille. Donc c'est pour ça que j'ai choisi d'aller là-dedans. J'ai pas appliqué en pédiatrie, j'ai pas appliqué en gynécologie, ce qui m'intéressait aussi en médecine de famille c'est du fait que c'était 2 ans et non pas 5, c'est quand même, au niveau de l'autonomie...en tout cas moi je préférerais avoir l'autonomie plus rapidement que d'avoir encore 5 ans de spécialité. Puis après, en résidence, ben j'ai fait quelques stages... j'ai fait un stage obligatoire, un stage à option ensuite puis des gardes en plus parce que pour moi, assister à un accouchement c'était pas comme une garde, (rire) c'est bien quoi...c'est intéressant on ne voyait pas les gens malades..

SK : oui c'est vrai.

M2 : Bref j'aimais ça. Tu sais en fait c'est que pour moi c'était pas du travail.

SK : Ah c'est bien de dire ça, (rire) ce n'est pas souvent.

M2 : Voilà, puis après il y avait pas vraiment de poste en gynéco-obstétrique en médecin de famille quand je cherchais un poste.

SK : Parce que vous, vous êtes-vous êtes médecin en région c'est ça ?

M2 : Non je suis médecin à Montréal à la clinique Notre-Dame. Mais quand j'ai gradué il n'y avait pas vraiment d'offre de poste en obstétrique en médecin de famille mais je me suis greffée à l'équipe du chum parce que je travaillais comme résidente avec les médecins du chum puis ils voulaient me recruter. J'ai fait un 3 mois pour un stage d'approfondissement, c'est le programme cours de compétences avancées en périnatalité de l'université de Montréal.

SK : Et est ce que vous pratiquez les IVG vous ?

M2 : Non.

SK : ça c'est un choix qu'on peut faire dès le départ ou pas par la suite on peut décider de se former ?

M2 : Mais je pense qu'il y aurait moyen que je me forme mais tu sais j'ai pas eu tellement d'exposition à la résidence, bon c'était juste à un certain point il faut faire des choix, mon temps est limité.

SK : C'est vrai. Du coup ça se passe comment, vous avez une garde par semaine ?

M2 : à peu près.

SK : D'accord. Je voulais passer à 2 thèmes : notamment parler du système de santé québécois en santé de la femme, à savoir si vous pourriez un peu me parler éventuellement des avantages et des inconvénients de ce système pour les femmes ?

M2 : J'ai parlé de ma pratique, du fait que moi je suis à l'aise d'examiner les femmes. J'en fais tous les jours tu sais, comme toutes les semaines, tous les jours, grand gabarit petit gabarit, enceinte pas enceinte, ce qui fait que pour moi c'est pas compliqué mais quand c'est une femme qui vient me voir sans rendez-vous parce que je fais aussi une pratique de sans rendez-vous populationnelle donc n'importe qui avec ou sans médecin de famille peut venir me voir, puis vient avec un problème gynécologique, et bien pour moi c'est facile d'examiner, d'organiser les choses. J'ai quand même plusieurs patientes qui me demandent, en sans rendez-vous, qui viennent, qui ont besoin d'une référence en gynécologie puis il fait que c'est elles c'est leur demande. Ben je leur dis "faut faire attention peut être qu'on peut régler ça ensemble", il y a comme une éducation à la population de dire "ben les médecins de famille peuvent aborder les problèmes gynécologiques", le fait que ça c'est une chose. C'est un avantage, après il y a pas toutes les femmes qui sont à l'aise que ce soit un médecin de famille dans le sens que ils veulent que ce soit un gynécologue parce que dans leur expérience de la médecine c'est ce à quoi ils s'attendent, d'être vu par un spécialiste, le fait que c'est à la fois un avantage d'être vu et de pouvoir être évaluée plus rapidement par un médecin de famille.

SK : c'est plus rapide que les gynécologues ?

M2 : Oui. Le gynécologue ne fait pas de sans rendez-vous à 20h le soir. Cela prend une requête pour aller le voir, il n'y a pas de rendez-vous d'urgence en gynéco mais sauf à l'urgence puis souvent c'est pas la place d'y aller pour une vaginite et d'attendre 12h pour une bactérie je veux dire, pour moi c'est pas logique. Je pense qu'au niveau de l'accessibilité c'est plus facile de passer par un médecin de famille puis aussi, pour mes patients ils me connaissent, ils savent comment j'examine, ils savent à quoi s'attendre, le fait que le lien de confiance qui s'est établi à travers le temps... euh je pense que c'est plus facile pour eux quand ce sont mes propres patients. Bon le fait que ça, c'est pour comme les avantages. Hmm, inconvénients ben justement, l'accessibilité à un gynécologue parfois, peut être difficile entre autres pour les cas qui peuvent être un peu plus complexe qui pourraient éviter l'urgence mais qui, par exemple, j'ai une patiente qui présentait des ménorragies puis qui était anti coagulée pour un déficit en protéines C pour laquelle on peut pas arrêter son anticoagulant, donc elle vient me voir en ménorragie en même temps elle a une hémoglobine à 12, d'habitude elle est à 14 donc ce n'est pas

urgent mais faudrait qu'elle soit réévaluée puis à la limite est-ce qu'ils vont faire une cautérisation de son utérus ? Là, dans ce cas-là ben des fois il faut qu'elle attende 3 mois mais ça fait pas de sens le fait qu'on finit par envoyer à l'urgence. Le fait qu'il y a un problème d'accès en gynécologie, le nombre de gynécologues, l'organisation de la pratique. C'est sûr qu'on a un système de centre de répartition des demandes en spécialité, tu connais ?

SK : Ah non.

M2 : Okay. Le fait que si on veut que un patient soit vu en spécialité on peut faire la requête par internet. C'est le centre de répartition par région qui va trouver un rendez-vous au patient. Le problème c'est avec les rendez-vous d'urgence, c'est 3 à 10 jours quand on demande, bien souvent il n'y a pas la possibilité de voir un spécialiste de 3 à 10 jours et là on se ramasse avec un espèce de trou de service. Le patient va être vu seulement dans plusieurs semaines, puis c'est comme pour les cas semis urgent que l'accessibilité est limitée.

SK : Hmm d'accord. Les femmes globalement arrivent à trouver quelqu'un rapidement pour leur suivi de grossesse, ce qui n'est pas forcément le cas pour un suivi en médecine de famille de ce que j'ai compris ?

M2 : Là c'est autre chose, là je parle plus de gynéco. Pour le suivi de grossesse, ben maintenant il y a une plateforme internet encore une fois, qui est nouvellement arrivée pour faciliter justement l'accès aux médecins de famille qui font du suivi de grossesse. Où toutes nos coordonnées de médecine tout ça sont rassemblés dans un même lieu et là les patients peuvent aller voir bien dans leur région qu'est ce qui est le plus proche avec qui ils pourraient aller faire leur suivi. Le fait que ça facilite quand même. Mais des fois les quotas de suivi de grossesses sont atteints puis les femmes n'arrivent pas à trouver, le fait qu'elles sont prises en charge peut être plus tardivement vers 16-18e semaine de grossesse.

SK : Ah oui, okay.

M2 : Pour les suivis de grossesse, les femmes peuvent se faire suivre soit par un gynécologue soit par un médecin de famille puis exceptionnellement pour le suivi de grossesse les gynécologues n'ont pas besoin d'avoir une référence pour prendre en charge les patientes alors que quand elles veulent être vues en gynécologie, les femmes automatiquement doivent passer par le médecin de famille.

SK : D'accord. Dans le suivi de grossesse, vous avez 2 échographies à faire il me semble ? Et du coup c'est le médecin de famille ou le gynécologue qui s'en charge ? Comment ça se passe ?

M2 : Ni l'un ni l'autre. Ce sont les radiologistes. Il y a certains gynécologues qui sont formés aussi pour faire les échographies mais c'est le service de radiologie qui couvre l'accessibilité pour ça. Donc que ce soit un gynécologue ou un médecin de famille on envoie une référence à l'hôpital avec lequel on fait affaire pour que la femme passe une échographie.

SK : D'accord, c'est intéressant. En France c'est différent. C'est assez récent mais il y a des sortes de cotation notamment pour la première consultation de contraception chez les jeunes et on a une cotation spécifique où on cote la consultation qui va être à 46€

parce que ça peut prendre plus de temps. Pour la contraception justement, les patientes viennent voir les médecins de famille ou elles peuvent aussi décider de faire un suivi par les gynécologues et comment ça se passe ?

M2 : Les médecins de famille. Si il y a une contraception complexe, à ce moment-là on réfère aux gynécologues mais les patientes ne peuvent pas d'emblée aller voir un spécialiste sans avoir une référence d'un médecin de famille.

SK : D'accord.

M2 : C'est que le médecin de famille peut évaluer la contraception, il n'y a pas de raison qu'une femme en bonne santé de 22 ans elle voit un spécialiste pour une question de contraception.

SK : Chez nous il y a des médecins généralistes qui ne posent pas de stérilet typiquement ou qui ne veulent pas poser d'implant.

M2 : À la limite tu peux en référer à quelqu'un qui en pose. Il y a des infirmières chez nous aussi qui savent poser des stérilets.

SK : OK. Je ne sais pas si vous connaissez un peu le système de santé en France.

M2 : Ma belle-sœur est française. Mon conjoint est français, le fait que ma belle sœur est médecin urgentologue puis ma belle mère aussi.

SK : (rire) Donc vous connaissez.

M2 : Je connais très bien effectivement.

SK : Donc la dernière partie, je voulais en parler un peu plus mais si vous connaissez déjà, il n'y a pas d'utilité. Ce que j'aimais bien dans ce travail c'est justement pouvoir poser la question du bénéfice à ce que, parce que moi j'aurai adoré faire de l'obstétrique justement, à ce que les médecins généralistes en France puissent faire ce suivi parce que nous en France c'est majoritairement pour les grossesses physiologiques les sages femmes, ce qui n'est pas le cas ici et donc j'aimerais bien montrer à travers ce travail, pouvoir comparer justement les deux systèmes et voir ce que ça peut apporter mais je sais que...euh...ce qui va être compliqué c'est par rapport aux sages femmes en France qui ont une grosse place. Et comme il n'y a pas assez de médecins de famille, cela intéresse plus au gouvernement qu'on ne fasse pas forcément du suivi de grossesses et des accouchements mais qu'on s'occupe des autres patients.

M2 : Après c'est ça, c'est la répartition des tâches qui est différente ici. On a pas autant de sages-femmes, la pratique de sage-femme est différente ici : c'est en maison de naissance c'est pas à l'hôpital, les patientes n'ont pas accès à l'épidurale. En fait les sages-femmes ne font pas de provocation, c'est complètement une pratique différente ici. Donc nous on est comme, un mi-temps entre la sage-femme de la France puis le gynécologue français. On ne va pas aller faire le côté chirurgical : la césarienne, le forceps mais on va quand même pouvoir faire l'accouchement physiologique, la ventouse, les réparations puis ben l'intérêt c'est d'avoir une pratique diversifiée. Moi les patientes que j'ai suivi la grossesse, que j'ai accouché, que je suis l'enfant, que je suis des grands-parents...je pense il y a une famille je suis, ils sont 15. J'ai les 2 grands-parents, les 5 enfants, les conjoints puis les enfants sont entre 15 et 20. Pour moi c'est facile ensuite, je ne demande pas les antécédents familiaux. Je prends en charge le bébé,

je les connais, une confiance est établie, les patient viennent me voir quand ils ont une pneumonie...

SK : Je ne suis pas sûre que ça intéresse tous les médecins généralistes français mais je trouve ça génial de pouvoir faire ça : du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement puis suivre l'enfant après, vraiment avoir ce suivi longitudinal le plus possible, c'est hyper intéressant. D'accord. Bon, ça marche, je ne sais pas si vous avez d'autres questions au sujet de l'étude, s'il y a d'autres sujets qui pourraient être abordés à ce propos ?

M2 : Non, j'espère avoir répondu de manière satisfaisante. C'est quand même complexe là-

SK : Oui c'est vaste comme sujet.

M2 : -le système québécois puis il y a plein de subtilités, de décisions gouvernementales qui ont fait qu'on est comme ça maintenant.

SK : Oui c'est intéressant, après ce qui est intéressant, c'est au fur et à mesure des entretiens, j'interroge des médecins de famille en région également donc ce n'est pas non plus la même pratique et les entretiens évoluent au fur et à mesure donc c'est pas mal j'intègre des données. J'aimerais bien par la suite aussi aller euh visiter un peu une clinique ou un hôpital et une maison de naissance pour voir un peu comment ça se passe, car ça n'existe pas en France la maison de naissance avec ses accouchements physiologiques, pas encore du moins.

M2 : Mais il y a quand même la possibilité d'accoucher en maison il me semble.

SK : Oui en France, oui.

M2 : Parce que j'ai un couple d'amis à mon conjoint justement que la sage-femme a accouché à la maison.

SK : C'est pas très fréquent mais ça existe de plus en plus, il y a un peu une mode, un peu en retour à l'accouchement physiologique le plus possible mais bon, là pour l'instant c'est quand même souvent à l'hôpital. Bon bah ça marche. Merci beaucoup d'avoir donné de votre temps.

M2 : Avec plaisir puis bonne chance pour la suite.

SK : Merci beaucoup pour toutes ces informations et bonne continuation, si vous le souhaitez je pourrais aussi envoyer les résultats de la thèse.

M2 : Bien sûr ben je suis intéressée parce que c'est moi la directrice du programme de compétences avancé de périnatalité, le fait que je suis bien intéressée. Puis à la limite, j'ai déjà envoyé le courriel en question au monde du comité je sais pas si tu as eu des retours par rapport à certains médecins de famille ?

SK : Alors j'en ai pas mal hein, j'ai déjà eu un pas mal d'entretien mais je ne sais pas qui fait parti du comité.

M2 : Ah OK bon écoute c'est pas grave mais j'espère qu'ils te contactent.

SK : Ok donc si ça vous intéresse, je vous enverrai les résultats. Là après je fais ma partie en France et après je pourrais vous envoyer les résultats de tout ça.

M2 : Ah bah super, c'est gentil merci beaucoup. Dernière chose peut être, t'es avec quelle région ? Tu fais ta résidence où ?

SK : A Lille.

M2 : A Lille, dans le nord donc. Bon ben bye-bye.

SK : Merci encore, au revoir.

ENTRETIEN 3

SK : Je me présente je suis Sophia, je suis interne ou équivalent résidente en France en médecine de famille également sauf qu'en plus j'ai fait un diplôme de gynécologie. On peut faire ça en parallèle, de même j'ai fait une attestation d'orthogénie pour pouvoir faire des IVG.

M3 : Ah OK mon Dieu je connais même pas le mot orthogénie.

SK : Ce sont les IVG, le planning familial tout ça... et l'année prochaine je candidate pour faire en plus un diplôme de colposcopie.

M3 : Parfait, il y a des médecins de famille qui font ça en France ?

SK : Oui, donc j'aimerais bien orienter ma pratique vers la gynécologie et du coup moi ce qui m'intéresse aussi c'est de faire une thèse qualitative où je puisse comparer un peu les pratiques des médecins de famille québécois parce que vous vous pouvez faire un suivi de grossesse jusqu'à terme et l'accouchement. En France on peut pas faire ça, nous ce sont les sages-femmes qui s'en occupent à l'accouchement physiologique. Donc voilà je voulais interroger différents médecins de famille pour pouvoir faire ces analyses de pratique et donc ma première question c'était comment vous en êtes arrivée à faire médecine de famille en étant médecin accoucheur et pas directement au gynécologue ? Comment ça se passe la formation et qu'est ce qui a fait que vous en êtes arrivée là ?

M3 : Le fait que moi c'est ça quand j'ai fait l'externat, nous autres dans le fond on fait 3 ans à l'université puis on fait 2 ans de stage rotatif. C'est là qu'on fait vraiment de tout, puis c'est là qu'on applique pour la résidence dans une spécialité ou une autre. Puis quand j'ai fait l'externat, j'aimais pas mal tout tu sais, autant la pédiatrie, l'obstétrique, la gynécologie et la médecine adulte aussi. C'est pour ça que finalement je me suis orientée en médecine familiale puis, j'avais même pas nécessairement l'idée de faire des suivis de grossesses, des accouchements à ce moment-là mais au fil de ma résidence en médecine familiale, c'est quelque chose que j'ai trouvé comme super intéressant puis là j'ai fait des stages à option en salle d'accouchement. Euh puis j'ai décidé de faire cette spécialisation là. Tu sais, je pense que c'est ça qui est... nous autre la résidence familiale, c'est juste 2 ans fait que tu sais c'est sûr qu'on on est comme pas très bon dans toutes (rire), euh un peu bon dans toutes mais très bon dans rien tu sais, fait que c'est le fun d'avoir un petit domaine où est ce que on est plus à l'aise, plus spécialisé. Nos collègues vont venir nous poser des questions, nous référer des patients puis de la même façon nous, quand on a des questions plus musculosquelettiques...Tu sais j'ai des collègues qui font énormément de musculosquelettiques ou de médecine du sport donc je vais pouvoir référer des patients. Mais moi c'est plus le suivi de grossesse qui m'avait intéressée puis nous autres, le parcours c'est qu'il y a un programme de compétences avancées donc on fait 3 mois de résidence de plus. Puis c'est aussi au fil de tout ça que j'ai réussi à avoir un poste puis à avoir une place et tout ça là.

SK : D'accord, et vous faites les IVG ou pas ici ?

M3 : Non, ben il y a des médecins de famille qui en font mais moi je ne me suis pas formée. C'est souvent pas les mêmes médecins qui font les IVG et les accouchements.

Nans notre équipe de médecins accoucheurs, il y a une des médecins qui fait des IVG aussi.

SK : Ok et du coup vous êtes de gardes à l'hôpital pour pouvoir faire les accouchements ?

M3 : C'est ça, fait qu'on est 12 maintenant au chum. On fait des 24h de garde fait que une journée sur 12.

SK : Je voulais aussi interroger un peu le système de santé québécois mais orienter sur la santé de la femme. C'est à dire, qu'est ce que tu pourrais me dire sur les avantages et les inconvénients de ce système de santé ?

M3 : C'est sûr que nous on a un système de santé 100% public là, et ça je pense que c'est quand même une grande force là parce qu'on essaie le plus possible qu'il y ait moins d'inégalités dans l'accès aux soins. Il n'y a presque pas de privé. Les femmes ont accès à des soins puis ça coûte rien, donc t'es enceinte, tu as un suivi de grossesse, tu accouches... peu importe le nombre de complications ou le nombre d'interventions que tu dois subir, tu fais jamais faillite à cause de ça, ça coûte rien. Euh...faire un avortement ça coûte rien, il n'y a jamais de coût. Je pense que c'est un avantage important, après ça c'est sûr que, au niveau de l'accès, comme tout est public, il y a une certaine lourdeur quand même. Je sais qu'il y a des femmes qui ont de la difficulté à trouver un médecin pour avoir un suivi de grossesse et qui en sont obligées d'appeler dans différentes cliniques, mais en bout de ligne les services sont là. Toutes les femmes que je connais finissent par trouver un endroit puis ça, ça a été quand même amélioré par une initiative vraiment récente qui s'appelle "la vie de grossesse". Cela a été mise en place comme dans les dernières semaines, le dernier mois là, qui est une plateforme en ligne je pense que c'est "*magrossesse.ca*", quelque chose comme ça. C'est comme un guichet d'accès unique où est ce que les femmes peuvent dire "ben je viens de tomber enceinte" puis tout de suite il va y avoir un dépistage de certains facteurs de risques pour orienter les femmes vers les programmes en CLSC, pour les femmes vulnérables. Les CLSC, est ce que tu sais c'est quoi ? C'est les centres locaux de services. Eux autres offrent les programmes *OLO* et *SIPPE*. *OLO*, c'est des coupons pour les œufs, le lait et les oranges pour les femmes. Il y a des critères là tu sais, donc soit monoparentale, faible revenu, ce genre de chose puis *SIPPE* c'est le suivi intensif prénatal et postnatal des enfants. Il y a des services avec une nutritionniste aussi donc c'est des services via le CLSC, de travail social, de psychoéducation, nutritionniste puis après la naissance il y a des suivis infirmiers à domicile aussi pour les familles vulnérables qui ont besoin de soutien aussi avec la stimulation des enfants et tout ça. Fait que tu sais, je pense qu'on a quand même un bon service en santé des femmes. Le problème qu'on a au Québec, c'est qu'il y a vraiment pas tout le monde qui a accès à un médecin de famille mais dans beaucoup de secteurs, il y a des cliniques de santé des femmes. Où est ce que les femmes peuvent avoir accès avec rendez-vous mais sans être inscrite par un médecin de famille. Donc ici à Verdun il y en a une, donc juste à Verdun il y a 2 cliniques de santé des femmes où est ce que les femmes peuvent aller. Ce sont des cliniques qui offrent les services de *pap test*, les frottis, tout ce qui est symptômes de vaginite... puis ensuite aussi tout ce qui est symptôme de ménopause, tout ce qui a attrait là à la santé la santé de la femme...

SK : D'ailleurs les frottis c'est sous quelle fréquence que vous le faites ?

M3 : En ce moment on est aux 2 à 3 ans si les tests sont normaux. Puis là vraiment récemment aussi là, et ça discute vraiment, les auto prélèvements pour le PVH là. Je pense qu'en Ontario il y a déjà un programme d'auto prélèvement pour le PVH puis là au Québec ça se discute beaucoup, notamment dans les populations autochtones qui ont peut être moins accès ou qui vont moins avoir tendance à consulter. Ce sont pour ces raisons là qu'il y aurait un intérêt pour le déployer, fait que euh...mais oui on a des recommandations canadiennes, des recommandations américaines différentes donc on jongle. Certaines personnes commencent à 21 ans, le frottis donc à 25 ans, moi j'ai tendance a commencé à 25 ans pour le faire aux 3 ans puis à arrêter à 69 ans si les 3 derniers sont normaux mais c'est sûr qu'il y a des différences. Puis ça c'est pour les femmes qui n'ont pas de cellules anormales tu sais, les femmes qui ont souvent une colposcopie, après on va le faire annuellement. Nous, dès qu'il y a une anomalie on réfère en colposcopie puis ce sont les gynécologues qui s'occupent de toute la colposcopie.

SK : Ok, les médecins de famille ne peuvent pas faire de colposcopie ici ?

M3 : Je n'en connais aucun qui fait de la colposcopie ici. Je ne sais pas si c'est comme interdit par notre ordre, parce que les médecins de famille ont quand même de latitude pour se former dans différentes choses. Tu sais, en région il y a des médecins de famille qui font des césariennes mais c'est pas la norme, c'est rare là tu sais, c'est vraiment des régions avec des hôpitaux particuliers où il n'y a pas de service de gynécologie là. Mais sinon la plupart des hôpitaux en région, ça va être le médecin de famille qui peut s'occuper de la salle d'accouchement puis s'il y a une patiente qui doit avoir une césarienne, il appelle le chirurgien général.

SK : Parce qu'il n'y a pas assez de gynécologues en région ?

M3 : Ouais il n'y a pas de gynécologues.

SK : Ok c'est intéressant ça. Et donc les inconvénients seraient plus liés à l'accès mais pour le reste tout est plutôt prise en charge.

M3 : Oui puis les gens disent souvent, un coup qu'on a accès on a des supers bons soins. Je voulais dire par rapport aux cliniques de santé de la femme là qui existent, c'est pas connu beaucoup. On est au début de l'informatisation là. Depuis la COVID on a un site web et il y a quand même différentes choses qui ont été mises en place dans les dernières années. Il y a le dossier santé Québec, qui permet aux patients maintenant d'avoir accès à leurs résultats sanguin puis leurs résultats de rayon x en ligne, dans leur dossier. Mais ça, j'ai encore pleins de patients qui ne connaissent pas, mais ça fait plusieurs années que ça existe, ça a quand même beaucoup amélioré la communication entre les médecins aussi parce qu'il y a comme un endroit centralisé où est ce qu'on a...Tu sais là ça arrive plus jamais de dire "j'ai pas ton résultat de prise de sang parce que ce que tu l'as fait à l'hôpital" non...Il est dans le dossier santé Québec puis j'ai accès quand même. Puis les patients ont accès à leur dossier santé Québec. Pendant la COVID, il y a eu la plateforme *clicsanté* qui permet de prendre rendez-vous en ligne pour les prises de sang, c'était comme ça qu'on prenait rendez-vous pour les vaccins. Euh... mais c'est ça, chaque région a son site web où est ce qu'il faut un peu naviguer pour essayer de voir qu'est ce qu'il existe comme service mais souvent les gens sont pas très au courant . Ils vont dire "j'ai pas de médecin de famille", oui mais il y a pleins d'autres services mais c'est différent d'une région à l'autre donc souvent si on n'est pas au courant... Il y a des femmes qui

n'auront pas eu de frottis mais dans le fond, le service est accessible dans la région c'est juste que euh... Il n'y a pas de paternalisme, il n'y a personne qui va t'appeler pour te dire que tu dois faire ton frottis là (rire).

SK : Oui donc faut se débrouiller et c'est le rôle du médecin de famille justement de rappeler ?

M3 : Euh oui c'est ça mais même le médecin de famille tu sais, il va te dire "le frottis normalement c'est tous les 2 à 3 ans" et si tu retournes jamais le voir personne va t'appeler pour te dire "c'est le temps de faire le frottis"...

SK : En France c'est un peu plus paternaliste justement je trouve.

M3 : Oui, tu sais même la grossesse là, tu sais je vais dire "ben on se revoit la semaine prochaine" et si la patiente ne prend pas son rendez-vous ou si elle manque son rendez-vous, il y a personne qui va l'appeler. Peut être pour la grossesse, on le fait des fois mais tu sais c'est vraiment au patient de faire la démarche.

SK : Je trouve ça pas si mal de responsabiliser les patientes. Et vous connaissez un peu le système de santé français ?

M3 : Vraiment pas beaucoup. Je sais que les sages femmes ont un rôle très différent là. Tu sais ici, nous autres les sages-femmes c'est issu d'un mouvement un peu de "retour vers l'accouchement physiologique", d'un mouvement de contestation de toute la médicalisation autour de la grossesse puis de l'accouchement donc elles sont vraiment à l'extérieur des hôpitaux, elles font vraiment juste des accouchements physiologiques, pas d'épidurale tu sais donc c'est vraiment une pratique externe tandis que je sais qu'en France c'est les autres qui s'occupent de toute la salle d'accouchement puis c'est seulement quand il y a une complication que le gynécologue vient. Ici c'est complètement différent, c'est peut être plus le médecin de famille qui joue ce rôle là en salle d'accouchement puis s'il y a une complication d'appeler gynécologue, mais on travaille un peu en "silo". Tu sais les gynécologues suivent des grossesses puis font les accouchements de ces patientes là, nous on suit des grossesses puis on fait les accouchements de ces patientes là, c'est pas on est à la salle d'accouchement puis on accouche toutes les patientes. On accouche toutes les patientes qui ont été suivies par notre équipe tu sais. Il y a un gynécologue qui est sur place aussi, qui accouche les patientes qui ont été suivies par son équipe puis là...fait que nous on n'est jamais appelé, on n'est jamais impliqué dans les dossiers des gynécologues sauf exception, mettons en césarienne, il est en train de gérer 3 urgences puis une de ses patientes qui accouche, ben des fois ça va être moi qui va l'accoucher parce qu'il n'y avait personne d'autre de disponible mais sinon on n'est jamais appelé à être en consultation dans leur dossier. Tandis que de notre côté, ben dès qu'on a besoin d'un forceps ou d'une césarienne ben le gynécologue va venir en consultation...

SK : Ok et ça va les relations médecins de famille-gynécologues ?

M3 : Cela va super bien, nous autres au CHUM on est vraiment chanceux là, on a une super belle collaboration mais je sais que ce n'est pas facile dans tous les hôpitaux.

SK : C'est intéressant. Oui donc c'est exactement ça. Nous les médecins de famille n'accouchent pas. Les médecins généralistes en France sont plus focus un peu sur le suivi de leurs patients, que ce soit enfants, personnes âgées avec du suivi de pathologie

chronique. Ils peuvent faire du suivi de grossesse s'ils le souhaitent mais ils délèguent au dernier trimestre au gynécologue ou à une sage-femme. Ce sont eux qui prennent le dossier en charge et ceux qui vont accoucher en fait. Nous, par la suite on peut faire le suivi de l'enfant et le suivi gynécologique et du post-partum si on le souhaite. Et les sages-femmes vont accoucher à l'hôpital, il y a la possibilité de demander la péridurale. On peut accoucher à l'hôpital public ou en clinique privée en France. Dès que l'accouchement se complique, c'est le gynécologue qui est de garde qui va être appelé... voilà c'est un peu ça. Moi je suis hyper intéressée justement par l'obstétrique, j'aurai adoré que le médecin de famille puisse faire ça...Maintenant comme il y a les sages-femmes qui ont un gros rôle, ce n'est pas sûr qu'on puisse avoir notre place là-dedans mais je me dis que comme dans les prochaines années on est quand même amené à manquer de médecins, pourquoi pas ouvrir cette possibilité. Mais c'est vrai que dans notre formation on a 6 mois de gynécologie obligatoire, dans notre résidence.

M3 : Ok, waouh. Dans la résidence de médecine familiale ? Puis suite à ça, il y a des gens qui ne font même pas de santé de la femme...

SK : Dans ma faculté c'était 3 mois minimum et là c'est en train de passer à 6 mois, au niveau national. On a des stages de 6 mois dans notre résidence, ça tourne tous les semestres en fait. On doit faire 6 mois aux urgences, 6 mois en cabinet de ville...pendant 3 ans et euh on a pas cette option de faire 3 mois en plus de gynécologie mais voilà c'est comme ça un peu comment ça se passe, je sais pas si vous avez d'autres questions ou des points qu'on a pas abordé éventuellement...

M3 : Non pas vraiment, moi je trouve ça super intéressant que tu cherches un peu le rôle du médecin de famille parce que moi je trouve que, ici aussi, euh chacun cherche un petit peu son créneau puis euh je trouverais ça intéressant qu'on travaille davantage en collaboration avec les sages-femmes aussi...

SK : Ah oui parce que c'est vraiment clivé ? Elles n'accouchent pas du tout l'hôpital et vous vous, vous accouchez à l'hôpital ?

M3 : Elles donnent le choix à leurs patients d'accoucher à la maison de naissance ou à l'hôpital. Quand elles viennent à l'hôpital avec leurs patientes, c'est assez rare parce qu'elles ont souvent des patientes qui veulent un suivi sage-femme justement pour accoucher soit à la maison ou soit à la maison de naissance. Mais quand elles viennent à l'hôpital accoucher leurs patients, les patientes sont pas admises, sont pas sur notre tableau, tu sais elles occupent la chambre mais elles n'ont pas d'aide des infirmières puis on fait pas le suivi mais elles sont sur place si jamais il y a une complication. Il n'y a pas besoin de transférer, ça va plus vite pour consulter.

SK : Comment elles font du coup quand elles accouchent à la maison de naissance et qu'il n'y a pas de gynécologue ?

M3 : A la maison de naissance, elles appellent l'ambulance s'il y a une complication là.

SK : Mais si c'est urgent ? S'il y a une complication ?

M3 : Ben elles font leurs accouchements. Elles sont formées pour gérer les urgences donc si c'est une hémorragie soudaine, elles sont formées pour faire les premières étapes puis après ça fonctionne bien, s'il faut transférer elles appellent une ambulance. Les études démontrent qu'il n'y a quand même pas beaucoup de mortalité associée, donc

leur pratique est quand même sécuritaire parce que ces événements là sont quand même rare surtout d'autant plus qu'elles ont une population à bas risque.

SK : Oui, dès le départ. S'il y a une grossesse compliquée, elles vont rapidement le référer à un médecin de famille ou à un gynécologue ?

M3 : C'est ça, elles ont des critères. Les accouchements en maison de naissance c'est discutable, les accouchements des AVAC, des accouchements vaginaux après césarienne. C'est drôle parce que nous on a un biais. On voit toujours leurs patientes qui vont pas bien donc il y a un peu, dans la relation, il y a un petit peu cette difficulté là. Il y a certains médecins de famille ou certains gynécologues qui considèrent que les sages-femmes ne sont pas bonnes ou ont des pratiques dangereuses, il y a quelque chose qui n'a pas de bon sens mais c'est parce qu'on voit toujours les mêmes, les choses qui vont mal. On ne voit pas les 200 autres patientes qui viennent accoucher et vont bien. C'est ça, c'est très différent, ça serait vraiment intéressant si t'avais l'occasion d'aller à la maison de naissance.

SK : Oui j'aimerais, bien je sais pas comment je pourrais y accéder.

M3 : Je pourrais te mettre en contact. La personne que je connais mieux c'est Geneviève, c'est une sage-femme qui travaille à la maison bleue, qui est une clinique pour les patientes vulnérables où je travaille aussi donc peut être elle pourrait répondre à tes questions plus sage-femme.

SK : Avec plaisir, même pour voir un peu comment ça se fait justement en maison de naissance! On va s'arrêter là si vous n'avez pas d'autres questions. Merci beaucoup et à bientôt, je vous enverrai les résultats si cela vous intéresse!

M3 : Bien sûr, à bientôt.

ENTRETIEN 4

SK : Je me présente du coup, je suis Sophia, je suis résidente en dernière année de médecine de famille donc médecine générale en France, nous c'est en 3 ans et là je suis en dernière année. J'ai également passé un diplôme de gynécologie complémentaire en fait et cette année je passe une attestation d'orthogénie pour pouvoir faire les IVG à l'hôpital notamment les curetages et cetera, et j'ai candidaté pour l'année prochaine à un DIU de coloscopie. Nous les médecins de famille on peut faire ça et j'aimerais bien orienter ma pratique vers la gynécologie. Donc nous, pour terminer notre résidence on doit passer une thèse et mon idée c'était donc du coup de venir ici interroger les médecins de famille parce que vous pouvez faire le suivi de grossesse et pratiquer des accouchements. Ce qui pour nous, n'est pas le pas donc je voulais analyser les pratiques et comparer avec la France.

M4 : OK

SK : Voilà un peu l'idée. Je vais commencer par une question assez ouverte et savoir pourquoi vous aviez choisi de faire médecin de famille accoucheur et non pas gynécologue par exemple et comment était la formation ? ah oui d'ailleurs vous exercez où exactement ?

M4 : à Joliette

SK : Ok, donc voilà

M4 : Dans le fond, moi ce que ce qui a fait que j'ai bien aimé, quand j'ai commencé mes cours de médecine c'était une hésitation que j'avais la gynéco ou la médecine de famille puis finalement j'ai choisi la médecine familiale parce que, ben dans le fond, c'était plus diversifié si on veut là, j'avais pas nécessairement le goût de traiter que des femmes toute ma vie puis juste des problèmes gynécologiques non plus là. Le reste de la petite famille m'intéressait aussi, puis la portion au bloc opératoire si on veut de la gynécologie c'était la portion que j'aime moins puis chez nous c'est celle-là qui ça enlève quand qu'on fait de l'obstétrique dans la médecine de famille fait que pour moi ça me convenait mieux.

SK : OK, bon d'accord, alors du coup vous, vous avez fait vos études à Montréal puis après vous êtes parti à Joliette ?

M4 : Non dans le fond moi j'ai fait mes années d'université à Laval, j'ai fait mon externat dans le fond à Joliette, puis ma résidence à Joliette aussi. Et j'ai fait ma surspécialité en obstétrique dans le fond à Québec puis je suis revenue pratiquer ici.

SK : D'accord, parce que j'ai vu Lysiane hier et elle me disait que notamment vous (les médecins de famille) étiez un peu assignés à des endroits pour pouvoir travailler, que y avait des contrats dans des endroits, des comment dire, des et alors elle c'était notamment l'hôpital Rosemont. Et si vous décidiez de partir vous étiez tronqué de 30% du salaire, et c'est pareil pour tout le monde ? Même dans les régions ?

M4 : Ouais, dans le fond quand il nous donne notre permis de pratique on est assigné comme une sous-région si on veut là, c'est assez précis puis Ben tu peux aller travailler ailleurs mais dans le fond c'est qu'ici la proportion de pratique, il y a une proportion à respecter mais tu sais si tu la respectes pas ils vont acheter ton salaire.

SK : D'accord. Et vous avez 24h de de garde toutes les semaines également ?

M4 : Oui après nous sur les 24h, des fois c'est plus qu'une fois par semaine là ça dépend là.

SK : Et est-ce que vous pratiquez les IVG vous ?

M4 : Non, pas moi.

SK : OK et donc comment se passe la semaine ? Vous faites des consultations de médecin de famille ? Vous avez vos gardes pour les accouchements mais vous faites également du suivi de grossesse, de la contraception pour les femmes sur d'autres créneaux ?

M4 : Moi je travaille un peu comme Lysiane dans le fond, en GMFU qu'on appelle là, donc les activités que j'ai dans ma semaine, bon j'ai la garde à la salle d'accouchement, mes suivis de grossesses, mes suivis en médecine de famille. On a de la supervision aussi qu'on appelle, à faire, c'est à dire que on a des demies-journée attirées, le fait que cette demi-journée là je suis responsable de X nombre de résidents, fait que les autres voient leurs patients puis moi j'en vois sans rendez-vous. Tout ça, ça compte bien.

SK : D'accord, ouais c'est des bonnes semaines (rire). Ce que je voulais aborder également, pour un peu analyser le système de santé québécois et notamment pour la santé de la femme, est-ce que vous sauriez me dire un peu quels sont les avantages et les inconvénients pour la santé de la femme du coup au Québec, de ce système de santé ?

M4 : C'est en fait euh..., je te dirais ben c'est sûr que le point de vue obstétrical je pense que c'est quand même un avantage parce que justement il y a énormément de médecins de famille qui font de l'obstétrique là, dans la province fait que c'est quand même facilement accessible. Les gens en général, n'ont pas vraiment de difficulté à trouver un endroit où faire un suivi de grossesse parce que des gynécologues, y en a pas des tonnes non plus, ils ne suffisent pas à la demande maintenant. Dans certaines régions même, que moi j'ai visité dans d'autres stages, les gynécologues ne font que de la 2e ligne, le fait qui font même plus de suivis de grossesse qu'on appelle normale, ils vont être consultant pour des grossesses plus compliquées mais ce sont les médecins de familles qui font la première ligne, fait que de ce point là je pense que ça va bien. Au niveau de la gynécologie comme telle, euh...ça dépend probablement des régions mais c'est sûr que le fait, nous ici dans la région de Joliette, les gynécologue font encore des suivis de grossesse normales là, fait que c'est sûr que quand on a besoin de leur expertise pour des problèmes gynécologiques de 2e ligne maintenant c'est à dire la colposcopie, parce que nous on peut pas faire ça ici en première ligne ou c'est des échecs à, que ce soit des saignements utérins anormaux qu'on a essayé les traitements médicaux qui ne fonctionnent pas ou toutes sortes de choses...c'est excessivement long pour les personnes là d'avoir un rendez-vous. Ou encore en colposcopie fin, c'est si ça on a un haut grade on peut être chanceux qu'elle soit vue en 6 mois mais sinon la majorité c'est 1 an d'attente, c'est pas si mal là. Ben c'est sûr que l'accessibilité n'est pas top là.

SK : OK ouais, donc en fait pour le suivi de grossesse et les accouchements il n'y a pas de problèmes mais par contre pour les pathologies gynécologiques là c'est un peu plus long, c'est plus compliqué.

M4 : Le problème pour les patients, parce que dans le fond au Québec si tu veux avoir accès à un spécialiste faut que tu passes toujours par ton médecin de famille pour être référé, la seule exception à ça c'est le suivi de grossesse en gynécologie où les patientes peuvent appeler elles-mêmes dans le bureau du gynécologue puis être suivie sans référence.

SK : OK, même par exemple, l'ophtalmologie, il faut passer par le médecin généraliste ?

M4 : Oui ou sinon par l'optométriste. On n'a pas accès directement.

SK : D'accord, bon ce sont les 2 aspects et est-ce que vous connaissez un peu le système de santé français du coup ?

M4 : Pas du tout (rire).

SK : C'était la 3e partie, je voulais en discuter un peu. Ben alors nous déjà, on n'a pas exactement la même formation, on a 6 ans d'externat et après on doit passer un concours pour avoir euh...alors on a 2 concours : pour rentrer en médecine et pour avoir notre spécialité. Les premiers choisissent la spécialité et la ville puis après ça descend, c'est vraiment un concours national. Et la résidence en médecine de famille en France, c'est 3 ans et on doit faire des stages, des expositions comme vous dites, tous les 6 mois et on doit passer aux urgences, on doit passer en cabinet de ville, on doit passer en gynécologie 6 mois et en pédiatrie 6 mois par exemple. Donc après on doit terminer par une thèse. En France les médecins de famille peuvent faire de la gynécologie mais ça va être de la gynécologie médicale. En fait nous on a un peu 3 spécialistes et 4 avec les sages-femmes : on a les gynécologues obstétriciens qui vont s'occuper des grossesses compliquées et qui eux ont 6 ans de résidence, vont faire aussi les césariennes, la chirurgie et tout comme au Canada et les gynécologues médicaux, eux c'est 4 ans de résidence et eux ils vont faire toute la gynécologie mais pas l'obstétrique ni la chirurgie et ils vont notamment s'occuper de la procréation médicalement assistée, la colposcopie et cetera. Et nous les médecins généralistes on peut passer des diplômes complémentaires, ce que je suis en train de faire, et faire de la gynécologie médicale, du suivi de grossesse, mais au dernier trimestre on doit le référer à un obstétricien que ce soit le gynécologue ou la sage-femme et on peut pas accoucher donc pas d'obstétrique et on ne peut pas non plus faire de la procréation médicalement assistée mais la colposcopie tout ça, comme y a pas assez de gynéco c'est pour l'instant faisable même si ça devient un peu plus compliqué, et la grosse différence en France c'est que les sages-femmes peuvent faire des accouchements à l'hôpital. Elles ont une formation de 5 ans, et elles font les accouchements à l'hôpital sous péridurale, les reconstructions elles font tout enfin tout ce que vous faites en fait et à la différence bah que pareil s'il y a un problème elles appellent le gynécologue obstétricien qui est toujours de garde et qui peut prendre le relais et faire les forceps et cetera donc ça je dirais que c'est la grosse différence. J'ai appris qu'ici, que les sages-femmes étaient en maison de naissance, qu'il y en avait pas beaucoup et que c'était surtout physiologique, sans péridurale sans rien d'autre.

M4 : Ah oui c'est ça c'est la vision beaucoup plus naturelle là, justement là, puis la majorité c'est ça c'est en maison de naissance ou à domicile la même mais ça peut varier d'une région à l'autre parce que quand j'avais fait ma sur spécialité en obstétrique j'avais été à Saint-georges-de-beauce là qui est dans le fond en banlieue de Québec si on veut là, les autres dans le fond , il y avait un entente en fait avec les sages femmes de leur milieu

comme quoi les sages-femmes peuvent venir accoucher à l'hôpital. Ceci dit euh, le but de ça c'était d'avoir de la proximité si jamais ça allait mal parce que dans la région il y avait eu beaucoup d'expériences négatives c'est à dire des morts fœtales ou des morts maternelles même avec les sages-femmes, fait que pour essayer d'enrayer ça dans le fond, il a offert aux patients des sage-femme de venir accoucher à l'hôpital, c'est sûr que là les patients à ce moment-là ils ont pas de suivi, les infirmières sont pas dans la chambre rien, c'est vraiment la responsabilité de la sage femme mais c'est tout, si ça ne va pas bien au moins elles bougeaient dans l'hôpital puis on pouvait agir plus vite. Ben eux autres dans leur région c'était comme ça mais tu sais ils ne relèvent même pas en fait du ministère de la santé, le fait que c'est vraiment une chose parallèle là. La formation, c'est pas une très grosse formation mais maintenant il y a une formation universitaire mais c'est pas autant de stages puis ils vont pas dans le milieu hospitalier.

SK : C'est pas la même manière de procéder c'est dingue, mais ouais, donc moi c'est quelque chose que j'aimerais beaucoup de pouvoir faire des accouchements mais c'est vrai que les médecins généralistes comme il y en a pas assez et le gouvernement opte plus pour qu'on s'occupe des autres patients et les sages-femmes sont vraiment référées à ça et donc si les médecins généralistes s'en occupent je pense qu'elles ne seraient pas forcément contente (rire) mais donc voilà. Je ne sais pas si vous avez d'autres questions, des sujets qu'on aurait pu aborder à ce sujet ou autre ?

M4 : Non dans le fond, tu sais c'est sûr que je pense un peu que comme toi des similitudes, en fait, c'est en étant généraliste c'est ça tu peux un peu trouver des champs d'intérêts où c'est un petit peu plus là-dedans là c'est sûr que, moi même dans ma clinique de médecine familiale sans que ce soit que des grossesses, il y a beaucoup de santé de la femme parce que cela m'intéresse là.

SK : D'ailleurs, pour les frottis, vous vous en occupez vous-même ?

M4 : Euh...les forceps ?

SK : Non, les frottis.

M4 : Tu veux dire les *pap test* ? On les fait nous-mêmes ouais. De même, la surspécialité que j'ai faite pour pouvoir accoucher moi c'est un désir de la faire parce que j'aime vraiment bien outiller quand j'allais commencer mais c'est même pas obligatoire au Québec de faire cette idée-là.

SK : C'est une option de 3 mois c'est ça ?

M4 : Exact. Il y en a qui peuvent commencer à faire ça après juste après leur résidence

SK : Alors que nous on a minimum 6 mois! Merci beaucoup pour toutes ces informations, je pense que j'ai à peu près tout. Merci d'avoir pris du temps pour cette entrevue et si ça vous Merci beaucoup Erika, bonne continuation bonne journée et bon courage, au revoir.

ENTRETIEN 5

SK : Je me présente je suis résidente en médecine de famille en France, je suis en dernière année. On a 6 ans d'externat et 3 ans de résidence.

M5 : (rire) C'est tellement long!

SK : Et en plus de ça on a 2 concours, donc on a le concours en première année pour avoir médecine avec 15% de chance de l'avoir puis il y a le concours en 6e année pour choisir sa spécialité, et les premiers choisissent la spécialité et la ville où il veulent exercer. Moi je suis de Lille, c'est dans le nord de la France et donc j'ai choisi médecine générale. De plus, pendant cet internat enfin cette résidence on a la possibilité de faire un diplôme en plus de gynécologie, c'est complémentaire, donc j'ai un diplôme interuniversitaire de gynécologie-obstétrique en plus. Cette année j'ai fait l'attestation d'orthogénie afin de faire les IVG à l'hôpital. Et par la suite je souhaite faire un DIU de colposcopie.

M5 : Mais ce ne serait pas gynécologue...

SK : Non alors j'ai une formation de généraliste mais je peux à terme faire beaucoup de gynécologie parce qu'en France on manque de gynécologue alors je ne serai pas obstétricien, je ne pourrais jamais faire d'accouchements. Les médecins généralistes en France ne peuvent pas faire d'obstétrique et mais je pourrais faire de la gynécologie médicale. Je ne pourrais pas faire de la procréation médicalement assistée, ça ce sont les gynécologues médicaux... je voulais en parler après mais du coup on a commencé par ça. Alors on a les gynécologues obstétriciens qui s'occupent des accouchements, les sages-femmes...

M5 : Qui sont des infirmières de base ?

SK : Non c'est encore à part ici en France.

M5 : Ah OK je pensais que ça se rapprochait beaucoup plus des infirmières.

SK : Alors ils ou elles ont 5 ans de formation et peuvent faire des échographies, des reconstructions, elles font les accouchements même sous péridurales et peuvent faire aussi un suivi gynécologique mais dès qu'il y a un problème elles réfèrent la patiente au gynécologue. On a aussi la spécialité de gynécologie médicale : eux ils ont 4 ans de résidence et il peuvent s'occuper de la procréation médicalement assistée en plus de tout le suivi gynécologique et de grossesse. Enfin, il y a les gynécologues obstétriciens qui eux font la chirurgie et c'est 6 ans de résidence. Puis enfin, les médecins généralistes qui comme moi on fait 3 ans d'internat puis on peut faire des diplômes en plus et si je pratique une activité orientée gynécologie pendant plusieurs années je pourrais devenir gynécologue médical. Notre université à Lille a un partenariat avec McGill sauf qu'entre 2 il y a eu le COVID, j'avais fait ma candidature mais tout a été arrêté à cause du COVID donc c'est pour ça que de moi même j'ai voulu prendre l'initiative de venir quand même parce que je m'étais intéressée du coup au système de santé de la femme au Québec et j'ai vu que le médecin généraliste pouvait faire du suivi de grossesse et accoucher. J'ai alors décidé d'analyser les pratiques et interroger directement sur place, puis ensuite comparer avec la France. Voilà le projet.

Je voulais commencer par une question un peu ouverte : pourquoi vous avez choisi de faire médecin de famille et médecin accoucheur plutôt que gynécologue ?

M5 : Euh Premièrement le temps parce que le temps de formation c'est vraiment moins long comme médecin de famille, moi j'avais commencé ma médecine plus tard dans la vie comme j'ai fait un bac en biologie et anthropologie et j'ai travaillé un peu, j'ai une maîtrise en santé publique et donc j'ai commencé mes études de médecine à l'âge de 26

ans je pense donc je voulais pas faire une résidence de 6 ans là... c'est une chose. Puis une autre raison, moi je voulais pas être chirurgienne et les gynécologues sont des chirurgiens, c'est pas juste d'accoucher des bébés. Moi j'aime la diversité de la pratique de médecine familiale, je voulais avoir beaucoup d'options, je voulais avoir une variété de types de pratique, je voulais pas aller juste être à l'hôpital, je voulais avoir beaucoup d'options et pouvoir comme changer un peu à travers ma carrière donc lorsque j'ai commencé la médecine je pensais même pas que je voulais faire bien par rapport aux accouchements, ça m'a surpris beaucoup pendant mes stages en médecine que j'ai beaucoup aimé ça. Mais par la suite j'ai beaucoup aimé ça et j'ai vu que je pouvais faire tout ce que je voulais en médecine familiale et faire des accouchements en plus donc c'est comme jamais sur mon radar d'être gynécologue. Aussi au niveau personnalité j'ai jamais voulu être une experte, comme j'aime être généraliste je veux pas être la dernière ligne, je veux faire des choses variées et dans la normale mais aussi avoir un soutien plus spécialisé. Je ne peux pas être la personne qui doit savoir, que tu prévois à la fin de la ligne.

SK : Et votre formation a toujours été à Montréal ?

M5 : A McGill oui.

SK : Ah OK ! Je sais que la différence avec l'Université de Montréal c'est que vous avez 6 mois en plus de formation en périnatalité c'est ça ?

M5 : Oui, le fellowship à McGill c'est 6 mois comparé à l'UdeM. Donc j'ai fait ma médecine, ma résidence et mon fellowship à McGill.

SK : Mais ces 6 mois là sont obligatoires ?

M5 : Non mais si tu veux travailler dans un hôpital d'enseignement et donc ça veut dire si tu veux travailler à Montréal parce que toutes les salles d'accouchement sont des enseignements, t'as besoin de ce stage donc si je voulais avoir un poste à Montréal oui. Si je voulais travailler plus en rural ou ailleurs au Canada ce n'était pas obligatoire.

SK : Ok ça marche et vous ne faites pas du tout d'IVG ?

M5 : Moi oui. Donc ça fait partie de ma pratique, je fais les avortements. La majorité des avortements à Montréal ou au Québec ne se font pas à l'hôpital mais en clinique donc moi je travaille dans une clinique d'avortement, c'est un organisme à but non lucratif féministe qui a fait service de santé donc moi, ma clinique on fait jusqu'à 15 semaines. Il y a d'autres cliniques qui font jusqu'à 18, une autre qui fait jusqu'à 24 et un autre après 24. Donc moi actuellement dans ma pratique je suis jusqu'à 13 parce qu'il y a pas beaucoup de besoin après 13. Dans notre clinique on a entre 13 et 15, c'est que y a pas beaucoup de femmes et j'ai plusieurs collègues qui en font donc éventuellement je ferai jusqu'à 15.

SK : En France, la loi interdit d'avorter après 16 semaines. Et ici c'est jusqu'à combien de semaines d'aménorrhées que vous faites par la méthode médicamenteuse et à partir de combien de semaines on peut pratiquer le curetage ?

M5 : Ben médicamenteux, la femme à l'option jusqu'à 10 semaines. Officiellement c'est 9 par rapport au centre Canada mais on va le faire jusqu'à 10. La femme peut choisir, elle arrive à notre clinique la journée puis elle a toutes les informations par rapport aux 2

options et elles choisissent le jour même ce qu'elle veut. Puis par la suite, si elle est comme à plus que 12, elle doit être accordée à un rendez-vous du matin avant la procédure. Donc moi je fais que 2 jours par mois l'avortement, je pourrais faire plus mais j'ai juste pas assez de temps (rire). Donc je fais des accouchements, des suivis de grossesses, de la médecine familiale ...

SK : ça fait beaucoup! Du coup les accouchements c'est une garde par semaine ?

M5 : C'est ça, en moyenne ça vient un peu moins que ça mais ouais.

SK : Et donc le reste des jours ça va être de la médecine de famille, quels sont vos horaires ?

M5 : ça varie beaucoup. Je peux te montrer mon mois. (*on regarde le planning sur son agenda*) Bon donc les gardes sont en rouge, je fais les 24h donc je ne travaille pas en lendemain. Euh je vais me donner les journées de suivis grossesse une fois par semaine donc toujours c'est donc toujours une demi-journée quelque part dans la semaine. Euh...j'ai pas de IVG ce mois-ci mais j'avais 2 jours le mois dernier et là le restant du temps j'ai comme les activités de bureau de médecine familiale donc, des demi-journées de suivi générale, des demi-journées de supervision de résidence parce que je travaille dans une clinique qui forme des résidents. Donc ouais ça c'est comme des superviseurs de résidence, ça c'est mon bureau, ça c'est mon bureau, un bureau du soir donc je fais en moyenne 2 demi-journée de mes propres patients de suivi général par semaine, une demi-journée de suivi de grossesse, une garde et peut-être supervision de résidence...

SK : Gros planning! Les journées se terminent à quelle heure ?

M5 : ça dépend si je finis mes notes et ma paperasse, parce que c'est vraiment ça, moi je vois des patients jusqu'à 16h30 mais c'est rare que je quitte avant 17h30 ou 18h. Voilà, je travaille un peu plus que ce que j'aimerais mais je veux garder la variété.

SK : Après il y avait un thème que je voulais abordM3 : la santé de la femme dans le système québécois. Pourriez-vous me parler un peu des avantages et des inconvénients ce système ?

M5 : Euh...bon en général... je pense que c'est, actuellement au Québec, si t'as un médecin de famille c'est plus facile, si t'as pas de médecin de famille, l'accès aux soins c'est difficile. C'est pas nécessairement le cas ailleurs au Canada, le Québec est vraiment plus restrictif et beaucoup plus...euh, met beaucoup de règles sur les médecins et beaucoup de structures et de règles en place et des choses comme ça, pour faire en sorte que comme forcer les médecins à faire plusieurs choses et donc ça fait en sorte que si t'as pas de médecin de famille ça va être très difficile la santé. Euh...les *pap-test* par exemple. Cela va vraiment être très difficile d'accéder à ça. Et si la femme est un peu désorganisée dans la vie ou ne connaît pas bien les guidelines elle même, si elle ne connaît pas qu'elle doit faire ça à chaque 2-3 ans elle va juste pas le faire. Si les femmes ont un médecin de famille, je pense que l'accès préventifs ça va quand même bien...

SK : Et pour le suivi de grossesse et pour les IVG, c'est plutôt bien... ?

M5 : IVG à Montréal mais au Québec on est très bien servi, beaucoup mieux qu'ailleurs au Canada et on est quand même chanceux au Canada c'est très facile donc normalement euh, il y a comme des centres centralisés. Si tu ne sais pas où aller pour

ton IVG tu peux appeler un numéro qui va te référer à la clinique plus proche de chez toi euh, ça va très bien je pense pour l'accès à l'avortement surtout en ville. En région rurale, c'est toujours plus difficile, il y a quand même des points de service mais souvent les femmes vont choisir de venir en ville pour avoir soit une clinique que personne ne connaît ou autre. Donc on a quand même des femmes rurales qui viennent. Et en région plus éloignée, c'est quand même plus compliqué. Euh, j'ai des amis qui travaillent dans le grand nord du Québec et là il y a des médecins qui vont faire l'avortement par médicament mais si le terme est plus avancé tu as besoin d'être comme transféré, c'est complexe de prendre l'avion. Mais ça c'est la même chose pour tout au Canada, l'accès à région et éloigné c'est complexe. Il y a plein de villes dans le nord qui sont seulement accessibles par avion. Mai en général je pense que prendre un rendez-vous pour l'avortement ça se fait quand même très facilement et très rapidement et on a des femmes qui euh...généralement l'attente pour un avortement c'est pas plus que 2 semaines max. Et souvent les femmes peuvent avoir un rendez-vous en quelques jours.

SK : Et comment ça se passe pour le cancer du sein ?

M5 : Il y a un programme québécois pour les mammographies. Donc si les femmes n'ont pas de médecin de famille, elles sont comme invitées au programme à l'âge de 50 ans et elles sont référées sans avoir besoin d'une ordonnance pour une mammographie. Elles peuvent aller dans une clinique de radiologie pour le faire et je pense qu'il y a des mécanismes en place si jamais quelque chose est découvert que les radiologues vont les réparer directement dans les chambres.

SK : Donc c'est un programme de dépistage.

M5 : Il y a un programme et c'est un des seuls, y en a pas ça pour les *tests pap*. Pour le cancer du sein il y a un programme qui est d'accord, tu n'as pas besoin d'accéder à des soins de santé pour comme préalable, tu es invité. Mais c'est sûr qu'il y a des femmes tu vois, soit si elles déménagent ou plein de femmes vulnérables qui tombent entre les chaises mais il y a quand même une structure.

SK : Et cela sort un peu du propos mais est-ce qu'il y a aussi un programme de dépistage pour les cancers du côlon et cancer de la prostate au Canada ?

M5 : Oui mais ça c'est avec votre médecin de famille. C'est pas séparé. Je pense que les mammographies c'est la seule qui était séparée et que, même si t'as pas de médecin de famille tu pourrais le faire. Pour le cancer du colon, ce sont des recommandations cliniques et les médecins de famille vont suggérer le dépistage à la bonne intervalle lorsque quelqu'un va venir te voir. Mais si j'ai un patient qui ne vient pas me voir pendant 5 ans, j'ai pas nécessairement un mécanisme pour comme des rappels...C'est juste, à la prochaine fois qu'il vient "Ah t'es vraiment pas à jour pour le dépistage du cancer du colon"

SK : D'accord et pour la colposcopie ?

M5 : S'il y a un besoin de coloscopie, dès qu'on a un résultat de *test pap* anormal, même si t'as pas de médecin de famille tu peux référer encore parce que là c'est géré par la colpo mais par la suite après congé, comme on dit que maintenant t'as besoin d'un *test-pap* chaque année pour les prochaines 5 ans, trouve toi un médecin donc souvent les femmes sont un peu lassées après la période plus intensive de colpo.

SK : Comment on peut expliquer justement qu'il manque de médecins de famille ? J'ai eu un autre entretien et il me disait que justement c'était moins attrayant en fait pour les résidents de prendre un médecin de famille.

M5 : C'est vraiment une question très vaste. Donc je pense que, au Québec il y a d'abord plusieurs enjeux depuis plusieurs années maintenant. Il y a vraiment un message du gouvernement politique que le problème c'est que les médecins familles sont paresseux, sont trop variés tout ça envers la population et donc il y a une destruction de la réputation des médecins de famille niveau politique donc c'est une chose. Et eux autres disent "Ben on va forcer les médecins de famille à faire X-Y-Z pour assurer." Le message politique c'est "Ben avec nous comme politiciens on va régler le problème en forçant les médecins de famille qui sont paresseux et avarices à travailler plus fort" donc le message envers la population c'est négatif envers les médecins familles de plus en plus depuis les dernières 10 ans. Première chose et 2e chose, à cause de toutes ces règles et les choses, les étapes subséquentes que les gouvernements à travers les dernières 40 ans ont fait pour forcer les médecins de famille à faire certains types de travail, il y a beaucoup de contraintes, il y a beaucoup de règles, il y a beaucoup de limitations...euh et de complexer. Tu ne peux pas nécessairement juste faire ce que tu veux et travailler où est-ce que tu veux. Et aucun de ces éléments existent ailleurs au Canada. C'est juste le Québec. Et donc ailleurs au Canada, on a vraiment moins cette problématique des étudiants qui ne veulent pas aller en médecine familiale. La charge administrative est très conséquente. On est bien payé mais comparé aux spécialistes c'est pas la même chose, je pense que pendant la médecine y a eu plein de tentatives de encourager la médecine familiale avec les étudiants en médecine pour les exposer plus mettre à nos valeurs mais ça marche pas et comparé à tout ce qu'on voit dans le monde et comme la politique est nouvelle, c'est de moins en moins attirant et les externes voient que on est épuisé, voient que on fait beaucoup trop de paperasses, voient que les patients sont lourds et difficiles. Je trouve que ça serait juste plus facile à être un spécialiste et seulement gérer la chose. Donc là, ça c'est une des raisons. Il y a plusieurs raisons que les étudiants ne vont pas en médecine familiale mais une des autres raisons qu'on n'a pas assez de médecin de famille au Québec, c'est les mêmes raisons. C'est trop contraignant, le gouvernement respecte beaucoup les postes à Montréal et cette année ils ont même coupé les postes de 40% pour mettre plus de postes en région parce que c'est les personnes en région qui votent pour le gouvernement actuel. Les montréalais n'ont pas voté pour ce parti politique donc il y a plein de choses comme ça. C'est très difficile, si tu es formé ailleurs au Canada c'est très difficile de venir au Québec à cause de toutes ces règles c'est très difficile, de même comprendre comment pouvoir s'intégrer et avoir un poste et donc il y a vraiment très peu de monde qui vient.

SK : Quitter est plus facile que l'inverse ?

M5 : Parce que y a pas les mêmes règles et contraintes gouvernementale ailleurs. C'est sûr que en théorie tout le monde qui est formé au Canada pourrait travailler dans n'importe quel province mais la logistique de comment est ce qu'on peut avoir un poste au Québec et tous les éléments administratifs qui ont besoin d'être pris c'est juste tellement plus complexe ici...

SK : Cela ressemble à la France. Est-ce que y aurait une tendance à ce qu'il y ait justement plus de sages-femmes qui pourrait s'en occuper ? Je fais le parallèle avec la

France justement. Les sages-femmes pourraient être formées plus longtemps éventuellement et feraient du suivi de grossesse notamment et donc vous déchargez.

M5 : Je pense que le problème des sages-femmes c'est il y a pas assez de postes pour entrer dans le programme. Les sages-femmes au Québec forment comme 30 sages-femmes par année, quelque chose comme ça il y a seulement une école de sage-femme au Québec et c'est vraiment un très petit programme. Donc on n'a pas le volume de formation. Oui ça pourrait être intéressant mais c'est vraiment le nombre qui est problématique. En Ontario et en Colombie-Britannique il y a vraiment beaucoup plus de sage femme et elle prenne une partie beaucoup plus large de ce suivi donc il y a plus de femmes suivis par des sages-femmes en Ontario et en Colombie-Britannique. Les autres provinces sont en cheminement. C'est juste que les autres forment les sages-femmes depuis beaucoup plus longtemps que le reste.

SK : Cela fait combien de temps à peu près que les sages-femmes sont formées au Québec ?

M5 : Bonne question. Je ne sais pas, c'est un petit programme.

SK : ça tend à évoluer ou pas trop ?

M5 : Je ne sais pas si le gouvernement investit sur élargir les postes.

SK : Et vous les médecins de famille n'êtes pas contre ?

M5 : Non pas du tout.

SK : Je pense que ce serait un problème en France. Le gouvernement veut que le médecin de famille puisse voir beaucoup de patients parce qu'on en a de moins en moins et justement les sages femmes se chargent des accouchements donc les médecins ont plus de temps pour le reste mais donc moi, j'aimerais faire des accouchements mais je suis pas sûr qu'avec les sages-femmes ça puisse bien concorder en fait.

M5 : C'est sûr que on a une sphère de pratique différente avec les sages-femmes. Rarement on va accoucher dans les autos, c'est quand même une option mais c'est rare. Donc généralement les femmes qui choisissent une sage-femme pour leur suivi de grossesse veulent soit accouchée à la maison ou à la maison de naissance. Et c'est rare qu'elles vont choisir d'accoucher à l'hôpital avec une sage-femme. Cela existe : dès que la femme veut une épidurale elle doit être transférée à nous pour le suivi du travail donc c'est comme ça.

SK : OK. Est-ce qu'il y a d'autres thèmes que vous voulez aborder ou d'autres questions qui vous viennent en tête ?

M5 : Je pense que en général j'apprécie beaucoup ma pratique et le fait que les médecins de famille sont impliqués dans les suivis de grossesses. Moi j'adore ça lorsque je suis la grossesse, j'accouche le bébé, je prends en charge le bébé, je suis la femme entre ses grossesses je suis la femme pour sa prochaine grossesse, puis son 2e bébé donc c'est vraiment un belle pratique de pouvoir voir cette phase de vie. Je prends en charge pas toutes les femmes dont je suis les grossesses. J'ai fini ma prise en charge, je n'accepte pas de nouveaux patients finalement mais c'est quand même pour celles que j'ai pris en charge que j'apprécie beaucoup cette longitudinalité et ça c'est pas quelque chose que les gynécologues ou sages-femmes vont avoir.

SK : Je suis d'accord, je voudrais bien pouvoir le faire en France.

M5 : Moi je suis assez rare de faire les IVG et l'obstétrique. Dans mes collègues obstétriciens, je suis la seule à faire les IVG et dans mes collègues de IVG je pense qu'on est 3 à faire les 2 les dans ma clinique parmi 8-9 médecins et je pense qu'on est 2 à faire des accouchements en plus. C'est pas super typique de faire les deux. La majorité des IVG sont créés par les médecins de famille au Québec mais c'est pas nécessairement les mêmes médecins de famille qui font les avortements. Et j'aime beaucoup ça aussi dans ma pratique. Et la contraception cela vient avec, j'installe des stérilets et des implants, tout ça fait parti de ma pratique.

SK : C'est super intéressant, je vous remercie beaucoup.

ENTRETIEN 6

(Le dictaphone ne s'est pas mis en route de suite)

M6 : J'ai étudié avec Lysiane que vous vous connaissez et moi je pratique à Joliette, c'est un milieu semi rural à environ 45 min de Montréal et puis, pourquoi j'ai choisi ça... je suis dans ma 4e année de pratique médicale et j'ai choisi médecin de familles surtout pour le suivi longitudinal des patients et pour pouvoir assurer la continuité des soins puis je me suis plus tournée vers la médecine de famille accoucheur que gynécologie parce que la chirurgie m'intéressait beaucoup moins et puis, je ne me voyais pas traiter seulement des patientes. Je trouvais ça intéressant de traiter la multidisciplinarité, la variété de pathologie, des enfants, des personnes âgées, du diabète...et cetera. Je trouve ça vraiment intéressant là en plus du suivi de grossesse donc c'est pour ça que j'ai choisi cette carrière là.

SK : D'accord, et je voulais vous demander quelles étaient les différences en semi rural par rapport à Montréal ?

M6 : Ben on n'accouche pas les grands prématurés et les accouchements par voie basse c'est en haut de 34 semaines seulement, euh les complications vont quand même être vues ici comme les prééclampsies, diabètes et cetera parce qu'on a un gynécologue sur place. Euh... c'est vraiment l'âge gestationnel qui va différer là, les prématurés on va les transférer et les gémellaires on va les transférer au gynécologue et puis si c'est des triplés c'est sûr ça sera pas ici, les grosses malformations cardiaques ça va être accouché à Sainte-Justine, ça sera pas ici...

SK : Donc les transferts dont vous parlez, c'est transféré au gynécologue ou dans un autre hôpital ?

M6 : Non au gynécologue ici, pas par le médecin de famille.

SK : Ok mais sinon pour tout le reste vous le faites.

M6 : C'est ça, on ne fait pas les césariennes, c'est le gynécologue qui s'en charge. Et il y a beaucoup de suivis conjoints avec le gynécologue concernant des patientes qui ont des placentas bas insérés, des complications pour l'accouchement vont avoir un suivi conjoint avec lui. La vraie différence au niveau du semi-rural ça va être plus l'âge gestationnel là, pour les malformations du bébé ça va être transféré en centre universitaire.

SK : D'accord vous faites également des IVG ?

M6 : Moi non. J'ai des collègues qui ne font pas d'accouchements mais qui se sont spécialisés en IVG. A Joliette on fait le premier trimestre seulement mais un de mes collègues s'est formé pour faire du 2e trimestre qui est en train de partir pour un projet de faire des 2e trimestre dans la région de Lanaudière.

SK : C'est vrai qu'ici au Québec, il n'y a pas de limite de délai pour les IVG c'est ça ?

M6 : Euh c'est 23 semaines et 6 jours.

SK : En France on est passé à 16 semaines il y a un mois et déjà ça fait un peu débat. Il n'y a pas beaucoup de médecins qui veulent le faire parce que ce n'est pas la même pratique. Je voulais également discuter un peu des avantages et des inconvénients

justement du système de santé québécois, notamment centré sur la santé de la femme ?

M6 : Euh... les avantages pour nous ou pour les patients ?

SK : Pour les patients et pour vous en règle générale, en ce qui concerne la santé de la femme qu'est-ce qu'on pourrait dire de bien en fait, ce qui est bien fait par exemple ?

M6 : Je pense que un des avantages est qu'ils ont vraiment le choix...et si on recule un petit peu, nous il n'y avait pas beaucoup de sage-femme au Québec c'est assez nouveau, je pourrais pas vous dire exactement à quel moment ça a été instauré mais c'est beaucoup moins populaire qu'en France. Cela commence un peu, euh nous dans Lanaudière nord il n'y a aucune sage-femme qui vient à l'hôpital, il n'y a pas de maison de naissance. Euh...le fait que si elle veut accoucher en maison de naissance, elles doivent aller à 35 min de route minimum. Cela fait un peu plus loin pour elles. Euh mais dans les régions au sud de Lanaudière ou à Montréal je trouve que ce qui est bien dans ce système c'est qu'il y a vraiment le choix et puis c'est vraiment une relation privilégiée quand le médecin de famille fait le suivi de grossesse, l'accouchement puis qu'il suit les bébés après. Je pense que pour la femme, pour la famille c'est vraiment une belle opportunité...

SK : Les patients sont contents et vous le disent ?

M6 : Oui et nous aussi sommes contents. Donc je pense que c'est un avantage d'être suivi par les médecins de famille. Et je trouve un des avantages, c'est qu'on peut suivre beaucoup tu sais, s'il vient pour une otite on sait traiter, s'ils viennent pour une dépression on est à l'aise, on peut aussi beaucoup référer au psychiatre...et tout gérer, je sais pas si c'est comme ça en France aussi mais au Québec sont un peu moins à l'aise avec les plaintes simples mettons moins obstétricales. Pour nous, ça fait une belle diversité de pratique là donc on peut faire justement une journée en maternité, le lendemain on va voir nos patients...et cetera ça fait vraiment une belle diversité pratique puis un des avantages de la médecine de famille c'est que si à 55 ans je veux arrêter de faire des accouchements Ben j'ai la possibilité d'arrêter versus les gynécologues qui doivent assurer la garde pendant toute leur carrière.

SK : Oui c'est ça. Quand on est gynécologue-obstétricien on ne peut pas revenir à faire du suivi de grossesse sans accoucher ?

M6 : C'est très difficile, je pense que c'est possible mais c'est très difficile.

SK : OK et donc pour vous les inconvénients enfin, pour avoir fait pas mal d'entretiens un peu avant c'est surtout l'accès aux soins ?

M6 : Oui mais l'accès au suivi de grossesse, il veut être assez simple. Dans notre région l'accès au suivi de grossesse va être assez simple. C'est surtout le suivi pour après oui c'est sûr que c'est quand même des médecins de famille...moi je pense 40% en moyenne peut-être un peu plus là, c'est soit l'hôpital soit avec les patientes enceintes et c'est sûr que j'ai beaucoup moins de temps à offrir à des patients normaux là. Et ça c'est sûr que ça diminue beaucoup l'accessibilité aux soins pour les autres patients là définitivement.

SK : Et est ce que ça a amené à évoluer justement un peu le statut des sages-femmes ?

M6 : Je ne sais pas. Euh... y a juste une école de sage-femme au Québec, ça évolue beaucoup... euh mais ils en sortent pas des dizaines de milliers par année, je ne sais même pas s'ils en forment une centaine par année donc c'est très peu. Je serai ouverte à travailler avec les sages-femmes, qu'elles viennent accoucher à l'hôpital si elles veulent, qu'il y ait cette chance. C'est carrément plus doux, moi je suis ouverte à faire ça mais il y a beaucoup de réticences de par les expériences antérieures aussi, parce que je pense qu'avant les sages-femmes hésitaient à référer aux gynécologues donc par crainte de reproche. Les vieux gynécologues dans mon milieu en tout cas, ont beaucoup plus de réticence au travail des sages-femmes mais je pense que c'est ce qui se faisait il y a 25-30 ans. Cela a beaucoup évolué depuis les 30 dernières années.

SK : Est-ce que vous aussi vous avez des infirmières un peu spécialisées qui peuvent faire des échographies et cetera ?

M6 : Qui peuvent faire des échographies ? Euh...non.

SK : On me disait, en tout cas à Montréal, qu'elles pouvaient faire une échographie de débrouillage et qu'ensuite la patiente pouvait voir la gynécologue ou le médecin de famille notamment.

M6 : Ah ? OK euh nous on a pas ça euh je sais qu'ils ont formé une infirmière au CLSC pour les IVG, pour qu'elle soit capable de faire une échographie de datation... ça c'est vraiment pour les IVG mais son échographie n'est pas valide. C'est juste qu'ils l'ont ils l'ont formé elle pour que ça soit plus rapide quand la patiente vient, on est capable d'estimer son âge gestationnel, ça c'est pour les IVG dans notre région. Les infirmières périnatalité c'est sûr qu'elles ont une formation mais elles n'ont pas de cours tu sais quand ils sortent de l'école euh, elles ont une orientation à la maternité mais il n'y a pas de cours universitaire. C'est plus des formations spécifiques pour aller chercher là, elles sont vraiment formées dans le milieu dans lequel elles vont travailler. Il y a des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne je pense.

SK : Oui j'en ai entendu parler, et on n'a pas ça en France...

M6 : Elles peuvent faire les suivis de grossesses et mais elles n'ont pas beaucoup de formations pour ça non plus, elles sont beaucoup plus formées en collaboration avec nous au fur et à mesure qu'elles font ça puis c'est seulement pour les grossesses normales.

SK : C'est intéressant, chez nous c'est un peu les sages-femmes qui font ça également et j'ai une question pour la formation, est-ce que vous ne pensez pas que ça pourrait être un peu plus long justement de faire médecin accoucheur ? Parce que je suis toujours hyper étonnée de voir que vous avez un mois voire 3 mois de plus mais c'est tout.

M6 : Ouais, c'est beaucoup dans l'exposition là qu'on veut, dans nos stages de résidence. Euh... pendant ma résidence j'ai fait comme 3 mois et dans ma résidence plus les 3 mois suite à ça euh... mais c'est beaucoup dans la résidence par les choix de stage, les gardes... par ce qu'on peut s'exposer. Mon dernier mois était presque exclusivement réservé au suivi de grossesse, c'est moi qui avais demandé ça à ma formation puis le dernier mois de la résidence, nos examens sont terminés et c'est vraiment plus pour apprendre pour nous là donc j'avais demandé à avoir beaucoup plus d'exposition au suivi de grossesse.

SK : D'accord ouais c'est intéressant de choisir comme ça. Je vais parler un peu du système de santé français, vous le connaissez un peu ou pas ?

M6 : Un peu (rire).

SK : Ben en France justement les médecins généralistes ont une résidence de 3 ans c'est et nous on a des stages obligatoires de 6 mois, tous les 6 mois on change de stage et notamment on est obligé de passer aux urgences et au cabinet de ville, également de passer en pédiatrie et en gynécologie entre autres mais moi mon université c'est 3 mois de gynéco 3 mois de pédiatrie, je vais essayer d'en faire plus parce que j'aimerais faire de la gynécologie par la suite. En fait nous dans la santé de la femme donc on a toujours les médecins généralistes qui peuvent faire le suivi de grossesse mais le dernier trimestre, on doit passer le relais au gynécologue ou une sage femme qui va accoucher la patiente parce qu'on ne peut pas faire d'obstétrique. On peut voir tout le reste, certains médecins généralistes vont faire de la colposcopie mais c'est quand même un peu rare, il faut se former, parce qu'on manque beaucoup de gynécologues en France c'est pour ça qu'on a cette possibilité mais moi je vais essayer de me former mais c'est les places sont chères donc on peut faire aussi des IVG à l'hôpital, il y en a beaucoup. C'est de la gynécologie médicale en fait. Nous on a les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux. Les obstétriciens vont faire de la chirurgie, ils ont 6 ans de résidence et les médicaux c'est 4 ans de résidence et ils vont s'occuper du médical donc ils peuvent faire aussi de la procréation médicalement assistée et on a surtout les sages-femmes qui ont 5 ans de formation et qui font un peu tout ce que vous faites en fait. Elles s'occupent du suivi de grossesse de A à Z donc dès qu'il y a un souci gynécologique, elles le réfèrent au gynécologue. Elles accouchent à l'hôpital donc avec ou sans péridurales, c'est toujours à l'hôpital ou en clinique privée, il n'y a pas de maison de naissance en France je crois. Je sais qu'il y a une maison la femme à Paris mais c'est plutôt une structure où tout est centré autour de la femme mais maison de naissance...euh, peut être que ça va venir parce que c'est en train de se démocratiser de plus en plus l'accouchement physiologique et tout ça mais pour l'instant c'est à l'hôpital ou en clinique privé. Donc elles, elles font de tout. Elles peuvent faire l'échographie, le suivi, les pathologies gynécologiques mais elles n'ont pas cette vision globale du médecin généraliste où justement il peut suivre les enfants, les problèmes psychologiques, les pathologies chroniques et donc moi c'est ça que je trouve ça hyper intéressant à faire enfin tout ça génial de pouvoir faire des accouchements et d'ensuite suivre l'enfant et mais bon, en France j'aimerais bien qu'avec cette thèse on puisse être amené à se poser la question. Que les médecins généralistes puissent se former et le faire mais voilà il y a des femmes qui sont là, qui prennent beaucoup plus et qui sont formées à ça tout simplement donc on verra. Ce sera affaire à suivre.

M6 : Ici la formation c'est pas 5 ans, je ne sais plus si c'est 3 ou 4 dans beaucoup de stages là mais c'est pas 5 ans je trouve ça vraiment intéressant comme formation.

SK : J'adore travailler avec les sages-femmes, elles savent tout forcément, elles font toutes du suivi de grossesse et cetera mais c'est vrai que s'il y a un souci, un gynécologue est toujours de garde. Que les médecins généralistes puissent le faire aussi ce serait un plus, après je ne pense pas que tous les médecins généralistes voudront reprendre des gardes et faire la salle. Dans les médecins que j'ai pu interroger, souvent ils me disent

qu'ils ne feront pas des gardes toute leur vie, vous avez combien de gardes à peu près par mois ?

M6 : C'est 6 par mois, une par semaine et une fin de semaine sur 4 environ 4 ou 5 parce qu'on est 5 dans notre équipe. Euh...et puis nous on fonctionne par équipe, il y a 2 cliniques avec 12 médecins de famille qui font des suivis de grossesse et des accouchements dans notre région donc on a le choix que ce soit dans la clinique ou la clinique gynécologue et puis on est de garde pour nos patients de notre équipe et c'est entre 400 et 500 patients par année.

SK : Du coup vous vous occupez de vos patients et il y a un gynécologue qui s'occupe de ses patients, mais s'il y a un problème dans un accouchement chez une de vos patientes le gynécologue intervient.

M6 : Oui c'est ça, forceps, césarienne et cetera.

SK : D'accord, je ne sais pas si vous avez des choses à ajouter ou des questions éventuellement à aborder dans cet entretien ?

M6 : Je ne pense pas euh...notre formation c'est vrai qu'elle n'est très longue, on a notre externat aussi avant. On a 2 ans de stages aussi, moi j'ai passé 2 mois en obstétrique aussi donc ça peut aller mais c'est vrai que c'est une très longue formation...

SK : Nous c'est 6 ans d'externat puis 3 ans de résidence obligatoire set ils veulent le passer à 4 ans la résidence là voilà.

M6 : Ah oui ? Même généraliste ?

SK : Je pense que je vais passer entre les gouttes mais oui, ils aimeraient passer à 4 ans voilà. Ce que je trouve pas forcément très intéressant mais ça coûte moins cher un résident qu'un médecin (rire).

M6 : Effectivement (rire).

SK : D'accord voilà c'est pour la formation, mais vous avez cette possibilité de faire des diplômes en plus également comme par exemple je vous ai parlé de la colposcopie ?

M6 : Non c'était les 3 mois, j'ai un diplôme, c'est un diplôme de périnatalité là mais c'est un petit diplôme c'est pas une formation supplémentaire euh... avant il y a eu un ministre en 2015 qui a tout changé, mais avant ça il y avait beaucoup d'opportunités de prolonger sa résidence de 1-2-3 mois avec des stages à option comme on voulait. Il y en a qui ont fait des stages en médecine sportive, d'autres en dermatologie avec le diagnostic l'exérèse, la résolution bref et avant il y avait beaucoup plus de possibilités, de diversité en pratiques, de se faire une mini spécialité à la carte donc aucun mes collègues de 2010-2011 ont fait seulement un mois ou 2 mois supplémentaires là sans faire la grosse formation, donc la formation de 3 mois en périnatalité et à McGill c'est une formation de 6 mois. Euh...avant il y cette possibilité de faire un diplôme à la carte maintenant ça a été beaucoup diminué. Ils veulent encourager les médecins à rester dans les bureaux, à prendre plus de patients.

SK : Oui parce qu'ils veulent que les médecins de famille s'occupent plus des patients généraux mais du coup qui est-ce qui verra les femmes ?

M6 : C'est la question qu'on leur pose et qu'il y a pas de réponse là parce que les sages-femmes ne sont pas suffisantes pour voir tous les patients puis elles ont pas le même débit tu sais dans le sens qu'il y a toujours cette question là aussi, le médecin de famille va voir ses patients mais le débit des médecins de famille c'est des rencontres prénatales de 15 à 20 min et les sages-femmes c'est beaucoup plus long donc elles peuvent pas suivre autant de grossesses par année parce que ça prend énormément de temps. Donc c'est grosse question : est-ce qu'on veut que ce soit les obstétriciens gynécologue qui suivent plus de patientes normales ? Mais en même temps si on prend tous les obstétriciens gynécologues pour qu'ils ne fassent que de l'obstétrique mais plus de gynécologues en oncologie...Nous le délai en colposcopie c'est un an d'attente, pour des hauts grades ça peut être 6 mois pour des bas grades c'est un an, pour des ASCUS c'est 3 ans .C'est très long donc déjà qu'on en a pas beaucoup c'est là la grosse question qu'on pose au gouvernement. Et il n'y a pas de réponse. Oui, les infirmières praticiennes peuvent aider un peu pour les grossesses normales mais ça aussi, il n'y en a pas des dizaines de milliers donc c'est ça.

SK : Ouais il faudrait que les sages-femmes soient plus formées et qu'il y en est plus.

M6 : Oui et qu'elles soient plus présentes et je pense que une des parties de la solution serait que les sages-femmes accouchent à l'hôpital et pas seulement dans les maisons de naissance. Il y a des maisons de naissance qui sont situées à 35 min 40 min d'un bloc obstétricale. Personnellement, je ne trouve pas ça sécurisant. Oui il y a des grossesses qui vont super biens mais pour le cas où on a besoin d'aller au bloc... C'est ça, peut être la solution si on veut que les médecins de famille en fassent moins c'est d'impliquer plus de personnes.

SK : C'est intéressant de voir les différences comme ça entre les 2 systèmes. Merci, c'est gentil à vous d'avoir participé. On va pouvoir s'arrêter là et si ça vous intéresse je pourrais vous envoyer à la fin ma thèse d'ici une petite année.

M6 : Avec plaisir, merci au revoir.

SK : Au revoir.

ENTRETIEN 7

SK : Je suis médecin de famille en France et il me reste encore un 6 mois de résidence. Ici je fais une pause de 6 mois pour faire cette thèse et j'ai fait en plus un diplôme de gynécologie-obstétrique ainsi qu'une attestation d'orthogénie pour pratiquer les IVG. L'année prochaine, je candidate pour un DIU de colposcopie également. Ce que je voulais, c'était comparer un peu les 2 systèmes de santé parce qu'en France on n'a pas la possibilité de faire de l'obstétrique. C'est à dire le suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement. Nous, on fait jusqu'au dernier trimestre et après ce sont les obstétriciens qui prennent le relais ou les sages-femmes. C'est pour ça que je voulais discuter avec les médecins et analyser les pratiques, les ressentis et comparer. Donc j'ai commencé par recueillir des données personnelles et donc je voulais commencer par ce qui vous avez amené à choisir la médecine de famille notamment orientée gynécologie ?

M7 : Ben en fait moi aussi j'avais un gros intérêt pour la gynécologie. J'ai longtemps hésité entre les deux car la médecine de famille a peut être plus d'ouverture ici mais ça reste quand même restreint. On ne peut pas faire de césarienne puis on doit faire un peu de tout puis c'est qu'il y a des choses en médecine de famille que je trouve moins intéressantes, des pathologies que je maîtrise moins bien ou des genres de patients qui m'attirent moins et donc pouvoir faire juste la santé des femmes ça m'aurait vraiment intéressé. Je fais les IVG aussi en clinique ici, de la contraception, de l'obstétrique... pouvoir faire juste ça j'aurais voulu et en même temps je ne suis pas très chirurgicale donc ce serait juste pour la césarienne donc c'est pas ce qui m'intéresse tant que ça. Mais en général je dirais, il y a une bonne flexibilité pour la médecine de famille au Canada. Au Québec, je dirais qu'il y a quand même plus de restrictions. C'est surtout le gouvernement qui les met en place, ce n'est pas des restrictions en termes des actes qu'on peut faire mais plus les restrictions en termes de nos responsabilités, parce que justement on doit faire tellement d'autres, on a tellement de patients à prendre en charge, on peut pas juste dire "je vais faire obstétrique et IVG c'est tout", on doit tous prendre nos patients en charge tu sais, 500 minimum. Et puis il y a tellement une grosse demande que tu peux pas décider de faire simplement une chose parce que justement il y a d'autres obligations par le gouvernement en fait.

SK : Donc toi tu suis après les enfants que tu accouches par exemple ?

M7 : Ouais, les hommes aussi. J'ai des patients de tous les genres, tous les âges, toutes les pathologies...

SK : C'est intéressant...et donc t'as aussi des gardes d'obstétrique toutes les semaines ?

M7 : Cela dépend des mois et des semaines. Ici, je travaille à la clinique où je fais mes suivis de médecine de famille et de grossesse et je fais mes gardes à l'hôpital juste à coté. Nous sommes 18, c'est quand même beaucoup on fait des gardes entre 12 et 24h. Cet été je fais une garde par semaine au minimum en moyenne je dirais c'est 3 à 4 par mois.

SK : D'accord, dans le reste du pays ce sont les sages femmes qui prennent le relais alors pourquoi il y a plus de restrictions au Québec que dans le reste du Canada ?

M7 : Non, quand je parle des restrictions, ce ne sont pas les sages femmes qui prennent en charge dans le reste du Canada. Au Canada, en général, si tu es enceinte, tu peux être suivie par une sage-femme ou par un médecin de famille ou par un gynécologue. Et dans les 3 cas tu peux finir par exemple accoucher par ce professionnel là oui un membre du groupe de garde. Il y a quelques médecins de famille qui ne font pas l'accouchement, qui font leur suivi de grossesse puis transfèrent à un groupe de garde (médecin de famille ou un gynécologue). Donc c'est ça la différence, en France les médecins de famille ne font pas d'accouchement mais je pense que aux États-Unis on a un petit peu mais c'est un peu comme moins diffus que dans le reste du Canada. Les restrictions que je parle ici c'est pas tant des restrictions, c'est plus en fait des restrictions du gouvernement ou pas avec ce qu'on peut faire mais les autres choses qu'on doit faire. Parce qu'on doit faire des choses, si on veut pratiquer dans une ville comme Montréal, il n'y a pas forcément de la place pour faire pleins d'accouchements et tout ça. Ben là même, si t'es intéressé par tes propres accouchements y a pas de poste en hôpital. Parce qu'on a besoin des gens qui s'occupent d'autres aspects de la médecine de famille et donc c'est une des provinces qui règlementent le plus les médecins de famille et leur pratique en fait.

SK : D'accord...euh donc tu accouches à l'hôpital et ici ce sont les consultations externes. Il y a que des médecins de famille ici dans cette clinique ?

M7 : Oui, et des résidents, des étudiants et d'autres spécialistes.

SK : Ok. C'est intéressant. Je souhaitais aussi aborder 2 thèmes notamment, pour analyser un peu le système de santé québécois dans la santé de la femme et parler des avantages et des inconvénients selon toi ?

M7 : OK donc les avantages et les désavantages par rapport à ce que la femme spécifiquement ? Euh...bah si on parle d'IVG par exemple je dirais que c'est quand même pas si pire au Québec comparé au reste du Canada. On a quand même beaucoup plus d'accessibilité que dans d'autres provinces en fait. On a quand même beaucoup de lois qui protègent des cliniques comme des manifestations par exemple. Je pense que c'est partout en fait, pour pouvoir prescrire l'IVG par médication il faut être entraîné en milieu chirurgical ce qui fait que ça absolument aucun sens là, t'es pas obligé de faire un curetage là pour pouvoir prescrire. Alors c'est une des barrières je dirais là, euh je trouve ça un petit peu arriéré comme décision. Je pense que c'est bien d'avoir le choix d'être suivi par soit une sage femme soit un médecin de famille ou son gynécologue pour son suivi de grossesse.

SK : Et c'est pas compliqué ce choix ?

M7 : Non cela reste un choix individuel. Je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui savent pas la différence. Je pense que les gens qui choisissent d'être suivis par nous en fait, c'est plutôt parce qu'ils veulent souvent ils veulent être comme suivis en médecine de famille par la suite, c'est pas toujours possible, mais c'est vraiment pour les suivis de grossesse. Je pense que les femmes qui choisissent aussi, c'est des femmes qui veulent quelque chose comme un entre les 2. Il y a aussi la notion qu'être suivie par une sage-femme, c'est dans l'optique d'avoir moins d'interventionnel et d'accoucher en maison de naissance.

SK : Oui, les médecins de famille vont être justement plus orientés physiologique ?

M7 : Oui, je veux dire je pense qu'on est probablement un peu plus médicalisé, parce qu'on va proposer des inductions, des césariennes et cetera pas nécessairement parce qu'on le veut mais juste parce que c'est la nature d'accoucher dans un l'hôpital avec le monitoring continu.

SK : OK et au niveau des inconvénients ?

M7 : Alors c'est ben nouveau là mais probablement que les autres gens avec qui tu vas parler ça va être pareil mais, le niveau d'intervention du gouvernement dans ce qu'on fait sans qu'ils comprennent vraiment la réalité. En fait ils savent pas combien de temps ça nous prend pour voir les patients, que les autres activités qu'on fait...si on travaille un jour ou 24h00 à l'hôpital ou 12h dans une clinique d'IVG ou on fait de l'enseignement. Peut être qu'on enlève des gens de la liste d'attente des médecins de famille mais si on ne le faisait pas ça enlèverait des services de quelqu'un d'autre. Je pense qu'ils ne comprennent toujours pas vraiment...

SK : C'est pareil en France, c'est universel ce genre de chose j'ai l'impression (rire).Donc au niveau des inconvénients, c'est plus le manque de liberté et le fait que vous soyez plus restreint dans votre pratique et aussi l'accès aux soins peut-être ?

M7 : Oui définitivement, je veux dire je pense que ce qui est bien c'est que c'est supposé être l'accès universel au Québec versus les Etats-unis par exemple. Mais ça reste que l'accessibilité n'est pas toujours excellente justement, ce système public n'est pas toujours bien organisé, distribué.

SK : Ici, il y a système privé ou pas ?

M7 : Il y a un système privé mais de ce que j'ai compris tu ne peux pas travailler en système privé et dans le système public en même temps. Donc la majorité du monde finit son travail dans le système public, quelques personnes travaillent dans le système privé pendant un certain moment mais ce n'est pas tant avantageux. Enfin je pense que les gens qui choisissent d'aller dans un système privé, c'est parce qu'ils n'ont pas eu un emploi. En fait pour travailler comme dans un milieu spécifique il faut avoir la permission du gouvernement. Comme à Montréal par exemple, si tu veux absolument rester à Montréal, parce que la famille, leur vie est ici et ils ont pas eu un poste de médecin de famille à Montréal, certains choisissent d'aller dans le privé.

SK : J'ai appris aussi que vous aviez des cliniques qui peuvent être adaptées à certaines pathologies ? Par exemple, une clinique qui va être orientée IST ? Ou une autre orientée IVG c'est ça ? Donc à l'hôpital il y a pas forcément de tout, c'est vraiment orienté en fonction des endroits ?

M7 : C'est dépendant de ton confort, c'est sûr que les IVG on ne fait pas ça ici. On n'a juste pas le matériel pour ça ici. Théoriquement, parce que moi j'ai eu la permission de faire des IVG au Québec, parce que j'en fais des chirurgicales, donc on pourrait prescrire l'IVG médicale ici mais ce n'est pas très utile parce que c'est un protocole spécifique. Donc mes IVG je les fais dans ma clinique avec les autres professionnels avec qui je travaille : les infirmières, le matériel et tout ça. Euh un exemple un peu moins je dirais pointu, c'est comme les ISTS là, la *pr-EP* par exemple pour le VIH ou les stérilets, la contraception, les implants contraceptifs...moi je fais ça et j'ai beaucoup de collègues qui font ça ici. Mais j'ai des collègues aussi qui ne le font pas, notamment poser des stérilets

parce qu'ils n'ont pas assez d'expositions, ils ne sont juste pas confortables avec. Même si on le voit en résidence, si tu ne le fais pas régulièrement, à un moment donné tu te dis, "dans ma pratique je veux pas le faire". Donc soit ils réfèrent à moi ou à un autre collègue qui est confortable ou ils vont envoyer à ma clinique où je travaille qui s'appelle Femina où on pose des stérilets des patientes qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ont un médecin de famille qui ne le fait pas. Mais ça c'est le style de clinique que le gouvernement n'aime pas. C'est justement gaspiller des médecins de famille qui pourraient faire du sans rendez-vous et tout ça. Aller travailler là une fois par semaine par exemple, ils disent "Ben là c'est comme un gaspillage".

SK : Mais en même temps il y a de la demande...et comment ça se passe le protocole pour les IVG ici ?

M7 : Ce sont les comprimés de mifeprisone puis misoprostol là...j'imagine que c'est la même chose.

SK : Et concernant le curetage, parce qu'en France l'IVG chirurgicale a vu son délai passer à 16 semaines d'aménorrhée, ici la limite est à combien ?

M7 : Ben au Canada il n'y a pas de loi en fait. Au Canada théoriquement tu peux aller jusqu'à la fin. Ceci étant dit, personne ne fait ça passé 24 semaines, c'est le fait de passer la viabilité parce que c'est quand même des aspects éthiques et puis c'est rare qu'on monte à 32. Si on le fait c'est parce que c'est une grossesse qui n'est pas viable, par exemple un anencéphale qui n'a pas eu de suivi ou que ce soit. Moi, ma clinique c'est juste du premier trimestre. Je n'ai jamais dépassée 12-13 semaines parce que je n'ai pas l'habilité technique. Il y a des CLSC ou des hôpitaux qui vont jusqu'à fin 24 semaines. Mais ce n'est pas parce que c'est illégal, c'est juste parce qu'il n'y a pas beaucoup de demande pour ça et techniquement c'est difficile. Ce qui serait différent au Canada, c'est qu'il y a un flou juridique, qui laisse un petit peu plus à la discrétion des gens qui savent comment ça fonctionne... on le sait la, on va pas aller faire des IVG à 40 semaines, personne n'a envie de faire ça mais on fait confiance aux patients et aux médecins, on va prendre les bonnes décisions sans que la Cour suprême nous dise qu'on a pas le droit de faire ça, évidemment qu'on ne le fera pas.

SK : C'est intéressant. La dernière question porte sur le système français. Est ce que tu connais un peu en matière de santé de la femme ?

M7 : Euh... plus ou moins. Les sages-femmes prennent comme un plus gros rôle qu'ici je pense.

SK : Alors oui. Nous on a 6 ans d'externat puis 3 ans de résidence en médecine générale et moi si par la suite je veux faire de la gynécologie, je peux parce qu'il en manque beaucoup en France et je passe des diplômes en plus comme ça. Chez nous, les sages-femmes ont 5 ans de formation et elles font toutes les accouchements physiologiques mais à l'hôpital ou en clinique privé. Elles font les accouchements avec péridurale notamment. Ce ne sont pas les maisons de santé comme vous avez ici. Donc ce que j'aimerais beaucoup est que les médecins de famille puissent aussi s'ils le souhaitent pratiquer les accouchements. On verra avec cette thèse cela peut être possible mais après ça serait un marcher un peu sur les plates-bandes des sages-femmes et des gynécologues. Il y a toujours un gynéco qui est sur place aussi à l'hôpital, car si cela se

complique il prend le relai. J'ai interrogé des médecins d'autres régions, et eux me disent que des fois il n'y a même pas de ma gynécologue dans leur région et doivent donc transférer très loin. Ce sont les médecins de famille qui font pratiquement tout au Québec.

M7 : Oui ça dépend c'est ça c'est sûr, ouais j'imagine que ce que je fais moi c'est similaire à ce que fait la sage femme en salle d'accouchement en France. Je gère les patientes un peu bas risque avec la péridurale si elles la veulent ou pas. en fait c'est un peu différent parce que je pense que les sages-femmes font tous les accouchements en France. Moi je suis là pour les forceps, les césariennes, les ventouses aussi...

SK : Si il y a une complication elles vont orienter vers le gynécologue...

M7 : Est ce que c'est le gynécologue qui va terminer l'accouchement ?

SK : Si c'est un accouchement pathologique. S'il n'y a pas de problème c'est la sage-femme qui termine, mais la grosse différence est qu'elles font que ça. Elles s'occupent du suivi de grossesse et du suivi gynécologique mais dès qu'il y a un problème elles orientent au gynécologue.

M7 : Et quand tu dis que tu as eu un diplôme de gynécologie, c'est quelque chose en plus ?

SK : C'était en parallèle de ma résidence. C'est optionnel, j'ai décidé de le faire en plus. En 2e année, on est obligé de faire 6 mois.,. nos stages durent 6 mois. Donc j'ai fait 6 mois en cabinet de ville et 6 mois aux urgences la première année et la 2e année tu as le droit à 3 mois en gynéco 3 mois en pédiatrie puis 6 mois dans un service de médecine adulte. C'est en parallèle de tout ça que j'ai fait en plus des consultations en gynécologie et j'ai passé un examen pour avoir ce diplôme de gynécologie obstétrique. C'est une formation supplémentaire en fait. Cette année je fais l'attestation d'orthogénie, et l'année prochaine j'aimerais bien passer un diplôme en plus de colposcopie. C'est une formation en plus que je peux décider de suivre, avec un examen à la fin.

M7 : Mais il y a de la place pour ça, moi j'ai du chercher de la place pour ce genre de formation.

SK : Chez nous, il y a de la place car en général les gynécos ne veulent pas le faire donc c'est souvent les médecins de famille...

M7 : Nous aussi ce sont souvent les médecins de famille parce que je regardais aux États-Unis c'est plutôt les gynécologues qui s'impliquent.

SK : De plus, il manque de gynécologues partout en France. Il y a même des départements qui n'ont pas de gynécologues. Donc je ne pense pas avoir de soucis à pratiquer la gynécologie, et notamment des IVG par la suite. La colposcopie c'est plus difficile. Puis par la suite j'aimerais bien suivre une formation en échographie. C'est plus long et difficile. Mais je ne ferai jamais d'obstétrique. Il y a 40 ans, les médecins de famille le faisaient dans les campagnes...et cetera.

M7 : Il y a probablement des bénéfices et des inconvénients aux 2 systèmes là. Je trouve ça bien que tu puisses quand même faire les choses que tu veux, plus de place... je sais pas peut-être que le gouvernement n'intervient pas tant chez vous.

SK : Si quand même. De notre côté, on a le gros problème du *numérus clausus*. La première année de médecine est un concours qui sélectionne les étudiants. Bon là il est en train d'être retiré. Donc le nombre de places de médecins est limité sur le territoire. Et en 6e année on a encore un concours pour choisir une spécialité. Moi je voulais faire gynécologue, c'est parce que je n'ai pas été bien classée au concours que j'ai choisi ensuite médecin de famille. Et j'aimais bien la chirurgie.

M7 : Moi aussi je voulais faire de la gynécologie, moi j'aimais moins ça la chirurgie mais je me suis dit je suis rendue finalement. Nous c'est pas un concours, ce sont des entrevues durant la résidence puis il y avait comme 3 postes en gynécologie. C'est basé sur une entrevue de 15 minutes...ils disent" cette personne là, je pense qu'elle va *fiter* avec nous pour 5 ans et plus ou pas..." et c'est ça. Un concours c'est comme, celui qui a la meilleure note...

SK : C'est ça, celui qui a la meilleure note choisit sa spécialité et sa ville en France. C'est un concours national.

M7 : Et tu peux pas le retenter par la suite ?

SK : C'est compliqué de repasser ce concours, il faut des accords pour redoubler et cetera. Donc non je m'étais dit "soit je fais gynécologue soit je fais médecin de famille et je fais ce diplôme de gynécologie-obstétrique en plus". De plus, médecin de famille l'avantage c'est qu'on plus libres. L'internat de gynécologie-obstétrique dure 6 ans très dur très compliqué et surtout par la suite bah t'as pas trop le choix, t'es à l'hôpital et c'est tout. Moi je voulais avoir un peu plus de choix aussi mais oui je n'aurai pas l'obstétrique.

M7 : Je pense qu'on finit par trouver son projet, je veux dire c'est pas mal similaire aux choses que je fais et que moi je voulais faire, mais j'ai trouvé mon compte. Après il faut voir ce que tu veux vraiment... *who knows* ? La vie est longue (rire).

SK : C'est ça oui! Alors je ne sais pas si t'avais des impressions à me donner ou si tu voulais aborder d'autres sujets ?

M7 : Non pas nécessairement, je suis curieuse de voir ce que ça va donner. Ah je voulais te demander si c'était une thèse qui était obligatoire ?

SK : Oui, c'est dans le cadre de notre formation. En France, pour avoir notre doctorat et pouvoir nous installer en tant que docteur en médecine par la suite, on a l'obligation de soutenir une thèse devant un jury et de prêter le serment d'Hippocrate. Voilà, je te remercie pour ta participation et si cela t'intéresse, je t'enverrai les résultats une fois terminés.

M7 : Avec plaisir. Au revoir.

SK : Merci. Au revoir.

ENTRETIEN 8

SK : Enchantée, moi c'est Sophia, je fais une thèse je suis interne en médecine générale, l'équivalent de résident en médecine famille en France. Ce qui m'intéresse, c'est le suivi de grossesse et la santé de la femme en général en tant que médecin de famille au Québec. Vous pouvez aller jusqu'à l'accouchement, et nous on peut faire du suivi de grossesse jusqu'au dernier trimestre puis après on passe le relais gynécologue

obstétricien ou sage-femme. Je voulais donc justement comparer un peu ces deux systèmes et voir ce que ça pouvait apporter et cetera. Alors je demande à tous les médecins des données démographiques : l'âge, la situation familiale, dans quelle région tu exerces et après je vais poser les questions dans l'entretien qui sont un peu plus libres.

M8 : J'ai 46 ans. Je suis conjoint de fait, au Québec on appelle ça comme ça. On n'est donc pas marié mais on est considéré conjoint de fait parce qu'on a des enfants, civilement c'est la même chose là, ça ne fait pas de différence avec des enfants. Et j'exerce à Joliette, à 1h15 de Montréal.

SK : OK. Concernant le parcours de formation ?

M8 : Donc moi j'ai fait mes études en médecine à l'université de Montréal, j'ai fait ensuite de ça mon externat dans un centre qui était affilié à Trois-Rivières qui est la ville principale entre Montréal et Québec. Puis j'ai fait ma résidence en médecine familiale aussi à Trois-rivières par la suite.

SK : Et alors pourquoi la résidence en médecine familiale et pas en gynécologie ?

M8 : Oh, bonne question. J'avais déjà des enfants à ce moment-là donc c'était pas envisageable à ce moment-là de dire que je poursuivais pour 5 années supplémentaires avec un petit bébé, retourner en grand centre aussi, être plus en périphérie, c'était plus simple.

SK : Parce que la médecine de famille c'est 2 ans chez vous c'est ça ?

M8 : Oui c'est 2 ans puis la gynécologie c'est 5 ans donc c'est vraiment pour des raisons personnelles parce que de prime abord, je pense que j'aurais peut-être fait une résidence en gynécologie mais y a énormément de choses qui m'intéressaient aussi : la pédiatrie...Moi je suis médecin au GMFU donc je pense que le toi t'es en contact avec le docteur Dallé qui est aussi dans un GMFU. Dans le fond c'est des centres de formation en médecine familiale donc moi je suis médecin enseignant au GMFU de Lanaudière puis je suis la responsable de tout le secteur périnatalité donc la pédiatrie ça m'intéresse beaucoup. De faire médecine familiale me permettait de faire tout ce qui était périnatalité.

SK : C'est beaucoup, ça me paraît incroyable ce travail. Les médecins de famille ici font tout!

M8 : C'est une belle pratique puis ça me convenait très bien. De faire une résidence plus longue, ça ne me convenait plus avec un petit bébé et de retourner en grand centre. C'est un peu ce qui a motivé mon choix mais la résidence en gynécologie m'intéressait aussi.

SK : D'accord, et c'est possible en tant que médecin de retourner en gynécologie par exemple si on le souhaite ?

M8 : Oui, c'est très peu fait par contre, euh je connais je connais peut-être une ou 2 femmes qui ont fait ça là, qui ont eu des enfants pendant leur résidence, qui ont fait leur médecine familiale puis qui sont allées faire la spécialité en gynécologie. C'est peu fréquent, l'inverse est plus fréquent.

SK : OK. Par la suite dans un premier temps, je souhaitais analyser le système de santé québécois au niveau de la femme justement, notamment les avantages et les inconvénients. Dans un second temps, je parlerai de la France, à savoir si vous

connaissez un peu les différences pour comparer. Quels sont les avantages du système de québécois en matière de santé de la femme ?

M8 : C'est difficile de comparer, euh je pense que c'est le système pour la santé de la femme ou pour seulement la portion obstétricale ?

SK : Alors on va passer sur le suivi de grossesse.

M8 : OK, alors bon je pense que à travers le Québec, c'est relativement facile d'avoir du suivi obstétrical de qualité parce que bon il y a des gynécologues qui sont surtout dans les grands centres, dans les centres un peu plus secondaires aussi puis en région très éloignée souvent, on voit plus de médecins de famille...euh.

SK : Il n'y a pas beaucoup de gynécologues c'est ça ?

M8 : Il y a peu de gynécologues à un centre plus éloigné, je pense à la région de la Beauce, en Gaspésie, aux de la Madeleine.

SK : Et comment ça marche vous pour avoir un nombre de gynécologues justement au Québec ? C'est il y a un nombre fixé de praticiens c'est ça ? Et ils n'augmentent pas quand ils voient que ce n'est pas suffisant ?

M8 : C'est sûr qu'il manque tellement de médecins de famille aussi que c'est un équilibre que le gouvernement tente de maintenir. Euh...Actuellement il manque davantage de médecins de famille que de gynécologues donc ils n'ouvrent pas nécessairement plus de postes en gynécologie.

SK : Chez nous, les accouchements se font majoritairement à l'hôpital, vous pouvez avoir une maison de naissance c'est ça ?

M8 : On a une maison de naissance qui est à la frontière sud qui est toute nouvelle en fait, qui vient d'ouvrir ses portes il y a à peine un an. Mais auparavant il n'y avait pas de maisons de naissances dans notre région. La maison de naissance la plus proche était située à Trois-Rivières.

SK : OK et alors là c'est que les sages-femmes, y a pas de gynécologues sur place ?

M8 : Non, ils sont tout près de l'hôpital si y a besoin de faire un transfert c'est à quelques minutes. Je pense que c'est apprécié, il y a beaucoup de patientes qui souhaitent avoir un suivi sage femme puis accouchées en maison de naissance en fait euh l'offre n'est pas suffisante pour la demande là pour ce qui est du suivi sage-femme et des maisons de naissance à travers le Québec.

SK : D'accord et par contre toutes les femmes vont avoir une place à l'hôpital pour pouvoir accoucher sans souci ?

M8 : Oui, sauf exception et à ce moment là on transfère dans le centre le plus proche mais normalement y a pas de problème avec ça.

SK : Et souvent, ce sont les médecins de famille qui peuvent accoucher leurs patientes ?

M8 : C'est très différent d'un hôpital à l'autre. Souvent il y a des les patientes qui sont suivies en médecine de famille sont accouchées par les médecins de famille et les patientes qui sont suivies par des gynécologues sont accouchées par des gynécologues

mais il y a d'autres ententes à travers le Québec. En Mauricie, le gynécologue n'est que consultant c'est les médecins de famille qui suivent toutes les patientes et qui accouchent toutes les patientes et le gynécologue est seulement consultant si jamais il y a une problématique particulière ou une grossesse plus à risque. Une entente dans ce sens-là à travers le Québec, c'est plus en région un petit peu plus éloignée habituellement. Il y a comme un gynécologue pour toute la région donc ce gynécologue est de garde mais c'est pas la première ligne c'est seulement de la 2e année.

SK : D'accord donc on peut dire que les inconvénients seraient plutôt le manque de médecins ?

M8 : Oui puis l'accès avec le suivi sage-femme en maison de naissance, c'est un enjeu là. Il y a beaucoup de patientes qui finissent à accoucher à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas été capables d'avoir de place en maison de naissance.

SK : OK et en matière de santé de la femme du coup, le médecin de famille peut tout faire ? Si par exemple on découvre un cancer du col de l'utérus, il peut prendre en charge ou il envoie vers le spécialiste ?

M8 : Cela dépend beaucoup des médecins, selon notre propre expertise personnelle, jusqu'où on veut aller, jusqu'au on se sent compétent pour aller. Mais pour les problématiques plus gynécologiques, mettons justement suspicion de cancer du col en tout cas on réfère au gynécologue à ce moment-là. Même chose pendant le suivi de grossesse, les grossesses qui sont très à risque, des utérus bidef, des problèmes au niveau de la santé en médecine interne, plusieurs antécédents d'accouchements compliqués, on peut référer à ce moment-là à nos collègues gynécologues. Même chose à la salle d'accouchement, quand le tracé est anormal ou qu'on a l'impression qu'il y a une dystocie et qu'on a besoin d'une césarienne à ce moment-là, on demande au gynécologue.

SK : Comment vous travaillez ? Vous êtes tout le temps à l'hôpital ou vous allez être un peu en cabinet ?

M8 : Encore une fois c'est différent de d'un milieu à l'autre, je dirais que notre façon de travailler c'est le mode de fonctionnement le plus fréquent donc on est une équipe de 8 médecins et on est de garde en alternance chacun notre tour pendant 24h. On suit un pool de patientes qui sont les patientes qu'on soit tous personnellement puis c'est le médecin de garde pour l'équipe qui accouche les façons de tous les membres de l'équipe.

SK : Il y a combien d'accouchements par jour environ ?

M8 : Dans notre centre, je pense que la moyenne c'est probablement 3 à 4 par jour. On est relativement une petite région, c'est très variable d'une région à l'autre là, il y a des centres hospitaliers comme la cité de la santé à Laval ou l'on parle plus d'une douzaine d'accouchements par jour voire une quinzaine. Des centres plus tertiaires comme l'hôpital Sainte-Justine ou à Maisonneuve-Rosemont à Montréal où le débit est beaucoup plus grand.

SK : OK. Dans ma région, je vis dans le nord de la France. Il y a des gros centres de médecine notamment en santé de la femme, c'est une région qui est assez pauvre avec des patients de milieux précaires donc plus jeunes et oui il peut y avoir 20

accouchements par jour, mais dans différents centres. Je crois qu'il y en a 5 ou 6 dans le nord et chacun fait beaucoup d'accouchements.

M8 : Le territoire qu'on couvre est immense en fait. Il y a beaucoup de patients qui habitent facilement à 3h de route de notre centre hospitalier là donc on couvre un très grand territoire. Il est mal desservi aussi par les transports là donc c'est des routes qui sont en forêt. On dessert toute la communauté autochtone aussi de Manawan qui est plus au nord là donc on a un grand territoire, un bassin de population qui n'est pas si grand que ça.

SK : Et alors comment vous faites pour les patients justement qui sont à 3h, elles viennent la veille de l'accouchement et vous programmez ?

M8 : Les patientes qui sont dans la communauté autochtone sont évacuées entre guillemets à partir de 36 semaines. Il y a une petite maison d'hébergement tout près du centre hospitalier où elles peuvent habiter jusqu'à temps que le travail débute.

SK : C'est intéressant. Il n'y a pas en France, en tout cas pour l'instant.

M8 : Les routes sont dangereuses oui.

SK : Et donc vous connaissez un peu le système en France ou pas ?

M8 : Très peu. Moi j'étais déjà mentor pour des médecins qui pratiquaient en France qui voulaient s'établir au Québec donc j'ai eu un petit peu de contact avec des médecins de famille parce que je m'occupais de leur dossier pendant leur formation. Il y avait un médecin de France et l'autre était belge donc c'est à peu près le seul contact mais non je connais un peu la France mais pas le système de santé.

SK : Ben c'est ça en fait, nous les médecins généralistes, on a un externat de 6 ans et après on a 3 ans de résidence en médecine générale. Et comme il manque de gynécologues en France, on peut faire aussi des formations en parallèle, ce que j'ai fait, on peut passer un diplôme de gynéco obstétrique et un diplôme d'échographie, de colposcopie. On ne peut pas faire de procréation médicalement assistée et en fait par la suite, on peut faire du suivi de grossesse et tout ce qui concerne la santé de la femme selon comment on se sent avec nos compétences. De même, s'il y a un souci on réfère au gynécologue. Par contre, on ne peut pas faire d'obstétrique. Toutes les femmes vont accoucher à l'hôpital majoritairement, en clinique privée, sinon à domicile par des sages-femmes. Il y a beaucoup de sages femmes aussi qui font du suivi, elles peuvent faire des échographies, elles font tout comme les médecins généralistes mais que pour la femme enceinte et quand il y a une pathologie particulière, pareil elles transfèrent au gynécologue.

M8 : Les sages-femmes accouchent en France ? Et pas les médecins de familles ? C'est fascinant.

SK : Les sages-femmes ont 5 ans de formation et elles font que les accouchements physiologiques. Les médecins de famille d'il y a 30-40 ans en campagne n'avaient pas le choix d'accoucher mais plus maintenant. Et je trouve ça vraiment dommage, c'est pour ça que je voulais interroger pour voir s'il y a possibilité de faire quelque chose. Et oui donc pour la procréation médicalement assistée, ce sont les gynécologues qui s'en occupent et pas les médecins de famille ?

M8 : Oui, je ne connais pas de médecin de famille qui fait ça.

SK : OK ouais c'est pareil c'est pareil en France. Il y a la gestation pour autrui ici ?

M8 : Oui.

SK : Ce n'est pas autorisé en France encore.

M8 : C'est tout à fait autorisé ici, par contre évidemment c'est réglementé puis c'est une réglementation qui est actuellement en mouvance donc pour un petit peu mieux protéger la femme qui porte un bébé pour quelqu'un d'autre. Donc c'est un sujet d'actualité. Actuellement je suis une patiente qui porte un bébé pour un couple homosexuel, je pense que c'est la première fois que je suis grosse dans le but est vraiment de ne pas garder le bébé là.

SK : Est-ce qu'il y a ici des accouchements sous X également ?

M8 : Oui c'est très peu fréquent, c'est quelque chose qu'on voit avec notre communauté autochtone parce que souvent ça fait partie de leur culture qu'une femme qui croit ne plus être capable de prendre charge sa famille, offre son nouveau-né à une cousine qui est pas capable d'avoir d'enfant ou tout ça. C'est quelque chose qu'on voit quand même assez fréquemment avec la communauté autochtone, un petit peu moins avec allochtones mais ça peut survenir de temps en temps mais ce n'est pas fréquent.

SK : D'accord bon, c'était hyper intéressant j'ai plein de questions encore mais c'est déjà pas mal. Je voulais savoir quelles étaient vos impressions par rapport à l'entretien et si il y avait d'autres sujets éventuellement que vous vouliez aborder ?

M8 : Je veux juste préciser la formation parce que là toi tu me disais que tu fais des formations supplémentaires. En fait pour faire la santé de la femme tout ça, c'est quelque chose qui est disponible aussi au Québec. Donc notre formation médicale dure en général 5 ans puis après ça 2 années de résidence en médecine familiale. Après notre résidence en médecine familiale, on est autorisé à faire la pratique de notre choix pour laquelle on se sent confortable donc vraiment de réglementation. Par contre, il y a des formations complémentaires qui existent pour faire justement de la périnatalité, des soins palliatifs, de l'urgence en centre hospitalier, de la traumatologie tout ça. Donc c'est une formation de 3 mois, que c'est que des accouchements en fait qu'on peut aller faire dans des centres spécialisés. Moi c'est pas une formation que j'ai fait parce que pendant ma résidence j'ai été très exposée à la santé de la femme en fait, toutes les tous les stages qui étaient comme en option je les ai pris en périnatalité.

SK : C'est combien de stages vous en résidence ? Parce que nous on a tous les 6 mois un nouveau stage pendant 3 ans.

M8 : C'est très variable d'une faculté à l'autre. En fait nous c'est pendant 2 ans. La formation que j'ai faite, c'était des stages de un mois qui se chevauchaient donc 13 stages d'un mois pendant 2 ans. Mais où je pratique c'est des stages qui sont plutôt horizontalisés, c'est des stages qui sont étendus sur beaucoup plus de mois mais intercalés avec des journées de bureau, de suivi de médecine familiale.

SK : OK alors nous, ce sont des stages obligatoires. On a 3 ans de résidence : la première année on a 6 mois aux urgences, 6 mois en cabinet de ville obligatoire. La 2e année, on a 3 mois un gynéco 3 mois pédiatrie et pour certaines facultés, c'est 6 mois gynéco 6

mois pédiatrie. On a 6 mois en médecine d'adulte à l'hôpital et 6 mois dans un cabinet où on est autonome. On peut être tout seul avec le patient, on est supervisé au téléphone de manière indirecte et ça c'est obligatoire. Donc moi j'ai fait que 3 mois de gynéco, ce qui est pas suffisant pour moi, c'est pour ça que je fais ces formations aussi et puis ça donne une certaine crédibilité d'avoir un diplôme sur le CV. Pour pouvoir travailler à l'hôpital également, par exemple cette année j'ai fait une attestation en orthogénie pour pratiquer les IVG. Les médecins de famille peuvent faire les IVG médicamenteuses, les curetages à l'hôpital. C'est optionnel mais je pense que c'est quand même mieux c'est mieux de le faire parce qu'on n'a pas beaucoup justement de gynécologie dans notre cursus.

M8 : OK. Nous au Québec c'est pratiquement que des médecins de famille qui font les IVG également.

SK : En France aussi.

M8 : Puis justement c'est des formations qu'on fait dans le cadre de notre résidence mais qui sont des stages à option donc voilà on a plusieurs stages obligatoires, mais on a en moyenne par 2 mois de stage à option par année. Donc on peut les orienter en fonction de la pratique future qu'on souhaite faire. Moi j'ai fait que de la périnatalité pendant ces stages là donc quand j'ai terminé ma résidence après 2 ans j'ai débuté ma pratique autonome, et comme le gynécologue est toujours dans mon centre hospitalier, si jamais je suis mal prise puis que j'ai l'impression que j'ai besoin d'aide pour ma patiente, ben le gynécologue est disponible donc rapidement après la fin de ma résidence j'ai commencé une pratique obstétricale. La plupart de mes jeunes collègues maintenant font le 3 mois supplémentaires en obstétrique là avant de débiter, c'est la c'est la grande majorité maintenant de mes jeunes collègues qui font la formation supplémentaire, mais moi et les collègues qui ont débuté leur pratique en même temps que moi, c'est une formation qu'on a pas faite nécessairement.

SK : OK ouais c'est intéressant. Donc en fait dès le départ quand on est résident en médecine de famille on peut choisir un peu vers quoi on peut s'orienter tout de suite.

M8 : Oui voilà, il y a certains stages obligatoires évidemment mais on peut déjà orienter notre résidence en fonction de la pratique future qu'on souhaite faire. C'est apprécié parce que c'est relativement long. Bon c'est pas si long si je compare avec vous, c'est 3 ans mais nous c'est 2 ans ça se discute de plus en plus d'allonger un peu la résidence.

SK : Pour nous c'est pareil, ils souhaitent allonger à 4 ans.

M8 : Ah oui c'est vrai ?

SK : Oui, faire 6 ans plus 4.

M8 : C'est beaucoup! Parce que en pratique autonome, on continue d'apprendre, on continue de se former, on apprend à chaque jour, c'est jamais terminé.

SK : Je suis d'accord mais c'est pour avoir un peu de la main d'œuvre pas chère parce que nous les résidents, on coûte moins chers et on fait une année de plus. Et la pratique en tant médecin de famille autre que la gynécologie ça prend combien de temps à peu près ?

M8 : Dans la semaine je dirais que j'ai une de mes journées que je consacre habituellement à ma garde hospitalière à la salle d'accouchement. Pendant cette journée là je fais un petit peu de suivi de grossesse ou je retourne les appels de mes patients en médecine familiale tout ça mais je suis de garde pendant 24h. Euh c'est sûr que, travaillant dans un GMFU, j'ai une certaine part d'enseignement aussi donc l'équivalent d'une journée par semaine où je fais des tâches de supervisions, d'enseignement, de mentorat. Peut être l'équivalent d'une à 2 journées par semaine que je fais que du suivi obstétrical puis pour le reste de la semaine des tâches de sans-rendez-vous. Puis le suivi de médecine familiale, je dirais que ça peut ressembler à ça. C'est une pratique qu'on peut difficilement faire par date de très nombreuses années parce que c'est fatiguant, on est de garde 24h et le lendemain souvent on finit par travailler parce que notre clientèle a des besoins euh c'est pas tous les médecins au Québec qui peuvent maintenir cette cadence là jusqu'à la fin de leur carrière là. Eventuellement souvent, les gens vont décider de faire que du suivi de grossesses, que de la médecine familiale, de mettre plus cette cadence là. Jusqu'à 70 ans personne ne fait ça.

SK : 70 ans ?

M8 : C'est pas rare, l'âge de retraite comme médecin au Québec c'est dépassé 70 ans.

SK : C'est quand la retraite pour vous ?

M8 : En médecine il n'y a pas de règles. Moi je ne connais pas de médecins qui prennent leur retraite avant 60 ans, mais dans la soixantaine, soit la pratique est un petit peu plus allégée puis justement souvent les gens finissent par faire hors de leur champ d'expertise un petit peu plus à temps partiel, puis des médecins qui poursuivent au-delà de 70 ans même jusqu'à quatre-vingts, cela demeure des exceptions quand même. Il n'y a pas de règles mais par contre à partir de 80, le collège s'assure qu'une mise à jour soit faite quand même. Il y a une réglementation un petit peu plus exigeante pour les médecins qui sont en grand âge, qui veulent poursuivre leur pratique donc il y en a justement qui trouvent fastidieux de répondre à ces exigences puis qui arrêtent leur pratique. Mais ça dépend, à partir de la cinquantaine, je dirais que la plupart des médecins finissent par faire hors de leur champ d'expertise pour justement commencer à alléger un petit peu leur tâche. Car ça demande des grosses semaines de faire et de l'obstétrique, et de la périnatalité, et de l'enseignement, et de la médecine familiale. C'est beaucoup.

SK : Oui je sais pas comment vous faites et ça me paraît énorme (rire).

M8 : Faut être en bonne santé (rire).

SK : Ben super, merci beaucoup aussi je pense que j'ai un peu près abordé les sujets que je voulais. Je ne sais pas s'il y a d'autres sujets que vous voulez aborder ?

M8 : Non mais c'est super intéressant ce que tu fais comme comparaison et puis je serais très intéressée à avoir les résultats de ton travail.

SK : Avec plaisir. Je fais les données au Québec tout l'été puis quand je rentre en France en octobre là, je m'occupe de la partie française et normalement je passerai ma soutenance de thèse l'année prochaine. Donc avec grand plaisir je vous enverrai mes résultats.

M8 : Oui ça me ferait très plaisir parce que je trouve ça très intéressant.

SK : Ben c'est gentil merci beaucoup, merci de participer, au revoir.

M8 : Je t'en prie, au revoir.

ENTRETIEN 9

SK : Bonjour, merci d'avoir répondu à mon appel.

M9 : Bonjour, c'est avec plaisir, désolée du délai de réponse.

SK : Pas de soucis, je me présente je suis Sophia, enchantée.

M9 : Enchantée!

SK : Je te rappelle un peu mon projet de thèse. J'ai choisi un sujet qui traitait des différences, concernant les médecins de famille, dans la prise en charge de la santé de la femme entre la France et le Québec, car vous avez la possibilité de faire les accouchements.

M9 : En France, c'est les sages-femmes c'est ça ?

SK : Exactement. Donc je voulais commencer par savoir pourquoi avais-tu choisi de faire médecin de famille accoucheur et non pas gynécologue ?

M9 : Ouais. Euh en fait, j'aimais quand même faire de la médecine de 0-100 ans et la pédiatrie aussi, je voulais faire une prise en charge globale de la femme et faire le suivi de l'enfant aussi par la suite. Puis le côté chirurgical de l'obstétrique m'intéressait un peu moins. Je n'avais pas d'aspiration chirurgicale, la durée de la résidence aussi (rire) est un facteur qui a contribué dans ma décision.

SK : Okay et tu as pu faire le stage de connaissance approfondie en périnatalité ?

M9 : Oui j'ai fait un 3 mois de plus à la fin de ma résidence. Puis j'ai fait aussi un mentorat, c'est à dire qu'on la droit à 20 accouchements où un collègue peut être présent pour nous supporter puis s'adapter au début de la pratique.

SK : Okay! Tu travailles où déjà ?

M9 : Je travaille au CHUM, au centre hospitalier de Montréal.

SK : Quel âge as-tu ?

M9 : J'ai 34 ans!

SK : Donc tu as choisi cette voie pour ne pas avoir de chirurgie et pour bénéficier de cette flexibilité et longitudinalité, c'est ça ?

M9 : Oui, c'est ça, pour la prise en charge globale.

SK : Pour toi, quelles sont les avantages et inconvénients dans la prise en charge des femmes chez les médecins de famille québécois ? Cela inclut le suivi de grossesse notamment.

M9 : C'est sûr que l'enjeu aujourd'hui au Québec c'est l'accès aux médecins de famille. Quand on en a un qui fait de la santé de la femme, on peut vraiment faire la prise en charge globale : dépistage, IST, suivie de grossesse, contraception...et cetera. On connaît les particularités de notre patiente, sa compliance ou pas et donc on peut vraiment prendre en charge tout ça. Un des avantages que je vois, euh...tu sais il y a des patientes, leurs médecin de famille ne font pas de pap-test et ne sont pas à l'aise avec ça, pour moi c'est une aberration, cela fait partie de notre mission comme médecine de

famille. Je pense que maintenant on a beaucoup de travail en collaboration avec les infirmières qui peuvent faire des pap-test...

SK : Ah bon ?

M9 : Oui les infirmières cliniciennes peuvent faire le dépistage du cancer du col de l'utérus et d'IST. Elles peuvent initier la contraception, participer aux suivis de grossesse en alternance médecins/infirmières jusqu'à 32 semaines.

SK : Quand est ce que le médecin s'en occupe ?

M9 : Pour les suivis de grossesse, le premier rendez-vous c'est l'infirmière clinicienne qui le fait chez nous. C'est un long rendez-vous de collecte de données, d'enseignements aussi, des habitudes...et cetera. Cela prend 1h avec les patientes pour faire cette première visite et le médecin les voit lors de la 2ème visite avec les résultats des prises de sang, faire l'examen physique...puis on alterne un rendez-vous sur deux médecin/infirmière pour ce qui est des grossesses normales. Pour les cas plus particuliers, le médecin fait un suivi exclusif puis à partir de 32 semaines, c'est uniquement le médecin qui suit la patiente jusqu'à la fin parce qu'il y a plus de décision clinique à prendre.

SK : Et ça, ça dépend des centres ou c'est partout pareil ?

M9 : Cela dépend des centres. Nous à notre clinique, on a développé cette collaboration là car on avait des infirmières cliniciennes qui avaient cet intérêt là puis qui ont développé cette expertise là. Ce sont des infirmières qui avaient déjà travaillé dans d'autres centres du Québec où il y avait moins de médecins donc qui étaient amené à faire des suivis de grosse mais c'est pas partout comme ça. Cela nous permet de suivre plus de patientes aussi parce qu'on voit moins de fois les patientes sur la grossesse donc on peut en suivre plus. Euh puis les parentes apprécient beaucoup! Les infirmières sont plus disponibles par téléphone si elles ont des questions donc c'est vraiment apprécié!

SK : Il y a aussi des infirmières cliniciennes pour les IVG ?

M9 : Euh pour ce qui est IVG, moi j'en fais pas dans ma pratique donc j'ai moins cette connaissance là, les infirmières ne peuvent pas faire d'IVG. Elles sont là pour assister le médecin et souvent il y a une travailleuse sociales comme intervenant plus pour le counseling avant puis le support, le choix et tout ça. C'est le médecin qui fait vraiment l'acte médical. Euh...puis au Québec il y a un numéro de téléphone québécois pour trouver un rendez-vous rapidement pour les patientes donc...euh comme moi si j'en fais pas, je peux référer ma patiente à un médecin au téléphone puis avoir un rendez-vous rapidement. Je pense que ce qui est différent en France, c'est que c'est vraiment plus le gynéco qui prend en charge de ce que j'avais entendu ?

SK : Je vais t'en parler après du système français oui! J'aimerais d'abord terminer sur les avantages et inconvénients.

M9 : C'est ça, ben l'avantage je pense pour les patientes qui ont un médecin de famille qui est à l'aise de faire du suivi de la femme, elles ont un "tout-inclu". Pour ceux qui sont moins à l'aise et qui réfèrent en gynéco, c'est pas du tout la vision du système québécois, normalement c'est la 2e ligne, ils devraient pas faire juste du dépistage, il y en a de moins en moins qui font que de la 1ere ligne là donc je pense qu'il y a comme un peu un "vide"

pour soit les patientes qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ont un médecin de famille qui ne fait pas de santé de la femme là. Donc ça c'est le désavantage, c'est tellement compliqué de prendre rendez-vous avec un gynéco...à part pour le suivi de grossesse, pour ce qui est juste du dépistage c'est plus compliqué.

SK : Et d'ailleurs, comment cela se passe en post-partum, une fois qu'elles ont accouché, les patientes qui ne sont pas tes patientes, vont voir le médecin de famille ou un autre ? Par exemple, en France on a la rééducation périnéale mais ici, ça existe pas si ?

M9 : La physio périnéale oui, nous ici c'est un gros vide. En fait, nous comment ça fonctionne, le médecin qui a fait le suivi de grossesse revoit la patiente 6 à 8 semaines après l'accouchement pour finir l'épisode de soins, revenir sur l'accouchement, s'il y avait des choses à suivre durant la grossesse et cetera. Si elles ont besoin d'être vues avant elles peuvent quand même appeler s'il y a un problème avec leur plaie ou quoique ce soit puis effectivement il n'y a pas de physiothérapie périnéale d'emblée, on l'encourage, on le prescrit, on en parle à toutes les patientes mais ça se fait plus au privé. Il y a quelques physiothérapeutes à l'hôpital, au CHUM, je pense qu'ils sont 2 donc toutes nos patientes qui ont un forceps ou une déchirure plus importante vont être référées à ces physiothérapeutes là mais ils les voient 2 à 3 ans après donc ça n'a pas de sens! Elles ont un enseignement toute de suite après l'accouchement là, des conseils pour après mais elles n'ont pas de suivi avant vraiment longtemps donc on encourage les gens à consulter au privé. Mais c'est quand même 80 à 100 \$ la séance, fait que c'est vraiment un gros manque chez nous.

SK : Ah ouai!

M9 : Mais il y a de plus en plus de physiothérapeutes qui offrent ce service là par contre. C'est disponible mais c'est payant, beaucoup d'assurances privées remboursent! Mais les patientes plus vulnérables sans assurances, qui n'ont pas les moyens...c'est un vide. Pour ce qui est après ça, la patiente qui a un médecin de famille va être retournée aux soins de son médecin de famille pour la suite des choses. Si elle n'a pas de médecin de famille, le soin va se terminer là puis elle ira consulter par les autres modalités au besoin. Je pense que pour le gynécologue c'est la même chose, il revoit 6 semaines après puis c'est fini.

SK : Oui donc c'est pareil en France. Du coup, pour les avantages, ce serait l'accessibilité au médecin de famille pour toi...

M9 : Oui puis la prise en charge globale.

SK : Ok et pour les inconvénients, ce serait l'accessibilité aux soins ?

M9 : Oui, l'accessibilité, l'absence de physio périnéale, pis je sais que ça va être difficile pour tous ceux qui n'ont pas de médecin de famille...depuis quelques mois, on a comme un "guichet de grossesse", ça aide pour trouver un suivi donc je pense que c'est en voie d'être corrigé.

SK : J'ai appris hier qu'il n'y avait que 3 centres tertiaires en fait au Québec pour la maternité.

M9 : Oui, il y a le CHUM mais aussi Maisonneuve-Rosemont à Montréal, Sainte-Justine qui est le centre pédiatrique à Montréal, c'est ce centre qui va accueillir les grands prématurés notamment, un à Québec et un à Sherbrooke.

SK : Le pays est immense mais c'est assez centralisé!

M9 : Pour le Québec oui mais il y en a d'autres ailleurs au Canada.

SK : D'accord, bon je pense qu'on a fait le tour à ce sujet. Donc toi que connais-tu du système français ?

M9 : Je ne sais pas trop c'est quoi le rôle des médecins de famille pour ce qui est de la grossesse, j'ai l'impression que euh c'est vraiment pris en charge par soit gynécologue soit sage-femme, euh de ce que j'entends de mes patientes françaises, les gynécologues ont l'air d'être plus accessibles, elles me demandent souvent d'être référées à un gynécologue pour le pap-test, je leur dis que je peux le faire ! Mon infirmière peut le faire! Donc ça c'est différent mais elles ont l'air d'apprécier l'accessibilité aux spécialistes là...

SK : C'est ça en France, on a toutes une gynécologue ou une sage-femme, c'est plus culturel mais comme il y en a de moins en moins, les médecins généralistes peuvent en faire. Par exemple, j'ai choisi de faire une formation complémentaire en gynécologie en parallèle de ma résidence et en orthogénie pour pratiquer des IVG en cabinet et à l'hôpital par la suite. Des médecins généralistes vont faire du suivi de grossesse et de la santé de la femme, on peut se former à ce niveau et eux qui ne sont pas à l'aise vont référer aux gynécologues. Chez nous, les sages-femmes peuvent le faire également, les gynécologues médicaux qui ne font pas d'obstétrique ni de chirurgie mais peuvent faire de la PMA...

M9 : Comme chez nous les fertologues.

SK : Ah vous dites ça ? Et ce sont des obstétriciens de base ?

M9 : Oui, mais la majorité des gynécologues comme nous au CHUM, à part ceux qui font onco-gynéco, mais tous les autres comme fertologues, uro-gynéco...font tous leur salle d'accouchement puis la gynéco-obstétrique générale.

SK : Ok, chez nous il y a vraiment 2 résidences : les obstétriciens pour 6 ans et les médicaux c'est 4 ans. Puis après il y a les médecins généralistes comme moi, qui font 3 ans de résidence mais peuvent se former à côté car il n'y a pas assez de gynécologues en France. On peut faire du suivi de grossesse jusqu'au 3e trimestre puis ensuite à partir du 8e mois on doit référer au gynécologue ou à la sage-femme. Et il y a les sages-femmes qui ont 5 ans de formation, qui peuvent faire du suivi de grosse, des accouchements avec péridurale, des réparations, des suivis gynéco aussi et qui réfèrent quand il y a une pathologie ou un problème particulier. Voilà la grosse différence, je ne pourrai jamais faire d'obstétrique.

M9 : C'est quand même triste! Viens travailler chez nous!(rire). Dans votre parcours, vous n'apprenez pas à faire un accouchement ?

SK : Alors si, on a 6 ans d'externat où on a 6 semaines de gynécologie puis durant ma résidence j'ai 6 mois de gynécologie obligatoire. Mais on est plus sollicités aux urgences gynécologiques qu'en salle! Oui, ç m'intéresse beaucoup de pouvoir faire de l'obstétrique. C'était comme ça il y a 40 ans, les vieux médecins généralistes faisaient les

accouchements. Maintenant, la majorité des patientes accouchent à l'hôpital ou en clinique, c'est rare à domicile.

M9 : Oui nous la différence, c'est que les sages-femmes ici ont un rôle complètement différent! C'est en maison de naissance ou en milieu hospitalier mais elles louent les locaux.

SK : Oui et pour les IVG à l'hôpital, ce sont beaucoup les médecins généralistes aussi. Voilà je pense que c'est à peu près tout pour les différences...chez nous cela devient de plus en plus compliqué l'accessibilité aux soins et à un médecin généraliste mais c'est pas autant que chez vous, avec le délai d'attente de 4 ans en moyenne pour avoir un médecin traitant!

M9 : Oui c'est vraiment problématique puis même chose pour les parents, leur bébé...les pédiatres ne font plus de première ligne donc...

SK : Mais pourquoi il n'y a pas plus de médecins de famille formés ?

M9 : En fait il y a plusieurs problèmes, dans les dernières années au niveau politique, la médecine de famille a été beaucoup descendue et les étudiants aussi sont moins attirés car il y a beaucoup de bureaucratie et de règles politiques qui nous obligent à faire certaines pratiques. Tu sais moi je suis chanceuse, mais les nouveaux résidents qui vont terminer, c'est très difficile pour eux de trouver un poste où ils peuvent exercer car les besoin actuellement sont plus soins aux personnes âgées, hospitalisations...donc euh, on est pas libre de faire ce qu'on veut! Donc beaucoup de résidents choisissent d'aller en spécialité. C'est de la mauvaise presse. Cette année par exemple, on n'a pas comblé tous les postes pour être résident en médecine de famille entre autre à cause de ça. C'est un des enjeux puis l'autre chose, c'est que ça prend du temps. Moi par exemple, je fais les suivis de grossesse mais je fais moins de prise en charge de patients finalement, tu sais moi maintenant ma clientèle est pleine, je continue à suivre des grossesses mais je ne prends plus de nouveaux patients. Vous comme généralistes, vous ne faites pas cette partie là donc vous pouvez suivre plus de patients...

SK : Exactement, on gagne beaucoup de temps! Vous avez environ 500 patients c'est ça ? En France, un médecin généraliste va avoir 1000-1500 plutôt.

M9 : Moi je fais l'équivalent d'une journée par semaine de bureau général. Je fais une garde, une à deux journées de suivi de grossesse, de l'enseignement...fait qu'on est pas assez pour répondre à la demande!

SK : OK mais en soi il y a assez d'étudiants ?

M9 : Je pense que c'est un enjeu, le ministère voudrait former plus d'étudiants mais il faut des milieux pour les former puis l'enseignement est peu valorisé ou reconnu par nos politiciens. Un médecin de famille qui fait de l'enseignement n'a pas moins d'obligation de prise en charge des patients donc c'est comme en plus. Donc il y a tout le temps des demandes en plus et donc de moins en moins de gens qui veulent enseigner donc on peut pas juste former plus de gens facilement! C'est comme une roue qui tourne...

SK : Un cercle vicieux oui!

M9 : C'est ça, parce qu'éventuellement faudrait avoir plus d'étudiants...je pense que chaque année ils augmentent un peu les cohortes mais faut des endroits pour les former...

SK : Parce que nous on a ce problème là aussi mais en France, ils ont eu une politique de restriction des médecins il y a quelques années avec une limite d'étudiants à former, on appelait ça le numérus clausus. Donc aujourd'hui il n'y a plus assez de médecins, les 10 prochaines années vont être compliquées...

M9 : Et ils n'augmentent pas les cohortes ?

SK : Ils ont un peu augmenté mais pareil, il faut de la place et les structures pour les former et cela met 10 ans pour former un médecin!

M9 : Nous ce qu'ils essayent de faire est de déléguer le plus possible aux infirmières parce que c'est moins long de former une infirmière, mais encore là on a un problème de pénurie d'infirmière surtout avec la pandémie...

SK : Ils tendent dans ce sens aussi par chez nous avec une nouvelle loi! Bon, c'est intéressant tout ça! Est ce que tu as d'autres sujets que tu voulais aborder ? Ou d'autres questions éventuelles ?

M9 : Non, c'est intéressant de voir ce qu'il se passe de chaque côté, avec chacun nos enjeux!

SK : Si cela t'intéresse, je t'enverrai les résultats de cette recherche.

M9 : Oui avec plaisir!

SK : A bientôt alors!

M9 : Au revoir!

ENTRETIEN 10

SK : Je suis médecin de famille et j'ai fait un diplôme en plus de gynécologie-obstétrique, c'est une formation complémentaire, en plus de ma résidence de médecine générale donc pendant un an. J'ai fait en plus une attestation d'orthogénie pour pratiquer les IVG à l'hôpital et j'aimerais bien par la suite, faire le DIU de colposcopie. Mais nous les médecins généralistes français, on peut faire le suivi de grossesse jusqu'au 3e trimestre puis après ce sont les gynécologues qui prennent le relais. On ne peut pas accoucher.

M10 : C'est quoi la plus-value de faire une année de plus alors que tu ne peux pas accoucher ?

SK : Je ne fais pas une année de plus. J'ai pas fini encore ma résidence, il me reste 6 mois. Le diplôme c'est en parallèle de ma résidence. L'intérêt était de me former plus car pendant la résidence on a 3 mois de gynéco.

M10 : Ben oui comme nous autres à peu près. Pendant l'externat on a 6 semaines en gynéco-obstétrique, sur ces 6 semaines là tu fais 2 semaines d'urgence obstétricales, 2 semaines de chirurgie, 2 semaines de salle d'accouchement. Après pendant notre formation de résidence de médecin de famille, on a un mois obligatoire en salle d'accouchement et on doit faire les suivis de minimum 6 patients de A à Z dans leur grossesse, donc de la prise en charge jusqu'à l'accouchement puis après Ben si tu as un intérêt, faut ajouter toi-même des stages en obstétrique. Mais cette formation de 1 an, t'as pas fait d'accouchement, pas de réparation ?

SK : J'ai fait des accouchements mais par la suite les médecins généralistes ne font pas des accouchements. En France ce sont les sages-femmes. Elles ont 5 ans de formation et elles font tout l'accouchement physiologique. Elles peuvent suturer, faire les épisiotomies, elles font tout de A à Z mais dès que la grossesse devient compliquée, elles transfèrent au gynéco. Pas le médecin de famille, il faisait les accouchements en région il y a 40 ans.

M10 : Mais de là ma question à savoir, pourquoi une année de plus si alors tu fais pas les accouchements ?

SK : C'est une année en parallèle en fait. Actuellement je fais en 3 ans ma résidence donc j'ai fait un an déjà. La première année tu es obligé de passer aux urgences et dans un cabinet de ville durant 6 mois, la 2e année c'est un semestre en gynécologie et pédiatrie puis 6 mois un dans un à l'hôpital dans un service de médecine adulte. La dernière année c'est obligatoire de faire 6 mois dans un cabinet de médecine générale en autonomie. Le dernier semestre c'est un stage libre et là moi j'aimerais bien faire 6 mois en gynécologie.

M10 : Est-ce que vous dans votre formation vous accouchez des patientes et vous les réparez ? Parce que dans le fond tu aurais pu suivre un gynécologue et faire des accouchements mais toi tu l'as jamais fait.

SK : Je l'ai fait quand j'étais étudiante pendant l'externat. Et pendant 3 mois l'année dernière. J'étais en salle d'accouchement avec la sage-femme.

M10 : Mais c'est correct que ça soit avec la sage-femme selon moi parce que c'est plus représentatif de ce qu'un médecin de famille fait ici.

SK : Voilà ce qui m'intéressait c'est que ici j'ai su que vous pouvez tout faire.

M10 : Oui effectivement mais on ne fait pas de césarienne. On assiste les césariennes au besoin, c'est pas tout le temps qu'ils vont nous demander de les assister mais on peut assister c'est à dire que tu l'aides pendant la césarienne.

SK : Comment tu es arrivée médecin de famille accoucheur ?

M10 : D'une part, moi ça ne m'intéressait pas de devenir chirurgienne. L'aspect chirurgicale de la gynéco-obstétrique ne m'intéresse pas. Fait que moi là les hystérectomies, les ovariectomies... la résidence chirurgicale m'intéressait pas vraiment mais ce qui m'intéressait beaucoup c'est la santé de la femme. Et quand j'ai décidé de faire médecine familiale, j'ai commencé la médecine à ton âge donc à 29 ans, fait que j'ai commencé ma médecine très tard et mon objectif était de devenir médecin de famille, je voulais faire des suivis de bureau, je voulais avoir ma patientèle et là pendant mon cursus je me suis rendue compte que la santé de l'enfant m'intéressait particulièrement. Donc j'ai commencé avec un intérêt plus pour les IVG, ensuite bon j'adorais faire les pap-test, mettre des stérilets et cetera. Je me rendais compte aussi que nos contacts avec les femmes, selon moi était comme une des forces que j'avais dans ma pratique. J'aimais plus traiter les femmes que les hommes, tu sais-je voyais là que c'était un intérêt donc je me suis exposée progressivement à des cliniques de colposcopie, à des cliniques d'IVG puis en faisant cette exposition là...

SK : Exposition c'est... ?

M10 : Ce sont des stages. Mais faire des cliniques de colpo, des cliniques d'IVG, t'as pas assez pour avoir 5 jours par semaine, donc je remplissais toujours avec des stages en salle d'accouchement. J'ai vraiment développé mon intérêt pour les accouchements aussi, non seulement les IVG mais les accouchements puis les gens et donc de stage en stage je me suis rendue compte que c'est effectivement ça que je voulais faire, c'était pendant l'externat. Et donc j'ai choisi mon lieu de résidence en fonction d'avoir un lieu où l'obstétrique était quand même reconnu, que je pouvais m'ajouter beaucoup de temps en obstétrique puis j'ai placé mes stages à option en conséquence de faire le plus d'obstétrique possible. Par la suite j'ai fait mon fellow en obstétrique.

SK : Qu'est ce que le fellow ?

M10 : Nous ici, il y a 2 types de fellow pour l'obstétrique pour les médecins de famille : celui de McGill qui dure 6 mois qui est 2 mois de salle d'accouchement, 2 mois de pédiatrie mais donc de la néonatalogie pendant un mois, la pédiatrie pendant un mois, après ça tu as 2 autres mois que tu décides en fonction de tes intérêts. Celui de autres

universités qu'on appelle le R 2B, c'est 3 mois où tu ne fais que de la salle d'accouchement, le but étant de t'exposer le plus possible à de l'obstétrique. Là-dedans tu peux t'ajouter un petit peu de suivi de grossesse avec des grossesses à risque. On peut ajouter un peu de néonatalogie si tu n'as jamais fait, mais moi j'avais déjà fait ma pouponnière, j'avais fait mon stage obligatoire de soins intensifs en néonatalogie. J'avais tout placé mes trucs pour pas avoir à m'exposer plus. Rendu là c'était vraiment de me faire la main parce que c'est l'obstétrique, en plus de surcroît, la gynécologie c'est vraiment le bout de la ligne de l'accouchement. Moi j'ai vraiment un intérêt pour l'accouchement physiologique à la base, et voilà.

SK : Quand tu parles d'accouchement physiologique, est ce qu'il y a la péridurale ?

M10 : Oui.

SK : Parce que j'ai appris que les sages-femmes ne pouvaient pas faire la péridurale.

M10 : Non, ici en fait les sages-femmes au Québec on est très rétrogrades là pour le moment, contrairement à d'autres endroits au Canada où les sages-femmes sont vraiment plus intégrées au système de santé. Nous ici c'est vraiment pas le cas. Par exemple, à Ottawa en Ontario, j'ai des amis sages-femmes qui accouchent dans les hôpitaux mais ici les sages-femmes ont pas de permis d'exercice dans les hôpitaux donc elles accouchent en maison de naissance ou à la maison de la patiente, c'est à dire que dès que la patiente a besoin d'avoir une la péridurale ou a besoin de 5 jours pour stimuler un peu les contractions...

SK : Mais pourquoi ?

M10 : C'est une chasse gardée j'imagine, ça doit être plus gouvernemental qu'autre chose, mais ici c'est connu que les sages-femmes dans le fond ils vont suivre les patientes qui veulent faire leur accouchement dans un contexte non hospitalier, en maison de naissance ou à la maison de façon naturel. I roniquement si jamais la patiente n'en peut plus et a besoin d'aller à la salle d'accouchement, elles sont transférées directement en gynécologie. Les gynécologues, c'est à l'extrême à l'extrême que ce que les sages femmes font. Tu sais dans le sens que je trouve que si c'était au moins référé au médecin de famille, il y aurait une approche un peu plus physiologique mais tu sais, le gynécologue n'accepte pas de faire des accouchements autrement que "les pieds dans les étriers" c'est très protocolaire.

SK : En France aussi c'est très protocolaire. Il existe des salles d'accouchement dites "nature" pour les patientes qui ne souhaitent pas recevoir la péridurale.

M10 : Moi où j'ai été formée, c'est la norme d'accoucher des patients dans les positions physiologiques, on avait pas le pied du lit, on les mettait très rarement les pieds dans les étriers. Là je travaille dans un centre tertiaire, c'est à dire un centre universitaire, avec des surspécialistes. Dans mon centre les gynécologues ont pas le choix d'avoir un fellowship et les médecins de famille aussi puisque qu'à la base un médecin de famille pourrait faire des accouchements sans avoir fait son fellow, c'est possible mais pas si tu

es dans un centre universitaire parce que tu enseignes. Et quand je suis arrivée dans le centre universitaire, tout était protocolisé et ça, ça a été un gros gap avec ma pratique. Moi je suis un peu comme la hippie de la gang là, puis c'est sûr qu'avec les infirmières quand tu leur dis "enlève tes affaires, mets la patiente dans telle position", ils ne sont pas habitués spécialement à ça. Maintenant avec moi, ils sont de plus en plus conscients que je vais faire ça. Il y'a des manœuvres des fois qu'ils sont habitués de voir, que moi je fais pas parce que c'est pas ma norme de le faire puis ça peut faire réagir au début mais en bout de ligne ils me connaissent. Fait que moi, quand même je trouve que les médecins de famille ont leur place dans le suivi d'une grossesse qui est relativement sans particularité ou avec des problématiques qui sont faciles à traiter. Euh dans un accouchement qui va bien, puis au besoin on fait ventouse, au besoin on fait episio et cetera. Mais à partir du moment où on a besoin d'un forceps, où on a besoin d'une césarienne, ben on demande à notre collègue en consultation...

SK : Toi tu fais toujours les accouchements à l'hôpital ?

M10 : Oui. J'ai pas de permis de pratique ailleurs.

SK : Et tu continues de voir d'autres patients autres que des femmes en dehors de l'hôpital ?

M10 : J'ai 404 patients de 0 à 100 ans ou même plus que 100 ans des fois mais c'est rare maintenant. Et puis évidemment parce que je suis mes bébés j'ai quand même une bonne grosse clientèle de pédiatrie fait que ma pratique au bureau c'est un bon pourcentage d'obstétrique puis de grossesse, un bon pourcentage de pédiatrie, je répète 1/3 grossesse-santé de la femme, 1/3 pédiatrie et 1/3 médecine familiale classique. Et en plus je ne voulais pas perdre ma capacité de faire la médecine familiale de base parce que on va se le dire, l'horaire de la salle d'accouchement, les gardes, c'est effrayant. Sur le système, ça fait juste 2 ans que je fais des gardes puis je pense pas faire ça toute ma vie. Autant j'aime vraiment ça, autant je pense pas que après la ménopause quand ton sommeil devient plus fracturé, je pense pas que je vais être capable de continuer ce rythme là. Présentement je fais des gardes au moins une nuit par semaine, ça veut dire que je suis en lendemain de garde au moins une fois par semaine, c'est des gros jet lag. Je travaille un ou 2 week-ends par mois. Tu vois cette semaine, je travaillais de nuit de mardi à mercredi, j'étais en lendemain de nuit le jeudi mais il faut pas trop dormir parce que sinon tu dors pas le soir, puis le lendemain j'étais encore à la salle d'accouchement de jour 12h, c'est à dire hier. C'est des 12h nous parce qu'on a un énorme débit. Lysiane fait des 24h parce qu'ils ont un débit qui est plus bas et moi ça m'est arrivé de faire 7 accouchements en 12h, c'est énorme. Les dernières 24h que j'ai fait, j'ai dormi 2h en 24h. Mes accouchements sont à Maisonneuve-Rosemont.

SK : OK et je voulais te demander, est-ce que tu serais un peu me dire dans le système de santé québécois, concernant la santé de la femme, quels sont les avantages et les inconvénients pour toi médecin de famille ?

M10 : L'avantage que je vois d'être médecin de famille accoucheur là, c'est la continuité qui est vraiment mieux. Dans le sens que je suis ma patiente, pas juste pour sa santé de la femme, je la suis en général pour à peu près tout.

SK : Et les patientes préfèrent ?

M10 : Ben oui, mais oui quand ils vont dans mon bureau, ils me connaissent, je prends mon temps. J'ai beaucoup plus de temps qu'un gynécologue. il prend 5 min, t'as déjà vu son infirmière, elle t'a posé des questions, il rentre et 5 min tard il est sorti c'est fini. Moi mon rythme, je le choisis. J'ai pas des cliniques imposées. Je connais mes patientes, je connais leur bébé, je connais leur grossesse, je suis leur bébé par la suite et c'est un super beau continuum. Les gynécologues sont vraiment des spécialistes dans le l'utérus. Pour le reste, c'est pas ça du tout. J'aime le fait de suivre la continuité de mes patientes, j'aime beaucoup la pédiatrie aussi, c'est vraiment le fun. C'est vraiment une belle route quand tu suis aussi tes bébés, c'est vraiment bien puis l'avantage aussi, tu peux partir dans un contexte qui est un peu plus euh... comme les cliniques d'avortements, c'est presque comme une maison aussi, c'est pas un hôpital, tu choisis tes heures... On a moins de contraintes hospitalières.

SK : Et pour et les inconvénients ?

M10 : C'est que évidemment, on est moins formé fait que c'est sûr que quand on a des difficultés, par exemple comme un stérilet qui est difficile à installer ou un avortement où la patiente par ne répond pas aux analgésiques... peu importe, on est contraint à ce moment-là d'arrêter puis de référer tu sais. Même chose pour l'accouchement, des fois y a des moments où j'ai une grosse lacération puis tu sais, si j'avais eu une technique chirurgicale, probablement que je pourrais la réparer moi-même. Des fois je demande à mes collègues pour des trucs que je préférerais être autonome pour le faire. C'est sûr qu'au niveau de l'autonomie, dès que ça sort un peu de ce qu'on est habitué ben ça sort de nos mains. Fait que ce continuum là qui s'arrête à ce moment-là, mais personnellement moi l'idée d'être le bout de la ligne d'une patiente qui peut peut-être mourir d'un bébé, ça me tente pas tant que ça cette fois là. Je suis comme bien à l'aise moi au moment où il y a les forceps là puis que le bébé va pas puis décélère, qu'on court à la salle, je suis quand même à l'aise de ne pas être celle qui fait "the last call" parce que on s'entend là, on en perd les bébés et on en perd des mamans. Et rendu là je suis jamais la seule qui est dans ce bain là.

SK : Cela arrive souvent d'en perdre ?

M10 : Pas souvent, moi j'en ai jamais perdu jusque là je touche du bois. Mais je sais que ça va m'arriver. J'ai des collègues qui ont perdu des bébés, j'ai des collègues qui ont perdu les mamans. 90% de l'obstétrique c'est la plus belle chose du monde puis 10% c'est la pire des hantises qui peut t'arriver.

SK : Et en ville aussi c'est différent qu'en région. J'interroge aussi des médecins qui sont en région...

M10 : C'est sûr, parce qu'en région ils ne font pas les grossesses compliquées.

SK : Parce que tu peux faire les grossesses compliquées ? Les gémellaires.. ?

M10 : Ah non, on ne les fait pas. C'est pour ça qu'en région ils ne le font pas non plus. Ils vont les transférer dans un centre spécialisé.

SK : De quelles grossesses compliquées tu t'occupes ?

M10 : Ben nous on va faire des grossesses avec du diabète... tu sais, on fait pas que des grossesses simples mais on a de l'aide de la grossesse à risque pour nous guider un peu dans ce qu'on fait, ce qu'on fait pas. Mais non des jumeaux j'en fais pas. Mais en région tout ce qui est hors norme ils les transfèrent parce qu'ils n'ont pas de spécialiste sur place donc ils peuvent pas se permettre d'avoir un praevia qui saigne. Notre tableau d'accouchement des fois ça fait peur, mais ce qui fait peur c'est pas à moi c'est au gynécologue.

SK : D'accord donc pour les inconvénients pour toi ce serait le fait de devoir déléguer. Et tu connais un peu le système en France ou pas ?

M10 : A peine. Ben je sais que c'est très différent. Je pense que la médecine familiale est moins avantageuse en France je crois. On m'en a parlé un peu mais j'avais l'impression qu'il y avait plus de médecine à domicile que chez nous. Euh moi je n'aimerais pas ça, je trouve que c'est pas efficient.

SK : Alors moi j'aime pas non plus. Les jeunes médecins en font moins que les vieux médecins et parfois quand on est en campagne, il y a des personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer...

M10 : On a ça aussi des médecins mais moi c'est pas ce que je préfère.

SK : C'est surtout en santé de la femme comme je t'ai expliqué au début, pour pouvoir faire de la santé de la femme, il faut que je fasse des diplômes annexes. C'est une formation qui n'est pas aussi complète que l'internat de gynécologie disons. Ils ont 6 ans d'internat. Il y a beaucoup de chirurgie et c'est surtout qui ils ont leur cours et tout. Moi je fais des choses en plus pour y aller mais en plus de ma de ma résidence de médecine de famille. Je pourrais par la suite travailler à l'hôpital, faire des consultations et des IVG mais je ne pourrais pas accoucher. Et c'est ça que j'aimerais bien interroger en faisant cette thèse, en disant pourquoi on pourrait pas faire ça. Parce qu'en France il manque de gynécologues, y a pas assez de personnel justement sur les lignes de garde et tout et ça pourrait être intéressant d'avoir ça en France. Le fait de pouvoir voir cette continuité de soins et de s'en occuper. Bon il n'y a pas tous les médecins qui veulent le faire...

M10 : Non c'est sûr mais tu pourrais te présenter quand tu viendras au CLSC, j'ai des collègues qui font que du suivi de grossesse et n'accouchent pas. Moi je comprends pas ça mais personnellement, je trouve que c'est la plus belle partie du suivi mais souvent ce qu'elles me disent, d'une part il y en a qui ont pas le droit comme les infirmières praticiennes spécialisées, elles ont pas le droit d'en faire, elles ont le droit de faire du suivi

de grossesse. Une de mes collègues qui est venue juste l'observer parce que elle voulait voir, écoute vraiment elle va l'avoir en tête longtemps, tout s'est passé dans cet accouchement (rire) toutes les complications possibles sont arrivées... Je me suis dit à un moment donné elle a dû tomber en arrière...

SK : Hémorragie de la délivrance ?

M10 : J'ai tout fait. En fait le bébé est né avec plusieurs cordons et il a fallu que je fasse la bascule, il avait une dystocie de l'épaule fait qu'il a fallu quand même faire attendre un peu... après la dystocie le bébé est né un petit peu mal fait que l'on appelle la néonate, il y a eu une réanimation du bébé, il a remis correct puis elle s'est mis en hémorragie.

SK : Il y avait un diabète ?

M10 : Non y avait pas de diabète mais c'était un énorme bébé et puis la mère elle avait eu un antécédent de d'hémorragie post partum à son premier. Donc en l'espace de 2 min, j'avais tout fait dont la révision utérine mais écoute je me suis dit "c'est pas classique", j'arrive pas tout ça en même temps, toute qu'est ce qu'elle a vu, elle a comme vu l'abécédaire de tout ce que tu règles en l'espace de de 3 minutes. Cela allait très bien, les infirmières sont habituées, moi je suis habituée tu sais mais quand je suis sortie j'ai dit "c'est pas ça", faut pas que tu penses que tes patientes vont toutes vivre ça parce que là elle a dû perdre au moins un point 1,5L en 2 min, c'était une champlure.

SK : Une champlure ?

M10 : Comme quand tu ouvres un robinet.

SK : Et ce que c'est vrai vous ne faites pas forcément la 3e échographie de grossesse ?

M10 : Oui c'est vrai donc la 3e échographie, qui est une échographie de croissance, dans le fond le seul but de la 3e écho c'est la croissance. Si la morphologie est normale on s'entend, si il y a quelque chose au niveau de la morphologie qui est l'échographie de 2e semestre là on va refaire. Par exemple pyelectasie au niveau des reins aussi, s'il y a quoi que ce soit qui est anormal à la morpho on va refaire un suivi mais si la grossesse va bien, qu'il y a pas de diabète de grossesse, qu'il n'y a pas de particularité, que la patiente n'a pas de COVID en grossesse, et que le la hauteur utérine est conséquente avec le nombre de semaines de grossesse alors l'échographie de croissance n'est pas justifié.

SK : OK c'est intéressant parce qu'en France c'est obligatoire. Il y en a 3.

M10 : Vous faites beaucoup trop en France si vous voulez mon avis. J'ai une patiente que j'ai accouché ici qui avait son suivi en France, c'est la sœur d'une de mes amies mais elle était suivie en France et elle est juste pour son 3e trimestre ici puis elle m'a envoyé tous les trucs que vous vous faisiez puis je me disais "Ben voyons donc c'est donc ben intense", je sais pas combien d'échographies elle a eu... c'était vraiment intense. Puis moi en bout de ligne ça n'a pas tant aidé, elle a eu une césarienne. Elle avait une macrosomie incroyable, son premier bébé elle avait une p1 un pour une procidence et qu'il lui avait donné comme un coup de stress post-traumatique, fait que déjà nous quand

t'as déjà eu une césarienne t'as le droit de choisir que tu ne veux pas accoucher par voie basse. Je ne sais pas si c'est comme ça en France.

SK : Alors nous, si elle accouche à moins d'un an d'un antécédent de césarienne, c'est généralement césarienne.

M10 : Oui je comprends mais admettons que c'est plus que ça ?

SK : Elles peuvent choisir aussi oui.

M10 : Nous aussi elles peuvent choisir mais elle, elle avait le droit de dire qu'elle voulait pas passer par voie basse puis elle était déjà dans une idée qu'elle voulait pas vraiment. Quand je l'ai pris en charge à 32 semaines, son ventre était tellement gros que j'ai dit clairement...Moi ça ne m'arrive jamais là de dire à une patiente de pas faire par l'ETAC là (Essai de Travail Après Césarienne) et quand c'est réussi on appelle ça un AVAC (Accouchement Vaginal Après Césarienne). Donc elle avait déjà une macrosomie incroyable, elle a rompu à 33 semaines je pense, ils lui ont fait une césarienne puis son bébé était de comme 4 kilos, ça n'avait aucun sens, à prématuré là...incroyable! Mais bref, elle était suivie en France puis je trouvais que c'était vraiment trop moche ce qu'elle avait là... mais tu sais c'est sûr que on pratique avec ce qu'on connaît là. Ils lui ont fait plein de tests pour savoir si elle faisait du diabète de grossesse, mais non elle a été suivie de façon presque draconienne hein mais ils n'ont rien trouvé. Maintenant je la suis comme médecin de famille aussi puis ben c'est normal, c'était juste vraiment bizarre. Puis je me disais, c'est peut-être l'adaptation qui était pas bonne mais pourtant elle avait eu genre 1000 échographies.

SK : Est-ce que t'as des questions sur des sujets qu'on a abordé ou pas ?

M10 : Ben non, je pense que on parlait des avantages et inconvénients, je pense que dans un de mes inconvénients car moi je vis en centre tertiaire mais je suis pas certaine que c'est vécu partout pareil, on a quand même un peu un syndrome de l'imposteur là. Dans le sens que, des fois c'est difficile la relation gynécologue-médecin de famille et parce que les gynécologues sont des chirurgiens, c'est pas les gens qui sont le plus humbles sur leur planète on va se dire...

SK : C'est universel j'ai l'impression (rire).

M10 : C'est ça et puis ben moi ça fait vraiment pas partie de mes valeurs d'individu là, tu sais je suis très "bedaine à bedaine" avec mes patientes, je leur flatte le dos et je les tutoie, je veux que tu m'appelles par mon prénom tu sais. Moi j'aime pas vraiment qu'on utilise le superlatif de docteur en me parlant, ça fait juste mettre une distance avec ma patientèle. On vit quelque chose de tellement intime là, je vais accueillir ton magnifique bébé! Mais la relation gynéco médecin de famille n'est pas facile puis dans les centres universitaires, comme où tu vas venir éventuellement, des fois je trouve que le fossé est grand entre les 2. Des fois, on se sent un peu jugé ou pas assez bon aussi, ça amène comme ça ton symptôme de dire "t'es pas assez bon", puis en même temps moi maintenant je me ramène toujours au fait que les femmes accouchent depuis le début

des temps-là puis que ça reste quelque chose qui est relativement physiologique, mais que effectivement il y avait beaucoup plus de femmes qui mouraient en couche avant, beaucoup plus d'enfants qui mouraient à la naissance avant. J'essaie toujours de me ramener à ce que moi comme médecin de famille, j'amène de différent puis quand j'ai des... parce que j'ai aussi des étudiants de gynécologie qui viennent aux accouchements avec moi, je leur dis tout le temps "on s'entend je vais pas t'apprendre des techniques chirurgicales, je vais pas t'apprendre à réparer parce que tu fais une résidence en chirurgie clairement donc les réparations tu vas faire ça les 2 doigts dans le nez". Rendu en 2e année de résidence, ils sont aussi meilleures même plus que les médecins de famille pour réparer, ce que je peux leur apprendre, c'est comment essayer d'être un peu moins interventionniste puis d'être un peu plus dans la physiologie du bassin... Je leur amène cette partie là en disant "peut-être que toi tu vas peut-être moins étirer ton périnée, peut-être que tu vas décider de traiter ta dystocie de l'épaule d'une façon plus que physiologique" parce que ici on est formé à "tirer" c'est ç dire, dégager l'épaule qu'on appelle, c'est pas se poser de faire ça nécessairement tu sais... Cet élément là je pense que je le vivrais moins si j'étais dans un centre plus en région où c'est clairement des médecins de famille qui font tout et qui appellent les gynécologues dans des situations où on a besoin d'un chirurgien. Ici l'idée des sages-femmes, des médecins de famille pour les accouchements, c'est toujours la guerre dans les centres tertiaires encore à savoir qui fait quoi là. Fait que je pense ça va être un défi aussi en France si vous décidez d'intégrer des médecins de famille en accouchement, là ça va être la chasse gardée, les sages-femmes vont pas être contente parce que vous allez pouvoir faire un peu plus que ce que elles font... Cette guerre là qui a pas sa place à mon sens, c'est dans le fond on veut juste mieux servir la population, je pense que c'est juste de savoir, un chirurgien ça a 50 chirurgies, c'est supposé faire des chirurgies, c'est supposé de faire des césariennes, supposé faire des accouchements compliqués donc les grossesses gémellaire ou de siège...

SK : En France ce sont les sages-femmes qui font tout le reste.

M10 : Oui c'est ça, mais moi honnêtement j'aurai aucun souci à faire avec les sages-femmes. Elles font une formation qui est juste sur l'accouchement donc très bonne mais je serais pas capable d'accoucher dans un lieu hors hospitalier. Je suis pas capable de me dire que si moi là je prends 2L de sang, je suis pas dans une salle avec un anesthésiste sur place, un chirurgien sur place, puis les soins intensifs sur place, je serais pas capable de me dire que si mon bébé est en détresse, il n'y a pas de néonatalogie sur place, je suis trop excessive pour être capable de l'aider. J'aurais aucun souci que ce soit une sage-femme qui m'accouche si j'étais dans un hôpital. Mais hors hôpital, ben non.

SK : C'est intéressant. Il y a quand même beaucoup de similitudes.

M10 : Mais ça reste que c'est un gros défi ce que tu désires parce que nous les médecins de familles ont toujours fait les accouchements.

SK : Je ne pense pas que ça prendra forcément mais j'ai envie de questionner.
D'envisager cette éventualité et cette possibilité-là.

ENTRETIEN 11

SK : Bonjour, c'est gentil d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Sophia, je suis résidente en médecine de famille en France. Je fais des entretiens avec des médecins de familles accoucheurs dans le cadre de ma thèse. C'est un sujet sur la santé de la femme en médecine générale et l'obstétrique car ici vous avez la possibilité d'accoucher vos patientes. Je fais ensuite une comparaison entre les deux systèmes de santé québécois et français concernant la santé de la femme. Je voulais commencer par des questions concernant les caractéristiques des médecins, où exercez-vous ? Quel âge avez-vous ?

M11 : J'exerce au CHUM à Montréal dans l'équipe des médecins de famille du CHUM, je fais des suivis de grossesse dans une clinique affiliée avec le CHUM et aussi du bureau de médecine de famille et de suivi de grossesse dans une clinique médicale privée. J'ai 34 ans.

SK : Pourquoi avez-vous choisi médecin accoucheur en médecine de famille et pas gynécologue ?

M11 : C'est une bonne question, en fait moi j'ai un drôle de parcours, j'avais un intérêt particulier pour l'obstétrique mais j'étais pas certaine que ça coïnciderait avec ma vie de famille, mes gardes et cetera. Donc j'ai complété ma médecine de famille puis après ça j'ai travaillé 3 ans et demi comme médecine de famille dans les bureaux là. Et euh il me manquait quelque chose à ma pratique donc je me suis reformée 3 mois pour faire des accouchements. Le côté "pratique" me manquait trop. S

SK : Okay, c'est pendant la résidence que vous avez fait une exposition en rapport avec l'obstétrique ?

M11 : J'ai été beaucoup exposée en stage en obstétrique à la résidence puis ensuite une fois médecin j'ai fait beaucoup de santé de la femme et de pédiatrie puis je me suis reformée pendant 3 mois avec un stage de périnatalité, donc je suis retournée résidente 3 mois.

SK : Okay, à McGill c'est 6 mois c'est ça ? Et c'est un stage non obligatoire.

M11 : Non ce n'est pas obligatoire mais c'est fortement encouragé dans la majorité des milieux notamment à Montréal. Certains centres l'exigent.

SK : Et là vous êtes rattachés à Montréal et n'avez pas la possibilité de bouger ?

M11 : Euh... il y a toujours la possibilité comme médecin de famille mais comme j'ai énormément de patients je reste à Montréal.

SK : D'accord, vous faites une garde de 24h par semaine c'est ça ? Et combien avez-vous d'accouchements au CHUM en une année ?

M11 : Oui, une garde par semaine. Disons, au total 2500 accouchements en une année. Mais pour les médecins de famille par année, c'est à peu près 500 puis par garde, euh je dirais un à deux accouchements, parfois plus. En ce moment c'est plus. Cela dépend!

SK : Okay. Je souhaitais aussi aborder les différences entre les systèmes de santé québécois et français concernant la santé de la femme donc gynécologie, suivi de

grossesse et obstétrique. Quels sont les avantages et inconvénients de ce système pour vous, médecin de famille ?

M11 : Comme médecin de famille au Québec, l'avantage c'est qu'on peut faire vraiment beaucoup. Euh... pas besoin d'une formation supplémentaire pour les médecins qui se montrent intéressés par l'interruption volontaire de grossesse par exemple. Euh, il y en a plusieurs qui le font sans avoir de sur-spécialité, qui se forment après. Ben l'avantage, c'est qu'on a beaucoup de patientes pour pratiquer justement. J'ai pas d'inconvénients là...j'avoue que de mon côté, je suis autant capable d'installer des stérilets, de faire des biopsies d'endomètre, de mettre des implants...

SK : Et l'accès aux soins n'est pas compliqué ? C'est moins compliqué qu'avec un spécialiste ?

M11 : Euh...dans le fond que l'accès aux soins, dans le sens les patientes, la difficulté d'avoir des rendez-vous ?

SK : Oui c'est ça.

M11 : Euh oui c'est une bonne question. Je pense que c'est moins compliqué effectivement de nous voir que un spécialiste. Y a certains milieux qui ouvrent des cliniques, dans les CLSC surtout pour là pour les frottis, les stérilets, la contraception...C'est sûr qu'un patient qui n'a pas de médecin de famille c'est peut être un peu plus compliqué. C'est pas tous les médecins de famille qui font ça donc certains réfèrent en gynécologie aussi.

SK : Mais globalement, les patientes préfèrent être suivies par un médecin de famille qu'un gynécologue ?

M11 : Euh...ben ma clinique est juste à côté du plateau Mont-royal donc ça desserve énormément de clientèle française là puis au départ elles sont comme pas habituées et ont toutes un gynécologue puis elles se rendent compte que c'est pas forcément nécessaire. A moins qu'il y ait une particularité à son dossier, à leur condition ou un frottis anormal...puis ça permet aux gynécologues de voir les cas comme plus compliqués là.

SK : C'est vrai qu'en France on a plus l'habitude de prendre un gynécologue qu'un médecin généraliste.

M11 : Ben oui c'est ça puis juste pour un frottis ou autre alors que là on fait tout en même temps puis on va demander le bilan pour le cholestérol et tout ça donc en général je pense qu'elles sont satisfaites

SK : Okay. C'est intéressant. Et au niveau des inconvénients pour vous ? Il y en a pas tant ? (rire).

M11 : Ben non, moi je suis heureuse parce que je peux en faire mais c'est vrai que c'est pas tout le monde qui aime bien la santé de la femme mais je vous avoue que je ne vois pas d'inconvénients à faire de la santé de la femme.

SK : Peut-être les gardes ?

VL Ah oui les gardes! Oui c'est vrai, l'inconvénient c'est les gardes (rire). La gestion famille, horaire, garde tout ça c'est compliqué. Là ça fait un an et demi que j'ai comme réorienté ma pratique en ayant commencé comme médecin de famille puis en rajoutant

obstétrique ça fait que...euh j'avais déjà beaucoup de patients mais j'étais plus disponible avant donc les patients de bureau sont moins satisfaits car ils trouvent que je suis pas disponible. Puis en même temps je dois me montrer disponible pour mes patientes enceintes donc j'ai une clinique complète de suivi de grosse par semaine. Euh...

SK : Oui justement c'est quoi à peu près votre programme de la semaine...quel est la charge de travail et les horaires de la semaine que vous avez ?

M11 : Par exemple cette semaine : lundi j'étais de bureau de 8h à 16h30, donc mes patients standards comme pédiatrie, santé de la femme et les adultes, mardi j'ai été de garde de 8h à 8h ce matin. Mais je ne suis jamais partie avant 17h30. Et j'ai pas eu le temps de faire mon laboratoire tout ça. Aujourd'hui je suis de repos. La majorité de mes collègues ne travaillent pas en lendemain de garde mais j'ai des collègues qui font des demi-journées, ça m'arrive parfois mais c'est jamais une bonne idée, je regrette à chaque fois. Demain je fais du bureau de 8 à 4 et vendredi de 8 à 3 et demi puis là dessus c'est des patients aux 20 minutes. Avant je réussissais à avoir entre 2 et 3 rendez-vous d'urgence par jour, les patients pouvaient appeler ou prendre un rendez-vous d'urgence sur internet mais là mes bureaux sont pleins comme presque un mois d'avance.

SK : AH oui! C'est beaucoup pour un médecin généraliste!

M11 : Oui mais c'est parce que j'ai trop. En fait, je pense que l'idéal c'est de peut-être avoir 250 maximum 500 patients à notre charge puis on rajoute le suivi de grossesse par la suite.

SK : Ouais...je ne me rends pas compte...Les médecins généralistes en France ont une patientèle qui se rapproche plus de 1000-1500 patients.

M11 : Oui c'est ça!

SK : C'est beaucoup mais il n'y a pas la salle d'accouchement, on n'a pas 24h de garde dans la semaine et le repos qui suit! Don c'est assez intense, et Lysiane me disait qu'en étant au CHUM il y a un travail de supervision des résidents en plus!

Okay. Je ne sais pas si vous connaissez le système français ?

M11 : Un peu...euh je sais que vous ne pouvez pas faire d'accouchements comme médecin de famille.

SK : Non c'est ça. On peut faire la santé de la femme, se former à la colposcopie et échographie éventuellement, sauf l'obstétrique et la PMA. C'est réservé aux obstétriciens, sages-femmes et gynécologues médicaux. Les sages-femmes chez nous ont une importante prépondérance, elles sont 5 ans de formation et font que l'accouchement physiologique mais avec les péridurales, les réparations tout ça. Et euh...les médecins de famille pouvaient pratiquer les accouchements il y a 40 ans en campagne mais maintenant ça se fait majoritairement à l'hôpital ou en clinique. On peut faire aussi des IVG, le planning familial à l'hôpital. Je me suis formée à ce sujet pour pouvoir en faire. C'est mon regret de ne pouvoir faire d'accouchements, je ne pense pas que les médecins généralistes iront dans ce sens...en tout cas le gouvernement souhaite qu'on s'occupe des patients de manière globale car on est en manque de médecins! Et en plus, on empiète sur les plates bornes des sages-femmes...mais je pense que ce serait intéressant d'avoir cette possibilité car on manque de médecins. Voilà un peu les

différences...alors on n'a pas la même résidence aussi, les médecins généralistes ont 3 ans, les gynécologues médicaux 4 ans et les obstétriciens ont 6 ans. Vous faites des IVG vous ?

M11 : Non je n'en fais pas non. Euh c'est juste que ça m'est hyper inconfortable.

SK : Euh je crois qu'on a fait le tour des sujets, il n'y pas tant d'inconvénients donc bon... (rire).

M11 : (rire) Mon mari qui est anesthésiste va voir pour se former un an aux Etats-Unis ou en Europe et je me suis dit "ah je pourrais me former en France mais en fait je pense que je ne vais rien pouvoir faire!".

SK : Bah si je pense! Peut-être pas en obstétrique...

M11 : Oui c'est ça! En santé de la femme mais je ne sais pas si on va me permettre d'exercer...

SK : Je pense que si...on manque de médecins après je ne connais pas les équivalences! A l'hôpital ils sont demandeurs de postes mais peut-être qu'en libéral ce serait plus compliqué ! Par exemple le planning familial...on en manque! Y a de quoi faire, ç a va vous changer, ce n'est pas la même mentalité ! (rire).

M11 : Oui je pense aussi! (rire)

SK : Voilà...je pense qu'on a fait le tour des sujets...au niveau des différences aussi, c'est vrai qu'on a quand même plus d'accessibilité, ça devient de plus en plus difficile mais il n'y pas 4 ans d'attente pour avoir un médecin généraliste comme ici notamment.

M11 : Mais en fait ça me fait penser, le désavantage justement sur le fait que c'est pas tous les médecins de famille qui mettent des stérilets. Des patients des fois attendent 1 an et demi.

SK : C'est énorme, et en planning familial ce n'est pas plus accessible ?

M11 : En fait, elles peuvent contacter certains CLST mais par exemple là, moi je fais aussi des cliniques au CHUM avec les résidents en médecine, une demi-journée par mois et c'est un peu paradoxal mais on ne met pas de stérilets mais quand je réfère les patientes au planning du CHUM, elles sont vues un an plus tard donc je leur dis d'aller soit dans les cliniques de santé de la femme ou les CLSC, donc elles ont un rendez-vous peut-être 6 mois plus tard.

SK : AH oui quand même! Mais elles font comment pendant 6 mois ? Elles ont la pilule ?

M11 : Bah c'est ça, c'est pas l'idéal, y en a qui retombent enceinte ou y en a qui prennent la pilule pendant qu'elles allaitent mais c'est pas l'idéal oui.

SK : Okay. La pilule du lendemain est totalement remboursée ?

M11 : Oui maintenant les pharmaciens peuvent le prescrire.

SK : ça marche, et pour la contraception il faut forcément avoir une ordonnance ?

M11 : Euh oui. Je pense que les pharmaciens peuvent introduire une contraception avec la nouvelle loi...ce serait à vérifier là mais je pense que oui. Ou qu'ils la renouvellent...c'est

assez récent. (*Elle vérifie sur son ordinateur*). Alors oui, la contraception d'urgence c'est possible et ils peuvent renouveler mais pas l'introduire.

SK : Okay. Y a t'il d'autres sujets ou d'autres questions que vous souhaiteriez aborder dans cet entretien ?

M11 : Euh non, ça ne me vient pas comme ça désolée!

SK : Alors super, merci beaucoup d'avoir participé! Au revoir et à bon repos!

M11 : Bonne chance, ça fait plaisir !

ENTRETIEN 12

SK : Je vais comparer un peu les 2 systèmes : les pratiques des médecins de famille en santé de la femme, notamment le suivi de grossesse jusqu'à quel accouchement. En France, on fait du suivi de grossesse jusqu'à 6 mois mais pas d'obstétrique.

M12 : Dans le fond ben c'est ça, nous l'école c'est 5 ans de médecine générale, fait que t'es sur les bancs d'école pendant 5 ans dépendamment des universités. L'université de Sherbrooke qui vient en 4 ans, c'est un programme accéléré mais à l'université de Montréal, McGill à l'université de Québec, à ce moment-là, ces 4 universités là, même le côté en anglais c'est 5 ans. Une fois qu'on a terminé on est on a notre doctorat en médecine. Là on décide ce qu'on veut faire après : médecin de famille ou autre. C'est une résidence de 2 ans, ça va bientôt changer pour 3 ans mais on ne sait pas quand, mais pour l'instant c'est encore 2 ans. Une fois que tu as terminé, après ça tu peux faire ce que tu veux comme tu veux parce que tu peux te spécialiser, de comme sous spécialiser dans le fond dans ce que tu as de l'intérêt. C'est toi qui dois chercher ta formation, y a des programmes, il y a la médecine d'urgence que une fois que t'as fini la médecine familiale tu peux faire un an officiel, avoir un certificat ce qu'on appelle une "3e année de médecine familiale" officiellement en médecine familiale. C'est que là tu vas comme faire un peu le rôle de l'urgentologue pendant cette année-là. Tu peux aller te chercher 3 mois d'obstétrique après ta médecine familiale, mais c'est pas toutes les milieux qui demandent. Par exemple à Mont-laurier, moi je fais de l'obstétrique mais j'ai pas fait mon 3 mois d'obstétrique, euh j'ai juste fait ma résidence en médecine familiale. Etant donné qu'on a de la latitude de faire des cours dans ce qu'on souhaite, à la fin de notre résidence moi j'avais fait beaucoup de stages en obstétrique fait que j'ai pas demandé les 3 mois supplémentaires, je me sentais à l'aise à accoucher mes patientes ici mais c'est une possibilité, encore une fois c'est un diplôme que tu vas aller chercher. Tu peux faire un an gériatrie de plus pour comme faire de la médecine familiale mais axée sur la gériatrie puis quel autre programme il existe aussi, musculo squelettique. Et même sans les programmes de surplus, mais tu peux le faire quand même dans cette pratique si t'es à l'aise tu peux le faire. Je fais des infiltrations dans les épaules, je fais toutes mes suivis de grossesses, après ça je prends l'enfant une fois qu'il est né sous mon aile puis je suis l'enfant de 0 à 100 ans. Le fait que ça aussi c'est acceptable.

SK : Je voulais te demander, qu'est-ce qui t'a amené à choisir cette formation justement et faire de l'obstétrique ?

M12 : Durant l'externat on touche un peu à tout, j'ai vraiment aimé l'obstétrique, j'ai même hésité à être gynéco obstétricienne mais le fait que j'aimais tout de la médecine m'a fait choisir la médecine familiale et j'ai choisi la médecine familiale entre autres parce que je pouvais faire de l'obstétrique et suivre les enfants parce que j'aime la pédiatrie et l'obstétrique. J'avais les 2 possibilités en médecine familiale mais oui moi je trouve tellement que c'est un continuum de soins intéressant que de suivre la patiente enceinte, de l'accoucher, de suivre le bébé, tu connais la famille, tu vois tout le monde euh c'est vraiment dans la médecine familiale à mon sens de du terme.

SK : OK c'est intéressant et euh ce que tu saurais me dire comment ça se passe un peu l le système de santé québécois notamment dans le cadre de la santé de la femme, les avantages de ce système et les inconvénients ?

M12 : C'est une très bonne question. C'est sûr que c'est à travers le Québec, et c'est pas pareil parce que moi c'est pas uniforme, c'est que ça doit être un gros inconvénient dans le sens que les patientes enceintes doivent se trouver un médecin qui suit la grossesse et que c'est pas évident. Actuellement ici à Mont Laurier c'est quand même pas si pire que ça parce que moi je fais beaucoup de grossesse, on est vraiment une petite ville, tout le monde sait qui fait quoi. Toutes les patientes enceintes réussissent à avoir un médecin ici c'est sûr et certain mais je sais qu'en ville c'est un enjeu là parce que des fois ils sont répondre "non on est plein" et qu'elles doivent faire le tour de l'île de Montréal parce que c'est dur. Euh puis la santé de ta femme en général, si t'as pas de médecin de famille ben c'est dur de trouver des cliniques pour t'aider. Il y a des fois des cliniques du TSS et à moment-là c'est nickel si tu as des symptômes anormaux ou même pour les hommes. Fait que les patientes avec des éléments de terrains anormaux, c'est pas dans ce genre de clinique là. Pour la santé de la femme, faut que t'aies un médecin de famille pour pouvoir rentrer dans les soins ou que t'aies à l'urgence ou dans des cliniques de sans rendez-vous qui offrent des sans rendez-vous aux patients qui n'ont pas de médecin de famille. Mais c'est dur à avoir un rendez-vous parce que donc il y a beaucoup de monde. C'est pas évident, c'est, je pense un gros inconvénient.

SK : En fait il manque de médecins.

M12 : Oui tout à fait, mais de personnel à peu près partout mais je pense aussi. Fait que ça serait difficile puis un des avantages, encore une fois c'est peut-être lié à ici mais la proximité qui ont avec nous, je pense que avec la médecine familiale en région surtout, on se connaît, on connaît la famille. Moi je suis native de Mont-Laurier, j'ai vécu ici fait que c'est très chaleureux là, on se connaît quasiment tous dans la ville donc c'est plus facile.

SK : Et d'ailleurs tu as quel âge Vanessa ?

M12 : Je viens d'avoir 29 ans.

SK : Et pour accoucher les femmes, elles doivent choisir obligatoirement soit une clinique soit l'hôpital ou soit une maison médicale c'est ça si j'ai bien compris ?

M12 : En fait légalement pour avoir un acte de naissance et tout ça, les patientes doivent accoucher avec quelqu'un qui est formé pour les accoucher donc soit à l'hôpital soit en maison de naissance.

SK : OK et ça peut être soit un médecin de famille soit un gynécologue, soit une sage-femme ?

M12 : Exactement.

SK : Comment on choisit ça ?

M12 : Eh bien dépendamment du milieu dans lequel tu es. Ici Mont-laurier tu n'as pas de maison de naissance. C'est assez simple de choisir c'est le l'hôpital. Mais ailleurs je pense que c'est vraiment selon les besoins, puis la volonté de la mère. Si elles veulent aller plus vers les maisons de naissance, elles vont elles-mêmes entrer en contact avec la maison de l'essence, demander une sage femme pour faire son suivi de grossesse là-bas. Tu sais nous on entendra jamais parler, par contre si elle souhaite être plus dans le milieu médical ben ça va venir de notre côté. Les sages-femmes ont leurs limites aussi,

par exemple si c'est un suivi de grossesse avec du diabète, elles ne pourront pas suivre leur patiente fait que les sages-femmes vont nous les référer à ce moment-là pour qu'on fasse la suite du suivi de grossesse.

SK : Donc c'est intéressant quand on est médecin de famille accoucheur en région, on fait quand même plus de choses que dans les grosses villes comme Montréal ?

M12 : Ah oui tout à fait ça il y a une grosse différence vraiment. La médecine familiale en ville versus en région c'est 2 choses, un peu comme tu le disais toi tu fais des infiltrations mais en ville je veux dire t'as accès au physio qui est juste à côté ou au spécialiste en musculosquelettique, tu y envoies une référence puis il a son infiltration dans pas long. On en a pas. Mais c'est sûr que c'est moi qui peux tout faire tu sais fait que Ben c'est sûr que quand tu fais ta résidence donc ta médecine familiale c'est tes années de médecine familiale en région parce que c'est offert, t'apprends à être très autonome beaucoup plus rapidement que si tu faisais ta médecine familiale en ville. Puis là tu sors de là, il faut aller travailler en région des fois il y a un clash parce qu'on réfère beaucoup moins, on en prend beaucoup plus. On était à 2h de route d'un centre qui a de l'allure avec des spécialistes, c'est quand même pas vraiment accessible pour nos patients.

SK : Ok c'est intéressant et est-ce que tu connais un peu le système de santé français ?

M12 : Pas tant. Je sais que les médecins sont dans les ambulances, ça m'avait vraiment surpris, mais c'est tout ce que je connais. Nous c'est des premiers répondants fait que c'est des ambulanciers seulement, ils vont chercher le patient puis nous l'amènent à l'hôpital.

SK : De notre côté, on a un médecin argentiste. C'est une équipe en fait, on appelle ça le SAMU, et donc il y a un médecin, un infirmier et souvent il y a un étudiant aussi avec, un résident et oui c'est des équipes qui vont sur place en fait directement techniquer et sauver les patients puis ramener à l'hôpital.

M12 : C'est tellement intelligent parce que je veux dire nous on manquerait trop de personnel je pense que ça se fait pas là mais c'est vraiment intelligent parce que tu amènes le soutien, tu gagnes du temps-là énormément. Nous parfois ça nous arrive de transférer parce qu'on n'a pas par exemple le chirurgien vasculaire et c'est 2h de route là.

SK : Oui c'est ça mais après nous on a le même problème en France. On manque de personnel donc c'est compliqué même pour les patients d'avoir un médecin de famille. Par contre moi ce qui m'intéressait ici c'est le fait que vous puissiez faire le suivi de grossesse de A à Z jusqu'à l'accouchement.

M12 : Exactement. Il y a des choses qu'on ne va pas faire, par exemple à l'accouchement on fait pas de forceps. Pour les médecins de famille, on n'est pas formé pour ça à moins que tu aies une formation personnelle pour ça mais j'en ai jamais vu.

SK : Quand y a un accouchement qui a besoin d'un forceps vous appelez directement le gynécologue ?

M12 : Ah Mont-Laurier il n'y a pas de gynécologue. Souvent on évalue la possibilité de mettre les ventouses. Nous on en fait beaucoup là mais la ventouse c'est pas approprié pour X raison si par exemple la position est vraiment trop élevée, que la présentation est

vraiment trop basse ou s'il faut faire une rotation mais la ventouse n'est pas faite pour ça et cetera. Euh si c'est pas approprié, si y a une anomalie cardiaque et que la naissance n'est pas imminente c'est une césarienne.

SK : D'accord, vous passez directement en césarienne vous mettez pas forcément le forceps.

M12 : Le forceps on ne peut pas mais les ventouses on peut en région puis en ville, ce qu'on voit des médecins de famille qui accouchent c'est que effectivement si on met une ventouse qui ne fonctionne pas, qu'il aurait besoin de forceps ou qu'ils peuvent pas mettre la ventouse et qui se disent "Ah je dois mettre un forceps" ils appellent la gynécologue qui est de garde qui accouche aussi ses patientes à côté-là tu sais, fait qu'ils sont sur le même étage. Le gynécologue à ce moment-là vient dans la salle poser les forceps pour faire l'intervention. On a comme une consultation en gynécologie. Il met les forceps puis accouche le bébé puis ensuite c'est le médecin de famille qui continue le suivi.

SK : Mais alors comment vous faites à Mont-laurier s'il y a une césarienne ?

M12 : Ce sont les chirurgiens généraux qui opèrent.

SK : Et s'il faut aller vite il y a un médecin de garde qui peut faire ça ?

M12 : Exactement. Ben en fait nos chirurgiens de 2 jour sont sur place, ils ont déjà décidé des listes d'opération à faire puis le soir ils sont de garde le soir de nuit, fait que on les appelle pour se rendre à l'hôpital.

SK : Ah oui mais s'il faut aller très vite ? On appelle ça un "code rouge".

M12 : Nous autres on appelle ça un "P1", on l'inscrit pour qu'ils se rendent le plus vite possible. Oui ça peut ça peut quand même amener un certain délai, c'est pour ça que nous à Mont-laurier, on est moins tolérant. Par exemple une décélération à 60 pour dire quelque chose là, un coeur de bébé qui va pas bien, en ville là tu vas attendre 6-7 min avant de demander la chirurgie, de caler la césarienne puis même des fois ils ont un 12 min pour le sortir mais ils sont à côté de la salle d'opération, fait que "hop hop" puis c'est fini. Mais nous à Mont-laurier si y a une décélération qui dure 2-3 min, ils vont pas avec des manœuvres correctrices, tu vas demander la césarienne tout de suite et au pire tu l'annules. On tolère pas que ça arrive là, on garde l'équipe sur place puis on essaye un peu mais il y a dès qu'ils y a des décélérations tardives ou des cochonneries on part en césarienne puis c'est tout tu sais, on est moins patient.

SK : Ce n'est pas du tout la même façon de faire qu'en France.

M12 : Mais en ville à Montréal ou dans les centres où les gynécologues dorment sur place tout ça ils vont sûrement se permettre plus.

SK : OK et par contre pour devenir gynécologue, c'est une résidence avec beaucoup de chirurgie c'est ça ?

M12 : Exactement. Pour devenir gynécologue, tu fais tes 5 ans de médecine générale comme on disait tantôt, mais au lieu de faire le 2 ans de plus de médecine familiale tu fais 5 ans de gynéco-obstétrique. Fait que le gynécologue est aussi obstétricien, il fait les 2 donc il fait les accouchements, toute la partie suivi de grossesse, grossesses

compliquées mais il va faire aussi toute la gynécologie avec les cancers opérés : les utérus, les ovaires...et cetera c'est le spécialiste de tout ça.

SK : Vous n'avez pas de concours pour choisir vous en fait ?

M12 : Non c'est sur dossier, c'est pas nécessairement un concours mais il évalue nos dossiers c'est sûr que y a pas tout le monde qui peut rentrer là. Les spécialités sont souvent plus en demande que la médecine familiale fait que les gens s'ils ne réussissent pas à rentrer dans leur domaine de choix, vont finir en médecine familiale, c'est "plate" à dire mais bon. Moi c'est un choix la médecine familiale mais il y en a que ce n'est pas nécessairement un choix. Dans le fond, les gynécologues vont suivre les grossesses à risque très élevées. Fait que mettons-nous en médecine familiale, tous les gros retards de croissance avec besoin d'échographie. Par exemple, on a un retard de croissance en bas du 3e percentile, on ne va pas le déclencher à Mont-laurier, on est tellement loin de nos ressources qu'il y a des choses qu'on sait qui sont à risque d'avoir une césarienne, on ne le fait pas.

SK : Et donc vous les vous les envoyez à Montréal ?

M12 : Ben oui ou à Saint Jérôme qui est à 2h de route d'ici. On les envoie en ambulance.

SK : OK et alors il y a quelque chose qui m'a intrigué ici, c'est quoi exactement le rôle des sages-femmes au Québec ? Parce que ce n'est pas la même chose en France.

M12 : Les sages-femmes vont vraiment venir faire des accouchements qui sont en théorie sans risque puis elles vont les suivre comme un suivi de grossesse normal, elles vont faire les suivis comme nous mais dans une maison de naissance. Rendu quand la patiente présente des symptômes d'accouchement imminent là, ils vont la prendre à la maison de naissance, faire le suivi là puis c'est beaucoup moins médicalisé. Fait que dans le fond là-bas, tu peux écouter le cœur fœtal mais il y a quand même une bonne différence entre l'accouchement en maison de naissance et l'accouchement à l'hôpital. Bien que à l'hôpital, on essaye tous que ce soit le moins médicalisé possible tu sais, on respecte les normes mais on ne fait exprès d'instrumenter ou d'écouter un cœur qui bat quand on a pas besoin de l'écouter donc que y a beaucoup de laisser aller avec les sages-femmes qu'on voit moins en médecine générale. Des 42 semaines et plus, les sages-femmes sont capables de tolérer mais nous à partir de 41 semaines, on parle d'induire. La maison de naissance doit être proche de l'hôpital parce que si jamais il y a quelque chose qui va pas, les patientes sont transférées à l'hôpital. Les patientes peuvent aussi venir accoucher à l'hôpital avec leur sage femme mais à ce moment-là il n'y a pas de suivi médical impliqué. La sage-femme est là et prend juste une chambre là dans le fond puis ils font ce qu'ils ont à faire à l'hôpital ensemble puis si jamais ils ont besoin, Ben ils nous appellent mais sinon d'habitude on entend pas parler, puis souvent après 2h de vie ils retournent en maison de naissance ou à la maison avec maman-bébé.

SK : D'accord et ça se passe comment du coup le post partum ? Qui s'occupe du suivi ?

M12 : A l'hôpital c'est les médecins qui famille sinon en maison de naissance c'est les sages-femmes. Actuellement, pour mettons une primipare, elle va être hospitalisée 36h jusqu'à 48h dépendamment des facteurs de risque puis ensuite elles ont congés des bébés, les multipares peuvent avoir congés avec 4h de vie si tout va bien sans facteur de risque puis quand elles ont congé. Une infirmière du CLST va à la maison 24 à 48 h

après le congé pour faire un suivi poids, regarder l'environnement, pour répondre aux questions de la maman, assurer un support pour l'allaitement, des choses comme ça. Fait que c'est le CLST qui assure ça par une infirmière qui va à domicile chez les familles. Puis quand c'est un bébé qui sort d'une maison de naissance, à ce moment-là c'est la sage femme qui s'occupe du suivi. Pour les suivis médicaux, le médecin famille va voir cet enfant là à un mois de vie en général. Des fois c'est à 2 mois, ça dépend des endroits au Québec mais c'est à peu près un mois de vie puis on commence les abécédaires là qui est le suivi développemental : un mois 2 mois 4 mois 6 mois 9 mois un an 18 mois 2 ans 3 ans 4 ans et cetera puis ensuite au besoin avec nous autres.

SK : D'accord c'est intéressant, c'est différent de la France. Chez-nous, les sages-femmes ont un plus gros rôle. Elles peuvent aller jusqu'à faire des épisiotomies et cetera.

M12 : Euh je pense qu'elles le font si elles ont besoin des épisios mais je sais pas si certaine jusqu'à où elles peuvent aller, elles ne peuvent pas mettre de symptôme, elles peuvent pas prescrire l'épidurale...

SK : D'ailleurs, est-ce que vous avez beaucoup d'épidurales ici ?

M12 : Oui quand même, je ne pourrais pas donner de chiffres là mais quand même.

SK : En France on tend à aller moins vers moins d'épidurales, c'est un peu à la mode on va dire.

M12 : Ah oui mais ça a toujours été ça hein, c'est dur à enlever de la mentalité que l'épidural c'est pas grave pour le bébé, c'est sans douleur, on a encore beaucoup ça en tête. Les patientes nous disent souvent ça, c'est sûr qu'on aime ça un travail le plus longtemps possible, qu'elle ressente les contractions, qu'elles écoutent leur corps, savoir comment se placer, on est des mammifères, on le sait comme d'instinct comment faire. On n'a pas beaucoup de supports très gros, pendant la grossesse tu sais, pour la gestion de la douleur là on avait des cours prénataux mais pendant la COVID tout a été cessées puis même pendant les cours prénataux , c'est pas de la gestion de la douleur tu sais. Fait que les patientes sont vulnérables, elles sont en douleur, ne savent pas quoi faire donc bien souvent elles demandent l'épidurale puis c'est correct là je veux dire moi je pourrais pas faire souffrir une patiente pour le fun là, des fois même ça aide, elles sont tellement crispées que avec l'épidurale on accouche ça va plus vite. J'avoue que nous on en voit beaucoup, c'est rare les patientes qui accouchent sans épidurale mais ça arrive.

SK : D'accord, j'ai oublié de te demander, au départ des entretiens je demande à tous les médecins la situation familiale, c'est quoi ta situation familiale à toi ?

M12 : Moi j'ai un conjoint, 2 enfants un grand de 3 ans puis ma petite va avoir 10 mois dans 10 jours.

SK : OK alors j'ai encore plein de questions à poser mais du coup je vais déjà pouvoir avoir pas mal de données par rapport à ça. Ah oui je voulais juste te demander, c'est combien le congé maternité pour les femmes au Québec ?

M12 : Comme on le souhaite, en fait avec la RQAP qui est le programme de rémunération quand on est enceinte là dans le fond, on peut avoir accès à la RQAP à partir de 20 semaines de grossesse et ça dépend du salaire qu'on a fait avant pour pouvoir avoir nos

allocations mais c'est nous qui décidons puis on peut avoir jusqu'à un an d'allocation, ça peut être partagé avec le papa. Et Ben donc c'est des allocations parentales et ensuite les allocations maternelles, certaines semaines qui sont que pour la maman mais d'autres qui sont mixtes. Puis quand on est médecin, pour le congé maternité ben c'est nous qui décidons combien de semaines on prend mais ça peut aller jusqu'à un an. Je pense que personne ne le prend, en tout cas c'est rare. Surtout médecin parce qu'on est à notre compte. Celles qui ont un job payé par leur employeur, qui sont employées c'est rare qu'elles ne prennent pas un an par contre. C'est assez populaire mais je t'avouerais tout travailleur autonome là ne prennent pas un an complet.

SK : OK ça marche. Ben écoute j'ai pas mal d'informations là merci beaucoup. Quelle est ton impression générale par rapport à l'entretien et as tu d'autres questions qu'on aurait pu aborder éventuellement ?

M12 : Je pense que c'est très bien là, je suis bien être curieuse de savoir comment vous fonctionnez (rire).

SK : Ben ouais je peux te raconter parce que après je vais comparer avec la France justement, je vais analyser tout ce que vous dites ici et après je vais avoir un groupe de médecins, en focus Group en France, pour pouvoir discuter de mes données. En France, c'est tout à l'hôpital ou en clinique et l'accouchement physiologique c'est la sage-femme qui fait tout. Il y a toujours un gynécologue qui est dans le service et de garde, quand y a un problème le gynécologue est de garde et donc prend le relais. Et souvent le suivi de grossesse en France, c'est quand même beaucoup les gynécologues mais comme là il y en a de moins en moins, c'est aussi le médecin généraliste qui peut faire de la gynécologie, comme moi là je passe des diplômes complémentaires pour me former davantage en gynécologie mais ça pourra pas aller jusqu'à l'accouchement. Les vieux médecins il y a 30-40 ans, faisaient les accouchements dans les campagnes mais là nous c'est très souvent à l'hôpital. Il y a quelques femmes qui veulent accoucher à la maison avec leur sage-femme mais c'est pas fréquent.

M12 : Je connais une médecin gynécologue au CHU Sainte-justine qui est française, elle a fait toute sa formation en France puis elle m'expliquait quand j'étais de ma formation, un peu les différences avec la France par rapport au Québec. Mais elle travaille maintenant ici à Montréal je sais pas si c'est quelque chose qui peut être intéressant pour toi.

SK : Ah Ben ouais pourquoi pas!

M12 : Je me rappelle plus, il me semble que c'est Sandrine. Je te reviendrai je t'écrirai un courriel par rapport à ça.

SK : C'est gentil Ben écoute merci beaucoup Vanessa. J'ai plein d'informations!

M12 : Merci à toi!

SK : Bonne continuation, salut, au revoir.

ENTRETIEN 13

SK : Je suis interne donc ici l'équivalent c'est résidente en médecine de famille et je fais une thèse, ici je crois que c'est l'équivalence d'une maîtrise, c'est pour avoir un doctorat. Mon sujet analyse les pratiques en médecine de famille notamment sur la santé de la femme au Québec puis je compare avec la France. Parce que ici vous avez la possibilité de suivre les grossesses jusqu'au bout puis de pratiquer les accouchements alors qu'en France ce sont la sage-femme ou le gynécologue qui vont prendre le relais. Donc je voulais analyser ça et puis comparer. Je voulais commencer vous demander déjà pourquoi vous avez choisi de faire médecin de famille avec une activité orientée vers la santé de ma femme mais pas gynécologue, quelle est la formation et où est ce que vous vous pratiquez aussi également ?

M13 : C'est un drôle de hasard je dirais là, euh j'ai terminé mon externat en 2008 donc à ce moment-là j'hésitais entre la médecine interne ou la médecine familiale puis c'était vraiment pas pour aller en obstétrique, j'avais mes stages mais c'était pas la pratique que je pensais faire et j'ai décidé d'aller en médecine familiale parce que on a aussi l'opportunité de faire de l'urgence et des soins intensifs comme médecin de famille puis c'est vraiment plus ce genre de pratiques là qui euh m'intéressait finalement. Donc j'ai choisi vraiment dans une optique plus de soin aigus et puis j'ai été pris en résidence à l'hôpital de Joliette à 1h de Montréal, c'est un centre hospitalier régional et puis on était affilié à l'université Laval au Québec donc ils ont des campus en région là pour les résidences en médecine familiale. Quand je suis arrivé ici, j'avais des stages à faire aussi en obstétrique et puis de fil en aiguille j'ai vraiment eu, un dans le fond une patronne médecin superviseuse que je trouvais vraiment enthousiaste de sa pratique puis vraiment ça a été contagieux puis j'ai aimé l'aspect du suivi de grossesse, les accouchements... Il y avait l'adrénaline, c'est ce que je cherchais et l'aspect technique aussi puis finalement, de fil en aiguille, j'ai décidé d'orienter un peu ma pratique en début de carrière puis je suis resté encore au même hôpital donc je pratique encore là depuis 12 ans à l'hôpital à Joliette. C'est le centre hospitalier de Lanaudière à 1h environ au nord-est de Montréal. C'est un hôpital régional parce qu'on couvre vraiment un gros territoire puis on a à peu près 1500 accouchements par année. Cela varie un peu mais c'est à peu près ce débit là qu'on a. Donc quand j'ai commencé ma pratique dans une unité de médecine familiale dans le fond, c'est un milieu clinique et pédagogique, c'est là qu'on forme les résidents et les externes. Puis j'ai commencé mon suivi de grossesse là puis les accouchements à l'hôpital qui est juste à côté de la clinique. J'ai fait de l'urgence aussi pendant 3 ans, je faisais les 2 : urgences, la salle d'accouchement et le suivi c'était un peu intense.

SK : Ah ouais! (rire).

M13 : J'ai travaillé fort ouais pendant 3 ans puis j'ai laissé tomber l'urgence pour mon couple (rire).

SK : Bah oui j'imagine et comment ça se passe une semaine, tout votre clinique s'est passé à l'hôpital ? Vous avez une garde par semaine pour les pour les accouchements ? Comment ça se passe ?

M13 : Ouais ben en fait il y a plusieurs modèles. Nous on est quand même un gros centre là donc on a quand même beaucoup d'accouchement donc c'est peu réaliste de faire des

semaines là parce qu'on...euh c'est rare qu'on va dormir 24h, il y a plusieurs hôpitaux plus en région éloignée où est qu'ils vont faire des semaines. Nous on fait des 24h parfois des 48 h sur les journées de week-end donc c'est ça, on travaille en pool dans le fond, chaque hôpital a un peu sa pratique mais nous on est 2 équipes de médecins de famille...

SK : Et vous faites pas que les accouchements, il y a aussi les autres patients ?

M13 : En fait c'est comme une pratique mixte dans le sens que, euh disons dans une semaine typique là, j'ai une clientèle en première ligne en médecine de famille donc je fais des suivis. Comme je suis dans une unité d'enseignement, je fais de l'enseignement aussi aux résidents, de la supervision, des activités pédagogiques puis je fais aussi à peu près 2 demi-journées de suivi de grossesse où on voit les patients en visites prénatales puis par semaine une à deux 24h sur appel où est ce qu'on couvre la salle d'accouchement donc toutes les patientes qui sont suivies par des médecins de ma clinique, parce que nous on est 6 médecins dans notre clinique qui font les grossesses. Donc dans le fond je couvre toutes les personnes présentes à la salle d'accouchement soit pour le travail, l'accouchement mais aussi toutes les plaintes obstétricales en haut de 20 semaines de grossesse là, on les évalue directement là-bas puis on fait les suivis post-partum, les complications post-partum, on va les voir au centre d'urgence là jusqu'à 2 semaines post-partum...

SK : Et il y a un gynécologue sur place ?

M13 : Oui il y'a toujours un gynécologue de garde aussi en même temps pour les consultations, pour les cas plus complexes, pour les accouchements voyons euh, je parle "instrumentalisé" donc pour les forceps, on les laisse au gynécologue. On transfère nos accouchements par siège, de jumeaux et puis tout ce qui est césarienne là dans le fond c'est sûr c'est le gynécologue.

SK : Quand vous dites "on transfère", c'est sur place ou c'est dans un autre hôpital ?

M13 : Dans le sens qu'on transfère au gynécologue ? C'est sur place.

SK : Ok c'est intéressant...

M13 : Mais on a plusieurs équipes là donc, moi ma clinique on est 6 médecins donc on a un pool de patientes d'un peu près 500 patientes par année, on fait les accouchements de ces patientes là et une autre clinique de médecins de famille qui font un peu la même chose sont 5 médecins et suivent 500 patients puis on a nos qui font aussi du suivi de grossesse puis de première ligne là, donc ils sont à peu près 10 gynécologues qui suivent à peu près 500 patientes aussi. Chaque équipe a comme à peu près le tiers des patientes et puis quand on est de garde, chaque médecin, on est comme 3 médecins de garde en même temps à la salle de accouchement, donc oui disons moi je suis de garde pour mes patientes de ma clinique, il y a un 2e médecin de famille qui est de garde pour les patients sa clinique puis un gynécologue qui garde pour les patientes de l'équipe de gynécologie et en plus des urgences, des consultations...

SK : Ah ok donc là c'est que pour les accouchements, pour les femmes en garde et non pas pour les autres patients de médecine de famille ?

M13 : Oui pour les accouchements mais comme je dis on fait aussi les consultations et cetera. Ma clinique est littéralement à 2 min là de l'hôpital, on est vraiment sur le terrain

à côté donc quand je suis de garde, souvent le matin je vais faire des suivis de grossesses là aussi mais sinon ça c'est vraiment pas pour la salle d'accouchement. Puis après ça les autres journées de la semaine ben là j'ai mes tâches pour mes patients de médecine générale puis mes tâches d'enseignement.

SK : Ok c'est intéressant. Ensuite je souhaitais analyser un peu le système de santé québécois, notamment au sujet de la santé de la femme, si vous pourriez me parler un peu des avantages et des inconvénients, avant de parler du système de santé français ?

M13 : Euh c'est sûr que c'est variable d'une région à l'autre. Il y a des régions où il y a un petit peu plus de difficultés d'accès et tout dépend du nombre de médecins qui font du suivi de grossesse, parce que encore là ça devient une petite spécialité au niveau de notre pratique de médecin de famille, c'est pas tous les médecins de famille qui vont suivre leur patientes qui tombent enceinte. Souvent ils vont nous les transférer pour le temps du suivi la grossesse, euh on s'en occupe disons jusqu'à 6 semaines post-partum, on les revoit puis si tout va bien on les retourne dans leur médecin traitant par la suite. Donc il y a certaines régions où il y a moins de médecins, il y a certaines régions où il n'y a pas de gynécologues du tout donc à ce moment-là, ben c'est des médecins de famille qui suivent toutes les femmes, qui font les accouchements. Des fois c'est des chirurgiens généraux qui vont faire les césariennes urgentes, ça ce sont des régions plus éloignées sinon dans les plus grands centres en général, c'est pas très compliqué d'avoir un suivi de grossesse là, les patientes ont le choix d'être suivies par un gynécologue d'emblée et elles peuvent être suivies par un médecin de famille aussi ou par une sage-femme. Souvent les sages-femmes vont accoucher au domicile ou dans des maisons de naissance là mais y'en a vraiment pas beaucoup là. Dans ma région par exemple, il y en a pas. Des patientes qui veulent se faire suivre souvent il faut qu'elles se rendent à 1h de route pour accoucher. Il y a certains hôpitaux qui commencent à accepter que les sages-femmes accouchent leurs patientes à l'hôpital donc il y a quelques hôpitaux mais vraiment, la majorité des suivis de grossesse puis des accouchements au Québec ça va être des médecins de famille qui vont les faire. Euh ensuite il faut avoir certains gynécologues qui vont en faire, il y a certains milieux où les gynécologues font que le suivi de première ligne, et vont vraiment juste être là pour les consultations, pour les grossesses à risque ou les complications lors de l'accouchement. Plus que la moitié des accouchements au Québec c'est des médecins de famille qui les font. On est vraiment là comme le pilier de ça.

SK : C'est différent dans le reste du Canada ?

M13 : C'est une bonne question. Dans le reste du Canada, je sais que les médecins de famille font quand même beaucoup d'accouchements mais ils font plus de tâches en première ligne, puis les spécialistes font un petit peu plus de tout ce qui est l'hôpital donc je sais que en milieu urbain, il y a aussi plus de gynécologues qui font les suivis que les accouchements et en milieu plus ruraux, ils appellent des médecins de famille aussi. Et au Québec, c'est particulier dans le système en général que les hommes praticiens ont fait minimum 40% de nos tâches là en centre hospitalier, que ça soit l'obstétrique, l'urgence, l'hospitalisation, la gériatrie, la psychiatrie, la pédiatrie donc ça se reflète un peu pour le suivi de grossesse, les accouchements aussi. En général les patients qui ont accès assez facilement un suivi, soit ils vont sur le site internet de l'hôpital, puis leur site web souvent il y a la liste des cliniques avec la liste des médecins qui font des suivis et

qu'ils peuvent appeler rapidement aux cliniques. Récemment il y a un nouveau système centralisé québécois où les femmes enceintes peuvent aller s'inscrire sur ce qu'on appelle un "avis de grossesse" en ligne et puis selon leur code postal, selon leur région, elles vont avoir accès à une liste de médecins, de sages-femmes, de gynécologues qui peuvent faire les grossesses avec les coordonnées. Puis aussi le guichet peut aussi faire le lien avec les cliniques pour les patientes qui ont de la difficulté à s'organiser donc ça c'est quand même très bien. C'est assez rare qu'on a des patientes qui arrivent en danger, qu'elles n'ont vraiment pas été capables d'être suivies. Celles qu'elles veulent le sont puis ce qui est bien aussi c'est qu'on a les CLSC. Pour les patientes plus vulnérables, on a des suivis là durant le cours de la grossesse qui peuvent être faits par des infirmières, des nutritionnistes selon des critères là, des facteurs de risques : jeune âge, grossesses non désirées, migrations récentes donc ils ont un programme qui s'appelle "*POLO*" pour "*œuf lait orange*" donc en fait c'est des coupons d'aide alimentaire qui peuvent être offerts pour ces patientes là puis un 2e programme s'appelle "*SIPPE*" c'est le "*suivi intensif en périnatalité petite-enfance*" où pour les personnes plus vulnérables, il va avoir un suivi parallèle à celui du médecin mais vraiment avec une infirmière, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes qui vont suivre les patients pour s'assurer qu'elles font leur prise de sang, leur rendez-vous, le un suivi du bébé pendant les 0 à 5 ans. C'est gratuit, si les patientes le veulent, c'est quand même accessible. Il y a des cours prénataux aussi qui sont offerts, pour les patientes qui le souhaitent dans toutes les régions. Donc les personnes ont quand même avec accès à des suivis relativement facilement, à de l'information...Euh puis la majorité des hôpitaux dans le fond, c'est un peu une règle de base mais dès qu'elles sont à 20 semaines à peu près de grossesse, elles peuvent avoir accès directement à leur médecin ou à celui de garde directement à l'étage de la maternité. Elles n'ont pas besoin de passer par des cliniques d'urgence, d'aller attendre à l'urgence donc ça permet d'avoir des accès assez rapide. On est quand même assez bien organisé. C'est quand même assez facile d'avoir aussi des avis en 2e ligne avec nos équipes de gynécologie, même avec de la 3e ligne pour des problèmes génétiques, des malformations qui sont bien plus compliqués. On a des cas dans le service en lien avec les hôpitaux universitaires tels que Québec, Sherbrooke, Montréal.

SK : Ok et vous connaissez le système de santé français ?

M13 : Pas du tout, c'est vraiment intéressant. Je savais qu'il y a plus de sages-femmes qui ont un peu notre rôle.

SK : Exactement. Les médecins généralistes en France pouvaient pratiquer les accouchements, notamment à la campagne, il y a 40 ans. Mais aujourd'hui, c'est soit le gynécologue, soit la sage-femme. Les SF s'occupent des accouchements physiologiques avec ou sans péridurale à l'hôpital ou en clinique. C'est très rare que ce soit à domicile. Elles peuvent les réparations, épisiotomies lors de l'accouchement. Elles font également les suivis de grossesse. Mais lorsque les grossesses se compliquent, elles réfèrent directement au gynécologue. De même s'il y a une complication en salle d'accouchement, elles appellent le gynécologue de garde sur place. En France, on a la possibilité de faire du suivi de grossesse jusqu'au 3e trimestre et de la gynécologie en cabinet selon nos compétences et comment on se sent mais il existe aussi des formations complémentaires, ce que j'ai fait, dans le but de se former un peu plus dans le domaine de la santé de la femme. Notamment, une attestation d'orthogénie pour pratiquer les IVG

à l'hôpital, ce sont plus les médecins généralistes qui s'en occupent. La colposcopie est accessible aussi. Tout est possible car il manque de gynécologues en France mais on ne peut pas faire d'obstétrique. C'est réservé aux obstétriciens qui ont donc fait une résidence de 6 ans en chirurgie notamment et les sages-femmes pour l'obstétrique dit physiologique.

M13 : C'est quoi la logique derrière ? Pourquoi comme médecin vous ne seriez pas capables de faire d'accouchement ?

SK : En fait je pense que le gouvernement français a souhaité que les médecins généralistes qui ne sont pas nombreux non plus s'occupent du reste des pathologies, des autres patients de médecine général, et que l'on laisse aux sages-femmes qui ont une formation de 5 ans "l'exclusivité" de l'obstétrique physiologique. Mais j'aimerais bien que ce soit une éventualité pour les médecins généralistes.

M13 : Ici aussi, on manque de médecins de famille dans le sens il y a 2 millions de patients qui n'ont pas de médecins. C'est quand même compliqué ici, c'est juste qu'il n'y a pas assez de sages-femmes. Cela va prendre plus de 10 ans pour nous remplacer. Donc si on arrête de faire des suivis, ça ne marcherait pas. Mais c'est intéressant. Est ce qu'il y a des patientes qui aimeraient que ce soit leur médecin de famille qui les accouchent ?

SK : Pour les accouchements, je ne sais pas trop...c'est pas dans la culture mais je suppose que oui, car la longitudinalité que ça procure est intéressante. De plus, les gynécologues sont vraiment difficiles d'accès. Cela prend plusieurs mois pour avoir un rendez-vous.

M13 : Est-ce que les gynécologues ont quand même une approche avec l'accouchement physiologique ?

SK : Un peu moins...

M13 : Nous c'est quelque chose qui nous a pas été reprochés. Peut-être en début de pratique, on médicalisait un peu trop les interventions mais euh on a eu quand même beaucoup de formation par Bernadette Degasquier notamment. Elle est française, je pense qu'elle était sage-femme puis elle est devenue médecin de famille puis elle nous a fait pleins de formations sur l'accouchement physiologique. Sur le positionnement lors du travail, l'accouchement, l'utilisation de la péridurale, les lacérations...tout ça. Donc on est beaucoup plus au fait de ça puis les patientes sont plus satisfaites et même les gynécologues sont un peu moins interventionnistes.

SK : Nous aussi ça tend un peu plus à l'accouchement moins interventionniste. Mais quand il y a un gynécologue, c'est qu'il va y avoir une intervention en général. Sauf pour les patientes en clinique privée qui choisissent de se faire accoucher par leur gynécologue. En tout cas, pour les SF ce ne sera pas interventionniste. D'ailleurs concernant les IVG, c'est aussi les médecins de famille qui s'en occupent ?

M13 : Euh oui. En fait souvent ce sont des cliniques de planning familiales, ça se fait dans les CLSC. La majorité des médecins sont des médecins de famille. Ils vont faire l'IVG, la contraception...Les IVG jusqu'à 5 semaines de mémoire dans les CLSC mais sinon il y a certaines cliniques plus spécialisée à Montréal où elles vont faire les IVG plus tardives aussi par des médecins de famille en majorité. Le collège des médecins

demande une formation spécifique pour ça durant leur résidence ou après. C'est aussi très accessible, les patientes n'ont pas besoin de référence médicale, elles peuvent juste appeler le CLSC et avoir un rendez-vous. Elles sont vues par une infirmière qui fait une échographie de datation puis le médecin va faire l'examen et l'intervention au besoin. Ce qui est plus difficile d'accès c'est tout ce qui concerne la gynécologie. Les gynécologues sont durs d'accès, beaucoup parce qu'ils font de l'obstétrique et du suivi de grossesse normal donc ça coupe un peu leurs plages horaires des consultations gynécologiques de colposcopie. C'est très long d'avoir des rendez-vous puis des suivis. Tous les résidents sont quand même formés pour faire la pose de stérilet, pour aller biopsier de l'endomètre, pour faire les cytologies bien sûr...donc beaucoup de médecins de famille font ça d'eux-mêmes pour leurs patients. Moi je pose mes stérilets, je fais les biopsies, je pose les implants cutanées...et cetera Tout ce qui est de la contraception, la majorité des médecins le font eux-mêmes et ne vont pas envoyer aux gynécologues. Ce sera vraiment pour les pathologies plus poussées. On a quand même des *fast-tracks*, des protocoles d'accueil clinique, c'est fait à l'hôpital en médecine de jour. Par exemple si on trouve un kyste ovarien suspect chez une patiente ou bien si on a un saignement post ménopausé, on a des protocoles où une infirmière clinicienne va suivre un protocole et faire la prise de sang, ça va être plus rapide. Donc pour certaines pathologies ce sera plus accessible mais en général c'est long, comme en France. Ce qui est bien aussi, les infirmières cliniciennes vont faire des suivis conjoints de pathologies chroniques. Par exemple, une infirmière clinicienne de diabétologie, je commence une médication en tant que médecin mais c'est l'infirmière qui va faire son suivi aux 3 mois, faire les prises de sang. Moi je revois la patiente si ça ne fonctionne pas.

SK : Ah c'est intéressant! Chez nous, il y a des infirmières spécialisées mais c'est pas exactement pareil.

M13 : Elles peuvent faire aussi les suivis de grossesse, elles peuvent faire les cytologies aussi donc moi, mes patientes, si je les vois pour une cytologie mais qu'elles sont dans les règles et pas disposées, je peux les référer à mes infirmières pour l'histologie, les dépistages de HPV aussi. On délègue un peu à d'autres professionnels donc ça aide aussi d'avoir accès à la santé de la femme.

SK : D'accord, il n'y a pas beaucoup d'inconvénients en fait!

M13 : Ben euh ça ne rentre pas sur le papier (rire).

SK : Tant mieux, ça ressemble un peu la France tout de même. Auriez vous d'autres questions ou d'autres sujets que vous vouliez aborder dans cet entretien ?

M13 : Non c'est intéressant de voir les différences comme ça. On connaît pas tant les autres réalités là.

SK : D'accord, si cela vous intéresse je vous enverrai la fin de ce travail.

M13 : Avec plaisir, je pense que chaque système a ses avantages et inconvénients. C'est sûr que la résidence de médecine familiale c'est 2 ans, c'est court. Durant l'externat on fait comme 1 mois de gynécologie et d'obstétrique c'est pas long, donc c'est sûr que c'est pas un gros bagage. La majorité des médecins qui veulent faire du suivi de grossesse vont faire une formation supplémentaire de 3 mois pour s'améliorer. Moi je ne l'ai pas fait, je me sentais à l'aise, je suis resté dans le milieu où j'étais donc c'était plus facile aussi

de connaître les équipes et cetera. Puis j'ai beaucoup appris sur le tas. Maintenant je discute avec des gynécologues, je parle dans les congrès de connaissances similaires sur pleins de sujets...C'est pas moi qui vais faire la césarienne, on va faire de l'assistance opératoire pendant les gardes là mais ça se fait. Ce sont des défis. Moi j'aime ça faire le suivi et d'accoucher mes patientes, puis ensuite je prends en charge le bébé, c'est ça qui est plaisant dans la médecine familiale de faire le suivi longitudinal. Mais je pense c'est l'avantage au Québec de faire ça pour ceux qui veulent. Je fais aussi du dépannage en obstétrique en région, aux Iles La Madeleine, en Gaspésie, à Charlevoix...ce sont des milieux où ils sont pas beaucoup de médecins de famille donc je remplace quand un en arrêt maladie par exemple. On se met sur une liste de disponibilité puis les hôpitaux nous envoient des demandes pour aller aider et faire de l'obstétrique, donc c'est génial aussi ça permet de voyager un peu, de changer d'air (rire).

SK : Ok je pense que c'est bon pour moi, merci pour tout. Au revoir.

M13 : Merci à toi. Bon séjour. Bye

ENTRETIEN 14

SK : Bonjour, ça va bien ?

M14 : Ca va bien et toi ?

SK : Impeccable. Merci d'avoir accepté cet entretien! Je me présente, je m'appelle Sophia et je suis résidente en médecine de famille en France. Et nous, pour terminer notre résidence et devenir docteur, on doit passer une thèse. Mon sujet traite sur le système de santé québécois notamment, la santé de la femme en médecine de famille. C'est pour cela que j'interroge des médecins accoucheurs principalement car on n'en a pas en France. J'aimerais ensuite comparer les 2 systèmes. Voilà. Je commence par des données démographiques : où exerces-tu ?

M14 : A Mont-Laurier.

SK : Ah! Tu connais donc Vanessa et Mylène ?

M14 : Oui tout à fait!

SK : Quel âge as-tu ?

M14 : J'ai 33 ans.

SK : Cela fait combien de temps que tu exerces ?

M14 : 4 ans.

SK : Pourquoi as-tu choisi de faire médecin accoucheur et non pas gynécologue ?

M14 : Parce que moi j'aimais la diversité de la médecine familiale, j'aimais aussi le fait qu'après avoir fait des années on pouvait réorienter notre pratique. Puis j'aimais pas le bloc opératoire.

SK : Il n'y a pas de gynécologues de garde avec vous c'est ça ?

M14 : Non!

SK : Donc pour les césariennes, vous transférez!

M14 : Oui on dit césarienne puis on appelle le chirurgien. On reste le médecin désigné pour la patiente mais on voit avec le chirurgien puis on gère le bébé et cetera.

SK : D'accord, il n'y a pas de sage-femme dans votre hôpital ?

M14 : Il y en a une depuis pas longtemps. Elle s'occupe de la communauté autochtone.

SK : Et en parallèle, tu as une garde par semaine d'obstétrique ?

M14 : Non, ce sont des gardes de une semaine chez nous. C'est une semaine sur 5. On est 5 médecins.

SK : Donc pendant une semaine c'est que de la salle d'accouchement, puis le reste ce sera pour tes patients en tant que médecin de famille ?

M14 : Oui c'est ça, du bureau.

SK : Ok et comment ça se passe les autres jours ?

M14 : Oui j'ai des jours pour les suivis de grossesse et d'autres avec le reste des patients.

SK : Ok, est-ce que tu fais des IVG toi ?

M14 : J'aimerais mais pas pour l'instant. Ici il y en a, ce sont les gynécologues et c'est un problème d'accès.

SK : Comment ça se passe ?

M14 : En fait il y a des gynécos qui viennent dans une clinique externe, ils peuvent en faire de temps en temps au bloc quand ils ont de la disponibilité mais sinon on envoie les patientes à Gatineau notamment.

SK : Et ce serait possible par la suite que des médecins de famille en fassent ?

M14 : Oui mais en fait on fait des consultations d'IVG et on peut prescrire la pilule abortive, ce qui n'était pas le cas avant. Il fallait faire une formation. C'est tout récent depuis cet été et ça change la donne. Je fais aussi du planning familial, mon but de faire ça c'est de faire des IVG mais là pour l'instant c'est pas possible. On fait des visites pré et post-IVG pour l'instant.

SK : Ok et comment faites vous pour la colposcopie et les pap-test ? Vous référez également ?

M14 : Oui en fait ça dépend de la pathologie. Les ASCUS simples, on fait du suivi de bureau mais si c'est plus complexe on réfère à la clinique externe, ce sont les gynécologues qui viennent en consultation en externe.

SK : Comment ça se passe au niveau des manœuvres obstétricales ? Y a t'il des différences en fonction des centres ou en fonction des médecins ? Je sais que si vous avez besoin d'une césarienne, vous allez demander au gynécologue ou au chirurgien généraliste mais pour le cas d'un accouchement physiologique, ce sera principalement avec péridural ou cela dépend ?

M14 : Ben on offre la péridurale au besoin. Euh... J'ai pas bien compris la question, les manœuvres obstétricales comme les ventouses, la révision utérine... ?

SK : Oui, par exemples, faites vous tous les ventouses ?

M14 : Oui on en fait tous, on pourrait faire des forceps mais on a juste pas été formé avec. On fait tous des révisions utérines...

SK : Ok et y a t'il une infirmière qui fait l'écho de datation avant que tu puisses voir la patiente ?

M14 : Non, on envoie en radiologie. Moi j'ai été formée en écho de datation mais dans le contexte IVG.

SK : Les médecins de famille peuvent faire les échographies ou c'est réservé aux radiologues ?

M14 : On pourrait oui.

SK : Il y a des formations pour ?

M14 : Oui! Moi je n'étais pas formée en echo-dating justement mais euh, on ne fait pas la clarté nucale, c'est exclusivement dédié au radiologiste. Et ce n'est même pas tous les radiologistes, il faut une formation spécifique.

SK : Et les gynécologues ont cette formation ?

M14 : Oui!

SK : C'est intéressant! Peux tu me parler des avantages et inconvénients de ce système de santé dans le cadre de la santé de la femme concernant le médecin de famille ?

M14 : Les avantages je dirais, c'est quand même plus de flexibilité. On est bien payés même si c'est moins cher que les gynécologues. Euh...on a une belle flexibilité, on s'adapte selon les centres, il y a différentes manœuvres qu'on peut faire. Que ça soit de l'écho, des manœuvres obstétricales, des IVG...on a vraiment de la flexibilité à ce niveau là. Quand on sort de l'école, ça dépend dans quel sens on se dirige mais moi j'ai fait ma résidence en médecine familiale tournée vers la salle d'accouchement car c'est ce que je voulais faire. Mais cela reste que l'on pas beaucoup d'expérience en terme de suivi de grossesse quand on sort de la résidence. On essaye d'aller chercher plus de stages en salle d'accouchement, la gestion des priorités, des urgences et cetera. C'est surtout là qu'il faut savoir agir rapidement mais je trouve que le côté clinique externe- suivi de grossesse est mis de côté donc on apprend sur le tas. C'est correct mais je pense que ça pourrait être un avantage comme en médecine d'urgence que la 3e année soit orienté exclusivement médecine de la femme ou juste obstétrique périnatalité car on gère les bébés aussi là.

SK : Ah bon!

M14 : Oui, on sait réanimer un bébé mais après la réanimation, quand est ce que c'est normal une bradycardie, une désaturation...Au début, on ne sait pas, on apprend avec des cas qu'on voit. On ne fait pas de gavage à Mont-Laurier...

SK : C'est quoi le gavage ?

M14 : Ce sont les sonde naso-gastriques chez les bébés, pour l'alimentation entérale. Euh...je pense qu'on manque de formation quand on sort de l'école. Mais on apprend sur le tas aussi. Je pense que c'est le côté le plus négatif je dirais.

SK : Ok, et quand tu vas à Mont-Laurier, tu es rattachée à ce centre, tu ne peux plus aller dans un autre centre ?

M14 : Je pourrai, c'est 55-60% de notre pratique qu'il faut le faire dans la région où on a notre poste. Cela fonctionne en terme de "prem", ce sont des postes en médecine familiale. Donc moi mon "prem" enveloppe un gros territoire, autant le nord de Rivière-Rouge. Je pourrai décider d'aller là bas mais il n'y a pas tant d'accouchements. Mais sinon je pourrai sortir de cette région pour aller faire du dépannage ailleurs si je voulais. Il faut juste que je respecte un certain pourcentage de pratique dans ma région. Sinon on a des coupures de salaire.

SK : Donc dans les avantages, c'est la flexibilité et dans les inconvénients pour toi ce serait d'avoir plusieurs "casquettes", en tout cas à Mont-Laurier...

M14 : Il y a beaucoup de soutien au téléphone, tu peux tout de suite appeler et les césariennes sont vraiment supervisées au téléphone mais je veux dire ça m'est arrivée d'avoir des jumeaux de 32 semaines. On les accouchés puis on les a transférés...tu sais j'avais fait ça là, on est une petite équipe, on a 200 accouchements, on a 3 tables de réa. Quand j'y arrive, j'y arrive tu sais on a pas le temps de réfléchir, il faut le sortir là (rire).

On apprend beaucoup puis côté autonomie je me retrouverai dans un centre tertiaire, il y aurait pleins de choses que je ne pourrai plus faire parce que c'est un partage de temps différemment.

SK : T'as combien d'accouchements ?

M14 : On a 300 accouchements par année. Je dirai environ 5 accouchements par semaine.

SK : C'est correct. Concernant les inconvénients, dans les autres entretiens, les médecins parlaient beaucoup de difficultés d'accessibilité.

M14 : Oui, c'est sûr mais nous en plus, on est loin, à 2h du premier centre secondaire. Si on est en ville, en périphérie de Montréal, on transfère quand on a une maman en travail de 27 semaines par exemple...

SK : A quel moment vous transférez ?

M14 : On accouche à partir de 35 semaines sauf si y a des facteurs de risque, on peut dire " ben non moi je ne suis pas à l'aise" donc ça dépend là. C'est une estimation, en dessous de 2 kilos, on essaye de transférer aussi. Où il y a un pédiatre au moins parce qu'on est quand même toutes seules à gérer la maman et le bébé aussi. On doit décider des gavages et autre. On peut l'accoucher c'est correct mais après c'est Sainte-Justine qui vient chercher le bébé en transport néonatal puis le *dispatch* à Saint-Gerome ou un autre hôpital mais la maman ne suit pas tout le temps là fait qu'il faut penser à ça. Donc on doit se débrouiller pour trouver de la place proche. C'est difficile de les séparer.

SK : C'est vraiment une autre pratique en région c'est fou! Et connais-tu le système français ?

M14 : Un peu, j'ai fait un stage à Bruxelles en pédiatrie. Il y avait des internes français qui m'ont expliqués mais pas plus que ça. Il n'y a pas beaucoup de médecins de famille en Europe il paraît...ou c'est extra hospitalier si je ne me trompe pas.

SK : Alors nous on a 3 ans de résidence, bientôt 4. On a aussi une grande flexibilité comme vous. Par exemple, j'aimerais orienter majoritairement vers la gynécologie médicale, on peut aussi faire de l'échographie et de la colposcopie qui sont des formations complémentaires. On ne pourra pas faire de l'obstétrique qui est réservé aux gynécologues obstétriciens et aux sages-femmes, ni de la PMA qui relève des gynécologues médicaux. La grosse différence chez nous, ce sont les sages-femmes qui ont un rôle prépondérant en France. Elles ont 5 ans de formation et peuvent faire comme vous : du suivi de grossesse, des consultations gynécologiques, des accouchements physiologiques avec péridurale, des réparations, des échographies...dès qu'il y a une pathologie elles réfèrent au gynécologue. Dans notre résidence, on a des stages obligatoires comme un stage d'urgence, puis de médecine de famille en ville ou rurale, en pédiatrie, en gynécologie, en médecine adulte. Ce sont des stages de 6 mois à chaque fois.

M14 : Ok!

SK : Moi j'aimerais bien que les médecins de famille puissent avoir le choix de pratiquer l'obstétrique même si ce n'est pas trop populaire. On a aussi la possibilité de pratiquer des IVG.

M14 : C'est marrant car nous aussi c'est populaire l'obstétrique chez les médecins de famille.

SK : J'aimerais beaucoup moi! Mais ce sont les gardes qui est le plus contraignant, et ce serait "marcher sur les plates-bandes" des sages-femmes également...

M14 : Cela peut s'inverser car les sages-femmes au Québec sont beaucoup dans les maisons de naissance et comme nous récemment, on a une sage-femme qui vient accoucher à l'hôpital. Elle s'occupe de la population autochtone. C'était difficile au début en terme de groupe de s'adapter parce qu'on avait l'impression qu'elle marchait sur nos plates-bandes aussi.

SK : D'ailleurs, s'il y a un problème lors de l'accouchement, elle vous appelle vous ?

M14 : Oui, il y a des places qui appellent directement les gynécologues, en ville souvent des maisons de naissance puis ils sont transférés en ambulance. Chez nous, c'est transféré directement à nous car il n'y a pas de gynécologue.

SK : Ok, c'est intéressant. Je pense que j'ai un peu fait le tour...As-tu des questions ?

M14 : Non, je pense que qu'on a fait le tour de ma pratique!

SK : J'aime beaucoup interroger les différentes pratiques, en région et en ville ça n'a rien à voir! J'ai eu l'occasion aussi d'aller à l'hôpital Maisonneuve Rosemont suivre un médecin accoucheur le temps d'une journée. Ah oui ! Je voulais te demander quelle était la différence entre centres primaire, secondaire et tertiaire ?

M14 : Primaire, c'est nous, c'est cet hôpital de région, ce n'est pas obligé d'être en région en terme de distance mais ça dépend des soins à faire je dirais, secondaire il y a toutes les spécialités qui sont de garde. Nous on a beaucoup de spécialités en consultant externe qui viennent une journée ou deux par mois. Nous le centre secondaire associé à Mont-Laurier c'est Saint-Gérome qui est à 2h. Eux ont la majorité des consultants de garde. Eux dans le fond c'est un centre secondaire, je ne connais pas tous les critères mais mettons en obstétrique, il y a le gynécologue de garde, un groupe de médecine familiale, des soins internes au bébé, il y a des pédiatres de garde qui peuvent gérer les bébés, c'est le fait d'avoir des soins inter...euh parce que nous pour le bébé, on a une salle de stabilisation qui peut service de soins inter un petit peu mais les bébés, on ne les garde pas plus que 6h quand ils ont besoin d'un respirateur disons.

SK : Ok

M14 : A saint-Gérome, c'est vraiment une unité d'hospitalisation du bébé. C'est un peu l'étape avant l'unité de néonatalogie. Euh...pis les femmes accouchent à partir de 32 semaines dans les centres secondaires et ils sont équipés pour faire des gavages, des C-PAP et cetera puis ils ont le staff qui vient avec dédiés à ces soins. Ils ont un plus grand débit souvent.

SK : Il n'y a pas d'infirmières chez toi ?

M14 : Si si, on a 2 infirmières à la salle d'accouchement en tout temps seulement. Elles gèrent les post-partums, les patientes en travail, les bébés...du début à la fin. Il n'y a pas deux unités là, une unité pédiatrique ou néonatale donc on fait tout. Après tertiaire, c'est

Sainte-Justine, Maisonneuve en terme d'obstétrique je parle, ils ont une unité néonatale, ils accouchent à partir de la viabilité du bébé.

SK : C'est principalement à Montréal donc.

M14 : Sinon au Québec, il y a aussi Sherbrooke puis le CHUM de Québec, c'est l'université de Laval, c'est tout en terme de centre tertiaire en obstétrique.

SK : Et au nord il y en a ?

M14 : Non, nous ça nous arrive de transférer à Ottawa parfois car on est à 2h de chez eux.

SK : Ah bon! Les pratiques sont différentes là-bas ?

M14 : Non, la majorité du temps on transfère à Sainte-Justine mais dans certains cas particuliers on va transférer à Ottawa, notamment les patientes suivies là-bas, plus proches de Gatineau. On les appelle directement.

SK : C'est bien intéressant! Bon, si tu n'as pas d'autres questions je pense qu'on peut finir là dessus. Je t'enverrai mes résultats une fois terminés si cela t'intéresse.

M14 : Bien sûr!

SK : Parfait, merci à toi et à bientôt alors!

M14 : Fait plaisir, au revoir!

ENTRETIEN 15

SK : Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Sophia, enchantée, je suis résidente en médecine de famille en France, c'est en 3 ans. Puis par la suite on doit faire une thèse, c'est l'équivalent d'une maîtrise ici il me semble, afin de devenir officiellement docteur en médecine. Mon sujet porte sur la santé de la femme et la comparaison entre les deux systèmes : québécois et français à travers le ressenti des médecins. Ici, au Québec, il existe des médecins de famille accoucheurs et pas en France, je voulais donc analyser ces pratiques. Voilà. Où travailles-tu déjà ?

Je travaille à l'hôpital de Mont-Laurier, là où était Lysiane avant.

SK : Ah oui! J'ai interrogé une de tes collègues! Et quel âge es-tu ? Cela fait combien de temps que tu pratiques ?

M15 : J'ai 27 ans. J'ai commencé en Janvier, cela fait presque un an.

SK : Ok! Ma première question portait sur ta formation. Pourquoi as-tu choisi médecin de famille accoucheur plutôt que gynécologue ?

M15 : Moi je n'aimais pas le côté chirurgical. Quand tu fais ta résidence de 5 ans d'obstétrique, tu dois faire des blocs opératoires et ça m'intéressait pas mais j'aimais beaucoup le côté obstétrique fait que j'ai choisi de faire médecin de famille accoucheur.

SK : D'accord et as-tu fait le stage de périnatalité de 3 mois ?

M15 : Oui, dans le fond je suis la seule qui l'a fait dans les 5 médecins accoucheurs de Mont-Laurier. En fait ici comment ça marche, au Québec là, c'est pas tous les milieux qui demandent à avoir les 3 mois de plus là. Souvent même, ce sont les milieux qui ont beaucoup de demandes qui vont vouloir l'avoir pour filtrer les candidats. C'était pas obligatoire à Mont-Laurier mais j'ai décidé de le faire quand même. J'ai fait 3 mois à Sainte Justine, dans le fond comment ça fonctionne, tu sais tu appliques à l'université puis eux ils t'envoient un hôpital, fait que ça te permet d'avoir de l'expérience de plus, fait que j'ai vraiment apprécié.

SK : Oui car, pendant ta résidence, tu avais une exposition qui était quand même conséquente en obstétrique ou pas tant ?

M15 : Ben dans la résidence, on a un stage obligatoire d'un mois en salle d'accouchement. Après ça, on a 3 stages à option dans les 2 ans de 1 mois. Fait que moi j'ai fait 2 mois de salle d'accouchement puis 1 mois de néonatalité.

SK : Ok, mais pour toi ça n'était pas suffisant ?

M15 : En fait, fallait que j'applique 1 mois d'avance pour l'extension de périnatalité donc j'ai eu mes stages à option plus tard. A la fin, je me suis dit que c'était suffisant mais c'est quand même mieux d'en voir plus...euh c'est difficile à savoir à l'avance si c'est suffisant ou pas là, mais dans les 3 mois à option, t'es exposé assez. Tu vois en néonatalité j'ai eu 2 semaines, je n'ai jamais eu de réa fait que c'est sûr j'avais hâte comme d'en voir sinon je ne me serai pas sentie à l'aise là.

SK : Et euh je voulais te demander si tu faisais des IVG ?

M15 : Non, je n'ai jamais été formée, je n'ai pas été dans cette direction là.

SK : Ok. Donc à Mont-Laurier, tu as tes gardes en salle d'accouchement. Mais à côté tu as aussi une pratique de médecin de famille en bureau ? Ainsi que du suivi de grossesse c'est ça ?

M15 : C'est ça. Dans une clinique. Environ une journée par semaine je fais du suivi de grosse et je prends les nouveaux-nés en même temps.

SK : Est-ce que à Mont-Laurier vous avez des infirmières cliniciennes ?

M15 : Oui mais pas les IPS (infirmières praticiennes spécialisées).

SK : Les IPS peuvent faire des accouchements ?

M15 : Non mais elles pourraient faire les suivis de grossesse. Mais on a des sages-femmes que au Québec, pis on a en une à Mont-Laurier qui a commencé, c'est plus la population autochtone. Je ne savais pas que ça existait cette formation de sage-femme parce que je pense que ça ne m'aurait pas dérangé d'aller vers ça.

SK : Tu saurais me dire quelle est la différence entre IPS et infirmière clinicienne ?

M15 : Les IPS peuvent prescrire sans ordonnance, c'est comme une maîtrise tandis qu'une infirmière clinicienne c'est un bac.

SK : Et en pratique que font-elles ?

M15 : Les IPS peuvent suivre des patients de manière autonome sans protocole fixe, un peu comme les médecins mais affiliées à nous. Si moi j'avais une IPS elles pourraient voir mettons 50 de mes patients, c'est un peu comme un "mini-résident", elle peut prescrire tandis que l'infirmière clinicienne doit se référer à nous, euh...elle a besoin d'ordonnances prévues avec un protocole standard. Si ça sort du protocole là, elle ne peut plus suivre le patient. Ici on a une infirmière clinicienne qui fait les abécédaires avec nous, les suivis pédiatriques. Elle fait une partie des questionnaires puis on fait le reste.

SK : Donc l'intérêt de ces postes là est un gain de temps ? C'est combien d'années leur formation ?

M15 : Oui. Pour un bac, c'est 4 ans.

SK : Et aucune infirmière ne peut accoucher ?

M15 : Non je ne pense pas.

SK : Je voulais aborder les différences entre le système québécois et français. Que peux-tu me donner comme avantages et inconvénients au sujet de la santé de la femme au Québec, de ton point de vue à toi, médecin de famille ?

M15 : Hmm. Ben je dirais que mettons, tout le monde a accès gratuitement au suivi de grossesse. Je ne connais pas le système français mais...

SK : Oui je vais en parler après!

M15 : Tu sais récemment en salle d'accouchement à Mont-Laurier, on a eu une patiente qui était immigrée de l'Afrique, j'avais vu sur son papier de RAMQ, elle doit payer tous ses soins sauf le suivi de grossesse et l'accouchement. Sinon euh je dirais que les médecins comme moi, je dois prendre des patientes que pour le suivi de grossesse mais pas pour tout, après ça ils retombent sur la liste d'attente. L'inconvénient en santé de la

femme, c'est difficile d'avoir accès à l'IVG parce qu'il faudrait avoir une formation pour prescrire la pilule abortive selon le collège des médecins du Québec. Fait que là, c'étaient juste les gynéco qui pouvaient prescrire ça et là c'est tout nouveau, c'est en cours, on pourrait suivre la formation nous aussi les médecins de famille pour la prescrire.

SK : AH je pensais que vous pouviez déjà pratiquer les IVG sans formation complémentaire.

M15 : Ben moi j'avais compris qu'il fallait une formation quand même. Avec un écho-dating complémentaire, ce sont les critères.

SK : D'accord donc l'avantage c'est l'accès au suivi de grossesse et l'accouchement où tout est pris en charge...d'ailleurs, une femme qui n'a pas de médecin de famille ni de gynécologue, vers qui elle va être référée ? Qui va la suivre ?

M15 : Actuellement, il y a des cliniques autour d'elles où elle peut choisir. Médecin de famille ou gynécologue. Nos secrétaires acceptent tout le monde donc comment ça fonctionne : la patiente va appeler, notre secrétaire va lui dire à notre infirmière qui trie, par exemple savoir quels médicaments elle prend, les antécédents et cetera. Après ça elle est mise sur le site automatiquement pour être suivie par nous. Si elles appellent à l'hôpital car elles ne savent pas où aller, l'hôpital réfère automatiquement. Il y a 2 cliniques ici qui font les grossesses, et une seule avec des médecins de famille fait que on les voit toutes. C'est comme ça partout.

SK : Et par contre, dès que ça touche la santé de la femme comme la contraception, le *pap-test* c'est plus complexe. Et ça, c'est parce qu'il n'y a pas tous les médecins de famille qui pratiquent ou qu'il en manque tout simplement ?

M15 : Oui pour les *pap-test*, c'est un peu un fléau là, c'est pas tout le monde qui en fait. On est supposé à être formés pendant notre résidence...fait que maintenant les infirmières cliniciennes sont formées pour le faire, fait que dans les cliniques elles peuvent le faire. Euh...puis comme à Mont-Laurier, on a une clinique qu'on appelle "Jeunesse TSS", c'est pour tout le monde donc si une femme veut parler contraception et n'a pas de médecin elle pourrait aller là. C'est comme une fois par semaine puis la disponibilité est assez facile. Mais encore là, s'il y a besoin d'une colposcopie, cela se réfère au gynéco par le biais du médecin de famille.

SK : Est ce qu'il y a une demande à ce sujet ? Que les médecins de famille puissent pratiquer la colposcopie ou pas ?

M15 : Hmm moi je n'ai pas entendu parler que ça arriverait.

SK : Ok, donc voilà pour les avantages et inconvénients. Le fait que vous soyez en région aussi, la pratique est différente.

M15 : Oui c'est ça. Tu sais nous ici on a des gynécologues...euh la pratique est assez facile. Moi je n'ai jamais eu de gros délais pour les colposcopies mais fallait justement que l'on réfère selon les *pap-test*.

SK : Tu fais des consultations sans rendez-vous ?

M15 : Oui ben c'est pas un "vrai sans rendez-vous", le rendez-vous est pris dans les 24 heures.

SK : Ok. Ce sont comme des places d'urgence en fait ?

M15 : Oui c'est ça.

SK : Euh...je voulais savoir pour la procréation médicalement assistée, ça va être référé au gynécologue aussi ici ?

M15 : Oui, fait que ce sont des délais phénoménaux et même des cliniques ne prennent plus de patientes parce qu'ils en ont trop.

SK : Et tu sais si c'est la même chose dans le reste du Canada ou pas ?

M15 : Ben, euh...en Ontario, j'ai une patiente qui a réussi à avoir de la place. Elle a payé plus cher mais ont eu le service plus rapidement. C'est la seule expérience que j'ai.

SK : Tu connais un peu le système français ?

M15 : Non.

SK : Alors de notre côté, notre résidente est différente : les médecins de famille ont 3 ans et peut-être bientôt 4 ans. On a des gynécologues médicaux qui ont 4 ans de résidence et peuvent s'occuper de la PMA, des obstétriciens dont la résidence est de 6 ans qui s'occupent des accouchements pathologiques et de la chirurgie puis les sages-femmes qui ont le même rôle que le votre sans la partie "bureau". Pour ces dernières, elles accouchent sous péridurale, font des réparations et c'est majoritairement à l'hôpital, elles ne font pas de forceps ni de ventouse. Elles ont 5 ans de formation, font du suivi de grossesse et suivi gynécologique et dès qu'il y a une pathologie, elles le réfèrent au gynécologue. Puis les médecins de famille qui peuvent pratiquer la gynécologie sans la PMA. Dans mon cas, j'ai passé un diplôme complémentaire de gynécologie-obstétrique, c'est une formation sur un an. J'ai aussi passé une attestation d'orthogénie afin de pratiquer des IVG chirurgicales à l'hôpital et par la suite, j'aimerais passer les DU de colposcopie et d'échographie. Voilà les principales différences je dirais. Après concernant l'accès aux soins, c'est quand même plus facile. On n'a pas autant de délais pour avoir un rendez-vous en colposcopie ou un rendez-vous chez le médecin traitant même si cela devient de plus en plus compliqué. On n'a pas du tout d'infirmières cliniciennes ou IPS, certaines IDE ont une spécialité comme les infirmières anesthésistes ou de bloc, ou encore celles qui se spécialisent en diabétologie. En salle d'accouchement, on va avoir la sage-femme, le gynécologue de garde, l'interne, l'étudiant et cetera. J'aimerais que les médecins généralistes aient cette possibilité d'accoucher pour avoir cette longitudinalité des soins qui m'intéressent beaucoup mais en France, ce n'est pas la même culture...et euh, les médecins généralistes ont du coup plus de temps pour s'occuper des autres patients.

M15 : Oui, nous à Mont-Laurier c'est 7 jours de garde dans le mois. Mais en effet, ça coupe le monde de patients. Si on parle d'un gros centre à Montréal, il y a assez de gynécologues. Ce n'est pas tous les hôpitaux qui acceptent les médecins de famille. Mais nous ici, il n'y en a pas.

SK : Voilà un peu les différences euh...tout est pris en charge en France! On a aussi des cliniques, les hôpitaux, les cliniques, le planning familial. Mais la problématique actuelle, c'est l'accès aux médecins et spécialistes surtout en zone sous-dense. Est-ce que tu avais d'autres questions ou thèmes à aborder ?

M15 : Euh mettons le frottis, ce sont les médecins de famille qui le font ?

SK : Cela dépend du médecin. S'il est à l'aise avec oui, sinon ils réfèrent.

M15 : Ok, as tu d'autres entrevues ?

SK : Oui oui c'était bien intéressant et toi tu es mon dernier entretien! Puis j'aime le fait d'interroger des médecins de différents horizons, ce n'est pas la même pratique en ville ou en région.

M15 : Ah ok! Et puis même nous, ils parlent de faire la résidence en médecin familiale en 3 ans. C'est en discussion.

SK : Chez nous, ce sera 4 ans. Pour essayer de pallier aux déserts médicaux.

M15 : Ici au Québec, ils doivent faire 2 mois de stage en région s'ils ne font pas leur résidence en région.

SK : Nous c'est déjà le cas, on a des stages en périphérie. Ce sont des stages de 6 mois. On a une maquette obligatoire : par exemple la 1^{ère} année, je dois faire 6 mois aux urgences puis 6 mois chez un cabinet de ville. La 2^e année, c'est 6 mois de gynéco puis 6 mois de pédiatrie et la dernière année c'est de nouveau en cabinet de ville mais plus autonome, on a une supervision indirecte, le médecin n'est pas avec nous mais on peut l'appeler s'il y a un problème puis 6 mois en médecine adulte dans un service. On a moins d'expositions que vous je pense. J'ai fait 6 mois en gynécologie et pourtant je ne pourrai pas être à l'aise en salle d'accouchement. Comme les sages-femmes sont là, les internes vont plus aux urgences gynécologiques. Alors que 1 mois vous suffit !

M15 : Ben, nous dans le fond, c'est 1 mois en salle d'accouchement tous les jours dans un hôpital à haut débit. Les gens qui sont intéressés vont en voir! Et nous ce sont des stages en continu fait que au cours de la résidence, j'ai des journées d'urgence, de clinique, de pédiatrie donc comparé à toi ça permet d'avoir des acquis sur tout le long et non juste par période.

SK : Oui complètement. Donc voilà. Je ne sais pas si tu as d'autres questions.

M15 : Non c'est bon.

SK : Si cela t'intéresse, je pourrai t'envoyer les résultats une fois terminés.

M15 : Avec plaisir, et si tu as d'autres questions n'hésite pas!

SK : C'est gentil, merci, au revoir.

M15 : Merci à toi, à bientôt.

ENTRETIEN 16

M16 : Qu'est-ce qui vous avez amené à faire ce projet là ?

SK : Oui je vais vous expliquer, alors moi c'est Sophia, je suis interne où l'équivalent de résidente en France en médecine de famille et nous, pour terminer notre résidence, on a une thèse à faire pour avoir un doctorat. C'est dans le cadre de ma thèse ce projet de recherche là. En fait moi en tant que médecin de famille, j'ai aussi passé un diplôme de gynécologie obstétrique donc c'est une sorte de diplôme complémentaire. J'ai fait aussi l'attestation d'orthogénie pouvoir faire des IVG à l'hôpital, et l'année prochaine j'espère pouvoir suivre une formation et obtenir le diplôme de colposcopie. La gynécologie m'intéressait beaucoup donc c'est pour ça que j'ai voulu me lancer dans ce genre de projet et comme j'aime bien voir un peu ce qui se passe ailleurs, je me suis dit que j'allais regarder un peu comme se passait notamment au Québec et j'ai vu que vous les médecins de famille vous pouvez faire des accouchements, ce qui n'est pas le cas en France. En France, on peut faire le suivi de grossesse, la santé de la femme, le suivi gynécologique jusqu'à ce qu'il y est un souci, ensuite il faut qu'on le au gynécologue et jusqu'au 3e trimestre. Au 3e trimestre après, c'est soit une sage-femme soit un gynécologue-obstétricien qui prend le relais voilà. C'est un peu différent, on en parlera après mais les sages-femmes ont un gros rôle en France.

M16 : Les sages-femmes c'est une formation universitaire ?

SK : Oui c'est 5 ans...Elles font une formation et elles s'occupent de tous les accouchements physiologiques, elles peuvent faire des échographies si elles ont la formation, elles font les accouchements à l'hôpital. Je sais que ici c'est en maison de naissance et c'est sans péridurale. Chez nous il y a la péridurale et elles peuvent faire les reconstructions, elles font ainsi du suivi gynéco à l'extérieur...et cetera elles s'occupent de toute la santé de la femme par l'aspect physiologique. Donc je me suis dit que j'allais venir faire une thèse qualitative et venir interroger du coup les médecins québécois pour pouvoir faire cette analyse un peu des pratiques actuelles. Je voulais commencer par une question, je voulais savoir ce qui vous avez amené en tant que résidente à choisir médecine de famille et médecin accoucheur et pas avoir pris par exemple gynécologue ?

M16 : En fait c'est très simple, je pense qu'on on sait rapidement si on est plus médicale ou chirurgicale et moi je me suis rendue compte assez rapidement que le bloc opératoire n'était vraiment pas pour moi. Autant j'aime beaucoup les techniques tout ça, la chirurgie j'aime pas ça du tout, fait que tous mes stages chirurgicaux, j'ai appris des choses, mais je savais que c'était pas pour moi. C'est pour ça que j'ai pas été vers la gynéco obstétrique, par contre, en fait au début je pensais aller vers la pédiatrie puis c'est en faisant des stages à l'externat que là j'arrivais dans un stage : "Ah Ben ça j'aime ça, Ah Ben ça j'aime ça Ah Ben ça j'aime ça" puis là je me suis rendue compte que j'aimais tout. Fait que j'avais un problème, la pédiatrie je trouvais que ça devenait un peu restrictif, je ne pouvais plus faire autant de choses variées...Euh avec la médecine familiale ça me permettait d'avoir une pratique variée dans le moment mais variée dans le temps aussi, dans le sens que en ce moment ça me permet de faire plusieurs choses et je me dis que dans 10-15 ans si

je n'ai plus envie de faire de gardes à la salle d'accouchement je peux faire des soins palliatifs, je peux changer pour autre chose... je trouvais que j'avais une plus grande liberté comme médecin de famille pour ma pratique finalement.

SK : Et là vous exercez où ?

M16 : Je suis à Joliette. Je suis à la clinique, euh nous on s'est un GMFU, c'est un groupe de médecine familiale universitaire ce qui fait qu'on forme des médecins résidents puis des externes. Puis l'hôpital est juste à côté, ce qui fait que ma pratique est essentiellement à la clinique et mes gardes, à la salle d'accouchement.

SK : D'accord, et pourquoi avoir choisi d'exercer à Joliette ? Vous avez fait votre formation à Montréal vous êtes partie à Joliette c'est ça ?

M16 : Exactement. Je ne connaissais pas vraiment la région de Joliette. C'est par rapport à la manière dont on choisit le centre où on fait la résidence c'était...euh, si je m'affiliais avec l'université de Montréal où j'ai fait mon cours, ils pouvaient m'envoyer dans un centre parmi 10 que j'avais pas le choix parmi ces centres là donc j'aurais pu être à Montréal sur la rive-nord de Montréal, sur la rive-sud de Montréal, de pas savoir où j'allais être là. Mais ensuite avec l'université de Laval, tu pouvais choisir exactement le centre où tu allais puis j'ai une amie au fond, qui avait déjà fait un stage d'observation un été à Joliette puis elle m'avait dit c'est vraiment une belle place, tu sais l'équipe est elle fun puis il y a beaucoup de cas intéressants... tout ça fait que j'ai dit : "Ah Ben on se lance, on appliquait les 2 en même temps" fait que on a appliqué pour faire notre résidence à Joliette puis finalement j'ai été acceptée à Joliette. Comme j'ai fait ma résidence pendant 2 ans là, après c'est que je suis tombée en amour avec le milieu autant dans ma clinique qu'à l'hôpital que de la salle d'accouchement que l'emploi là, tout me plaisait fait que je suis restée. J'ai été chanceuse parce que maintenant, il n'y a plus de postes en obstétrique à Joliette, c'est difficile, on en a quelques-uns par ci par là mais moi mon année, il y avait 2 postes et on était 2 qui l'ont fait aussi.

SK : Et je voulais savoir, comment vous organisez un peu votre temps ? Vous faites de la médecine de famille la semaine et une garde par semaine en salle d'accouchement mais en même temps vous faites du suivi de grossesse ? Comment est organisé votre planning, et aussi est ce que vous pratiquez les IVG ?

M16 : Non je ne fais pas d'IVG. Dans le fond, nous à Joliette c'était un vieux docteur qui faisait ça depuis des années. Il y en a un nouveau qui a commencé depuis quelques années donc maintenant à ma connaissance, ce sont 2 euh, si j'étais intéressée je pense que je pourrais me former pour en faire aussi mais ma pratique est déjà très remplie. Le fait que j'en fais pas sinon comment j'organise mon temps : la majeure partie du temps je suis à la clinique, fait que je fais de la médecine générale, je fais des suivis de grossesse, je fais de la supervision des résidents, on a des activités cliniques aussi avec les résidents avec les cliniques... infiltration de cortisone... et cetera. Les gardes, ça dépend des mois mais j'en aurais entre 4 et 7 par mois je dirais, ce sont des gardes de 24h. Je dirais que généralement c'est plus de l'ordre de 5-6 mais ça dépend toujours, si certains sont en congés maternité. En règle général c'est 5-6 par mois puis c'est 24h à la fois, fait que des fois c'est la semaine généralement, on fait une fin de semaine par 4 à 6 semaines environ. Ce

sont des 24h00 sinon puis sur ma garde de 24h00, je fais généralement une demi-journée de bureau, de suivi de grossesse en même temps que je suis de garde puis le lendemain de garde comme aujourd'hui, je fais juste du bureau généralement ou du suivi de grossesses ou quelques autres activités mais je fais moins de la médecine générale le lendemain de garde. Parce que si j'ai pas beaucoup dormi, la médecine générale me demande plus à mon cerveau, voilà, ça ressemble un petit peu à ça.

SK : D'accord, il y avait un des thèmes que je voulais aborder c'était notamment du coup la santé de la femme dans votre système de soins au Québec, je voulais savoir si vous pouviez me parler un peu des avantages et des inconvénients que vous avez dans le système de soins concernant la santé de la femme ?

M16 : Ben y a quand même plusieurs choses qu'on peut faire comme médecin de famille, c'est à dire dans notre pratique en général. En fait ça dépend toujours un peu de chaque médecin est à l'aise d'aller jusqu'à un certain niveau d'investigation, y en a qui vont référer rapidement en gynécologie puis y en a qui vont en faire un petit chemin par eux-mêmes, c'est à dire par exemple un saignement utérin, normal si on peut faire des biopsies d'endomètre dans le bureau, on peut faire des poses de stérilets, des exérèses de polypes de l'endocol... Tu sais y a certaines choses qu'on peut faire de façon autonome dans le bureau, si on réussit pas ou si on est pas à l'aise on peut référer à un gynéco. Puis nous a la clinique, on appelle ça la technique gynécologique, fait qu'on a un peu fondé ça pour l'apprentissage aux médecins résidents, fait que c'est des biopsies d'endomètre, des poses de stérilets puis nouvellement des poses d'implants dans les bras. Sinon c'est sûr que nos gynécologues, ils font aussi un peu de la première ligne en suivi obstétrical, dans le sens que ils suivent les grossesses tout à fait normales au même titre que les grossesses plus compliquées, ça on s'entend pas nécessairement entre médecins de famille et gynéco sur cette façon de procéder là, nous on aimerait bien être aider les seuls entre guillemets à faire du suivi de grossesse normal pour que si on a des complications on envoie gynécologie pour qu'ils aient plus de disponibilité mais bon ça c'est une controverse qui date pas d'hier. Euh, ce qui fait que par exemple les délais en colposcopie sont absolument incroyablement long, l'attente est parfois de 1 an, 2 ans indépendamment du résultat donc on va facilement dans d'autres centres ailleurs dans le Québec parce que c'est trop long chez nous là. Fait que l'accessibilité en 2e ligne est difficile pour certaines choses. Ceci dit en obstétrique particulièrement, on n'a pas de difficulté. On a une belle équipe de gynéco puis on a des nouvelles, c'est une génération plus jeune, ça amène un air plus frais peut-être, fait que c'est agréable (rire).

SK : Et est-ce que vous ça vous arrive de travailler conjointement avec des sages-femmes ?

M16 : Pas vraiment. Dans le fond, les sages-femmes chez nous en fait, elles viennent pas accoucher chez nous contrairement à l'hôpital Lagardère qui est à 30 min d'ici euh je sais qu'ils ont des sages-femmes qui viennent accoucher dans leur centre. Nous non. Le seul contact qu'on peut avoir parfois, c'est par exemple si elle était suivie par une sage-femme qui gère le travail et tout et finalement si y a une problématique X, qui est transférée à l'hôpital, ça peut arriver qu'on la prenne en

charge à l'hôpital mais la sage-femme ne reste pas. C'est vraiment pour un transfert ou si elle a déjà commencé le suivi de grossesse mais qu'il y a une complication X, ce qui fait qu'elle ne peut pas suivre, il peut y avoir un transfert vers nous mais sans plus. On n'a pas de contact direct.

SK : C'est vraiment la grosse différence avec la France. Il n'y a pas des demandes justement chez les sages-femmes de pouvoir plus s'intégrer un peu ? Dans le sens, pas que faire de physiologique ?

M16 : Chez nous les sages-femmes accouchent beaucoup en maison de naissance ou à domicile. Beaucoup plus qu'à l'hôpital par exemple, tu sais leur place à l'hôpital est restreinte à ma connaissance. Peut-être que dans d'autres villes du Québec c'est différent. Donc on ne les côtoie pas vraiment puis on dirait qu'au Québec, y a comme une idée un peu péjorative parfois au sujet des sages-femmes. On a l'impression que c'est mal vu par certains professionnels de la santé d'être suivi et accoucher par une sage-femme pour une raison que j'ignore mais pas elles n'ont pas autant de place ici.

SK : D'accord donc principalement l'inconvénient serait l'accès aux soins. Et pourquoi il n'y a pas plus de médecins de famille ou plus de gynécologues au Québec à former ?

M16 : Oh la la, c'est très d'actualité en fait parce qu'on n'arrive plus depuis quelques années à combler nos postes. Avant on comblait nos postes régulièrement en médecine de famille mais pour des raisons plutôt politiques je dirais, la médecine familiale a été un peu dénigrée je dirais là par certains politiques dernièrement, depuis quelques années même. Ce qui fait qu'on voit les postes en médecine familiale qui se combler de moins en moins...

SK : C'est à dire que les jeunes médecins ne veulent plus faire médecin de famille c'est ça ?

M16 : Exactement. Les étudiants médecins, quand ils arrivent à choisir entre spécialité ou médecine de famille avant c'était très équilibré puis là depuis quelques années on voit vraiment spécialité versus médecine de famille pour des raisons vraiment politique, super plate là, vraiment. C'est encore d'actualité, on a encore passé dans les nouvelles la semaine passée ou l'autre d'avant le fait que cette année c'était la même chose, on n'a pas comblé les postes. Ils sont venus chez nous faire un reportage à la télé par rapport à ça. C'est dommage parce que c'est des milliers de patients concernés. L'accès aux médecins de famille est difficile déjà, les gens se plaignent qu'ils n'ont pas de médecin de famille puis là c'est juste de pire en pire. Parce que ceux qui n'entrent pas en médecine familiale là, c'est dans 5-10-15 prochaines années c'est des milliers de personnes qui n'auront pas un médecin de famille puis on voit plein de départs à la retraite qui seront pas comblés ici.

SK : On a le même problème en France, c'est universel ce problème. Ok donc on a parlé un peu du système de santé français, Euh je sais pas si vous avez des questions particulières par rapport à ça ?

M16 : Pas vraiment mais dans le fond, est-ce que vous choisissez un peu comme nous spécialités versus médecine ?

SK : Oui alors nous on a 6 ans d'externat. La première année on a un concours pour pouvoir rentrer en médecine, c'est assez restrictif et en 6e année il y a un autre concours national où là tous les internes de France passent le concours. Les premiers du concours peuvent choisir la spécialité qu'ils veulent et la ville où ils veulent se faire former et après au fur et à mesure du classement on prend ce qu'il reste. Il y a beaucoup plus de postes en médecine de famille en l'occurrence mais il n'y a pas suffisamment de médecins quand même. On a exactement le même problème, c'est que là il y a beaucoup de médecins qui partent à la retraite. J'ai des demandes de remplacement tous les jours donc ça devient compliqué, il y a beaucoup de patients qui n'ont plus de médecin traitant. D'ailleurs ici j'ai entendu que ça allait jusqu'à ou 2 ou 3 ans, 4 ans d'attente pour avoir un médecin c'est fou. Je ne pense pas que ce soit à ce stade là en France mais y a quand même beaucoup de personnes qui n'ont pas encore de médecins donc c'est problématique mais par contre pour la santé de la femme en particulier, il n'y a pas assez de médecins gynécologues non plus donc du coup, il y a des médecins de famille qui peuvent faire la santé de la femme. En l'occurrence, c'est ce que j'aimerais faire, et qui peuvent faire de l'échographie, des suivis de grossesse, de la contraception, des IVG médicamenteuses en cabinet de ville ou à l'hôpital. Tous les accouchements se font à l'hôpital ou en clinique en France, il n'y a pas de maison de naissance à ma connaissance. Alors après je sais que des sages femmes accouchent à la maison mais la grosse différence, en tout cas pour l'accouchement ce sont les sages-femmes qui occupent une grosse place. Elles travaillent vraiment conjointement avec les gynécologues obstétriciens. Quand il y a un souci, elles réfèrent au gynécologue mais sinon c'est elles qui font vraiment la plupart des accouchements. Les médecins de famille vont plus s'occuper de la santé de la femme, moins pour le suivi de grossesse et l'accouchement. Cela concerne les contraceptions et cetera. C'est mon objectif par la suite. Et j'adorerais faire les accouchements mais en France c'est un peu chasse gardée par les gynécologues les sages-femmes et du coup c'est pour ça que je voulais un peu analyser tout ça et voir s'il est possible de faire ça en France.

M16 : Y a t'il une ouverture ? Est-ce que les gynécologues seraient ouverts éventuellement ?

SK : Alors j'en ai pas parlé avec les gynécologues c'est vrai. Il faudrait y remédier. Parce que là je fais une partie de la thèse au Québec puis ensuite une partie en France. A ce moment là j'aurais plus d'informations euh... je pense pas que ce serait le problème des gynécologues parce que dans tous les cas les gynécologues ont beaucoup de travail et ils sont là pour les grossesses à risque et les pathologies à risque. Et il y a de quoi faire. Les médecins généralistes, ce serait pour les grossesses physiologiques. Par contre là où ça serait un peu plus embêtant on va dire, serait par rapport aux sages-femmes.

M16 : Je comprends, mais y a t'il assez de sages-femmes ?

SK : Oui il y en a beaucoup. Alors je pense qu'on en n'a jamais assez. Donc à voir, j'analyse tout ça et d'ici un an je vous enverrai les résultats si ça vous intéresse.

M16 : Oui bien sûr, et est ce que en Europe c'est partout pareil ?

SK : En Suisse et en Belgique c'est pareil. Je ne pense pas que les médecins en Suisse y a pas de médecin de généraliste qui accouchent en Belgique je ne pense pas non. En Europe il me semble que c'est principalement les gynécologues et mais je vérifierai.

M16 : J'ai une collègue elle qui a pratiqué à Joliette puis finalement elle a comme projet de vie probablement, d'aller travailler à Hawaii aux États-Unis puis le seul inconvénient en partant là-bas, c'est qu'elle pourra pas faire d'obstétrique mais elle pourra faire du suivi de grossesse.

SK : Oui c'est ça, et je sais qu'en Angleterre et en Allemagne c'est pareil. Dans nos pays on a vraiment la spécialisation des sages-femmes pour l'obstétrique physiologique et les gynécologues pour l'obstétrique en règle générale, et les médecins de famille c'était vraiment pour s'occuper du reste en fait simplement et c'est vrai que du coup il y a un meilleur accès. Les 24h de garde que vous avez et c'est du temps pour les autres patients donc ça c'est vrai que c'est une différence mais pour autant il manque quand même de médecins (rire). D'accord, je ne sais pas si vous avez d'autres questions, d'autres thèmes qu'on pourrait aborder ?

M16 : Est-ce que dans le fond vous les résidents si on veut là en médecine de famille, est ce que eux ils font des stages avec les gynécologues ?

SK : Ah oui alors notre résidence est un peu différente. C'est 3 ans en médecine générale donc on a 9 ans d'études au total, et en fait dans ces 3 ans on a des stages de 6 mois, des expositions de 6 mois, et il y en a certains qui sont obligatoires en tout cas en médecine générale. Je dois faire 6 mois dans un cabinet de ville, 6 mois aux urgences, 6 mois en pédiatrie, 6 mois en gynécologie, 6 mois en médecine en médecine adulte et de nouveau 6 mois en cabinet où là on est autonome, on a plus besoin du médecin à côté. On l'appelle s'il y a un problème et donc ça c'est notre maquette. J'étais vraiment étonnée que vous n'ayez pas plus d'exposition en gynécologie...

M16 : Oui enfin, il existe chez nous un stage option, mais sinon j'essaie de me rappeler quand j'ai fait ma résidence moi j'avais pas fait le stage à option puis j'avais peut-être eu là en 2 ans de résidence euh, ben j'avais eu mon stage d'obstétrique là d'un mois mais sinon en gynécologie j'avais peut-être fait 2 journées quelque chose comme ça dans toute ma résidence, fait que ça limite.

SK : Oui c'est fou, vous avez appris sur le tas ?

M16 : Ben il y a des choses que j'ai appris plus avec les médecins de famille à la clinique de médecine de famille mais sinon effectivement moi dans le fond j'ai fait des stages d'option obstétriques parce que je voulais faire ça mais c'est vraiment juste de l'obstétrique, y avait pas de gynécologie.

SK : Ah oui c'est dingue mais donc c'est pas la même formation et après pour devenir gynécologue obstétricien c'est 6 ans. Il y a une gynécologue obstétricien et

gynécologue médical. Les gynécologues médicaux ne font pas d'obstétrique, ils ne font pas de chirurgie, ils font du suivi de grossesse, les pathologies endocriniennes, de l'échographie et de la procréation médicalement assistée. Leur résidence dure 4 ans. Puis il y a les médecins généralistes comme moi qui peuvent passer des diplômes pour pouvoir se former plus en gynécologie par la suite mais je ne pourrais pas faire de procréation médicalement assistée et je ne pourrais pas faire d'obstétrique.

M16 : C'est intéressant d'apprendre comment ça fonctionne ailleurs.

SK : Oui j'aime beaucoup ça aussi. Bon s'il y a pas d'autres questions je peux vous dire merci beaucoup d'avoir donné de votre temps.

M16 : Vous allez nous envoyer les résultats ?

SK : Oui bien sûr, je vais tout envoyer une fois terminée!

ANNEXE 6 : Focus group

Modérateur :

Présentation des résultats de l'étude qualitative

SK : Bonsoir, vous me connaissez toutes donc je ne me présente pas (rire). Je vous rappelle le sujet de ma thèse et expose mes résultats. Je suis partie un semestre à Montréal afin d'interroger les médecins généralistes québécois qui pratiquaient le suivi de grossesse et les accouchements. Je rappelle un peu le contexte, on a une pénurie de gynécologues et de médecins généralistes en France. Je voulais justement me concentrer sur le suivi gynécologique et le suivi de grossesse. Et au Québec, les médecins généralistes ont la possibilité d'être formés à l'obstétrique. Je fais un rappel de la démographie en France, entre 2021 et 2022 on voyait clairement les départs en retraite non remplacés et le solde des médecins généralistes et des gynécologues qui sont à -658 et -628. Les objectifs de ma thèse étaient donc d'analyser la pratique des médecins généralistes accoucheurs québécois et ensuite, le but de ce focus group est de discuter de mes résultats et de comparer avec notre pratique de médecine généraliste français, voir les avantages et les inconvénients des deux systèmes. Ce que l'on pourrait en tirer dans notre système de soins. C'est une thèse qualitative dans laquelle j'ai interrogé 16 médecins de famille qui pratiquaient les accouchements : 13 femmes et 3 hommes dont les activités se situaient entre Montréal et dans la région du Québec, car ce ne sont pas les mêmes façons de travailler. J'ai utilisé le logiciel *Nvivo* et je voulais me focaliser sur 4 points notamment : la pratique du médecin généraliste accoucheur, la pratique des sages-femmes qui est moindre là-bas, les avantages et les inconvénients de ce système de santé. Dans mes résultats, j'avais interrogé les médecins sur 3 thèmes. Je leur avais demandé pour quelles raisons ils avaient choisi de faire médecin de famille accoucheur et non pas gynécologue, les avantages et les inconvénients du système de santé québécois en santé de la femme, et ensuite on discutait des différences avec le système français. Donc leur choix de carrière, c'était principalement qu'ils n'étaient pas intéressés par la chirurgie. Là-bas, la résidence en médecine de famille dure 2 ans et 5 ans pour les obstétriciens. Ils ont une plus grande liberté de pratique également, ils peuvent faire diverses formations et ne sont pas forcément assignés à un service contrairement aux spécialistes. C'était aussi pour la longitudinalité des soins, ils accouchent et suivent le bébé. Et pour finir, cela leur permettait une vie de famille. Ensuite, on discutait des avantages. Pour eux là bas, il y a un bon accès au suivi de grossesse. Ils ont une plateforme internet qui permet aux femmes sans médecin traitant de trouver un médecin pour suivre leur grossesse assez rapidement. Ils ont le choix entre les gynécologues, les sages-femmes et les médecins généralistes. Autant avoir un médecin traitant là-bas, c'est assez compliqué, il y a en moyenne 4 ans d'attente pour en avoir un. Mais l'accès aux suivis de grossesse ou IVG c'est assez rapide. Il existe une plateforme qui peut conduire vers des cliniques spécialisées. Euh...et malgré tout, il y a un meilleur accès aux médecins généralistes qu'aux spécialistes. Le choix du praticien revient dans les avantages. C'est comme en France. Pour eux, un des avantages à accoucher leur patiente c'est aussi de les connaître dans leur globalité. Autre chose, les spécialistes de première ligne, là-bas il y a des infirmières spécialisées (IPS) et des infirmières

cliniciennes. J'ai l'impression que la loi santé ici tend vers la même chose. En fait ce sont des IPS qui ont 2 ans à 5 ans de formation et vont pouvoir décharger les médecins généralistes, c'est à dire qu'il y a des IPS qui vont pouvoir faire des échographies de datation ou du suivi de grossesse en alternance avec le médecin. Elles peuvent aussi s'occuper des suivis de MST dans différentes cliniques et cetera. Pour eux, c'est vraiment un avantage, ça les décharge et d'avoir plusieurs spécialistes de 1ere ligne comme ça. Et dernier avantage, c'est la pratique plus large. Ils peuvent faire de la pédiatrie, de la gériatrie...et cetera. A propos des inconvénients, ils doivent faire des pratiques sans rendez-vous car il n'y a pas assez de médecins généralistes. Le gouvernement leur impose de plus en plus ces pratiques sinon leur salaire est tronqué. Le gros point noir au Québec, c'est l'accessibilité aux soins. C'est vraiment compliqué d'avoir un médecin généraliste. Personnellement, j'ai testé. Quand on n'a pas de médecin traitant, on va aux urgences ou on fait du sans rendez-vous en clinique. Les délais, le *pap-test* c'est le frottis. Là-bas, si on a un résultat anormal au frottis, c'est un an de délai d'attente en moyenne pour avoir accès à une colposcopie. Seul les gynécologues les suivent. Ce n'est pas très bien desservi non plus, il y a des régions au Québec sans gynécologues. Ils ont 3 gros centres de maternité de niveau 3 dans tout le Québec : à Montréal, à Québec et à Sherbrooke. Faut savoir que c'est 3 fois la France et il y a 9 millions d'habitants. Donc il y a des régions où lorsqu'il y a une complication, c'est 2h pour accéder à un bloc opératoire. Donc c'est compliqué, ils s'arrangent comme ils peuvent. Il y a des centres où ils n'ont pas de gynécologues et ce sont les chirurgiens viscéraux qui pratiquent les césariennes. Après les inconvénients pour eux en pratique, ce sont les gardes obstétricales. La politique restrictive gouvernementale, justement ils n'ont plus autant de liberté qu'avant. Les médecins accoucheurs n'ont pas trop le choix de s'installer où ils veulent. Ils trouvent un centre, ont un contrat et s'ils décident de partir, leur salaire est tronqué. Dans les inconvénients également, est l'attente de prise en charge, c'est à dire qu'ils ont environ 500 patients en moyenne et qui dit garde en obstétrique dit repos de garde donc ils n'ont pas le temps pour les autres patients, cela rallonge donc les délais. Le gouvernement tend à diminuer ça. Il souhaite qu'ils prennent moins en charge les femmes enceintes et forment des sages-femmes mais ce n'est pas pour tout suite. Ces dernières sont une centaine seulement à sortir diplômées d'une seule école à Montréal. Elles accouchent essentiellement en maison de naissance et à domicile. Elles n'ont pas du tout le même rôle qu'ici. Elles accouchent de manière physiologiquement exclusivement, c'est à dire sans péridurale, sans médicalisation. Le rôle du médecin généraliste en fait là-bas est comme le rôle de nos sages-femmes ici. Cela tend à changer dans les prochaines années. J'ai noté également les principales différences dans le suivi de grossesse. Là-bas ils ne font pas le suivi systématique de la toxoplasmose tous les mois si l'immunité est négative. Comme c'est rare, ils le demandent une fois et c'est tout. Les patientes françaises sont angoissées à ce sujet et le demandent. Il n'y a que 2 échographies durant la grossesse qui sont obligatoires, la 3e est faite s'il y a eu un problème au cours de la grossesse. Il n'y a pas de recommandation sur le fait de faire un suivi annuel comme en France. Les patientes prennent rendez-vous quand elles le souhaitent. Et la place des infirmières cliniciennes, elles peuvent faire des frottis, des dépistages d'IST, du suivi de grossesse en alternance avec un médecin, les échographies de datation...elles ont vraiment plusieurs rôles et notamment, plus on est en région, moins il y a de médecins et plus les infirmières auront un rôle important. La grosse différence

aussi, la GPA est autorisée là-bas mais je n'ai pas trop exploré le sujet. Et il n'y a pas de limite de délai à l'IVG. Il n'y a pas de loi qui encadre ça, les femmes peuvent à tout temps de la grossesse décider de faire une interruption mais il faut trouver un spécialiste qui veut bien effectuer. En général, après 32 SA c'est quand même compliqué de trouver quelqu'un. Donc voilà. L'idée maintenant est de discuter de ces résultats, de comparer avec le système français et de discuter de leurs points forts, faibles des deux côtés, savoir si cela peut être applicable et si on pouvait un peu s'inspirer de leur pratique pour améliorer la qualité des soins en santé de la femme. Cette partie sera située dans la DISCUSSION afin d'explorer différentes pistes. Que pensez-vous de tout ça ?

CC : Je veux bien commencer. Euh...alors est ce que cela peut-être applicable ? Il y a plusieurs points déjà dans le sens que je trouve qu'il y a peu de med G en France qui sont sensibilisé à la gynécologie de manière générale dans un premier temps. Je pense que le DIU de gynéco...euh ce serait intéressant de voir combien cela représente en fait à la sortie des internes chaque année. Savoir le pourcentage de médecins généralistes qui veulent se former à la gynéco. Et pour ceux qui sont formés à la gynéco, euh rajouter les accouchements à domicile...personnellement j'adorerai. Je trouve ça magnifique mais après, ça veut dire que cela nous rajoute des gardes; sachant qu'on participe déjà au parcours de soins...euh voilà. On a quand même déjà tous des gardes quand on est installé. Cela veut dire être disponible à n'importe quelle heure de la nuit quand on a une de nos patientes sur le point d'accoucher, fin voilà je ne sais pas si en soi ce serait applicable à ce niveau là. Euh en effet on est déjà débordés par le nombre de patientes qu'il doit voir tous les jours donc ça veut dire dégager encore du temps pour faire les accouchements euh...en soi, personnellement j'adorerai mais je en vois pas comment cela peut être applicable dans les faits sachant qu'on manque déjà de médecins généralistes et cetera.

SK : Hmm, oui c'est ce qu'il se passe là bas. Eux sont ce sont construits comme ça car il n'y a pas de sage-femme. Ils adorent et moi aussi, je voulais explorer ça car cela m'intéresserait de pratiquer les accouchements. Mais effectivement au départ j'y allais avec plein de bonne volonté mais au fur et à mesure des mois, je me suis rendue compte qu'on se retrouvait quand même avec des délais d'attente chez le médecin traitant énormes. Mais bon, ce n'est pas la même population non plus.

ML : Et moi il y a un truc que je crois en pas avoir compris Sophia. Quand il y a une complication sur un accouchement du coup et qu'il y a un généraliste sur l'accouchement que fait-il ? Ils appellent l'obstétricien ?

SK : Alors oui, le généraliste appelle l'obstétricien de garde et il peut même assister aux césariennes ou alors dans certains centres, il n'y a pas de gynécologue et c'est le chirurgien viscérale qui pratique la césarienne.

FS : Mais du coup l'accouchement se passe où à priori ? Plutôt à domicile ou plutôt à l'hôpital ?

SK : C'est à l'hôpital.

ML : Donc cela veut dire qu'ils sont formés à tout sauf la césarienne c'est ça ? Les manœuvres ?

SK : Oui.

SG : Et la mortalité au moment des accouchements, elle est comment par rapport à nous ?

SK : Alors je n'ai pas trouvé beaucoup d'études à ce sujet. La dernière étude que j'ai trouvée datait de 2004 et c'est sensiblement la même chose qu'en France. Il n'y a pas plus de mortalité.

M8 : Ah bon ben alors ce sont des champions!

SK : Après ils sont 9 millions. Ils ont aussi moins d'épisiotomie, ça tend à moins de péridural et cetera. Mais il n'y a pas plus de mortalité.

SL : Et il y a quand même des suivis de grossesse pathologique en hôpital ?

SK : Oui oui. Dès que c'est pathologique, ils réfèrent aux gynécologues. Eux, peuvent gérer les hypertension, diabète gestationnel et cetera. Et quand ça devient trop compliqué ils réfèrent, notamment les grossesses gémellaires également.

M8 : Donc on peut imaginer que c'est un système de pyramide. Il y a par exemple les sages-femmes, les infirmières spécialisées, le médecin et après le gynéco.

SK : Oui c'est ça. En fait c'est surtout le médecin généraliste qui va être le pilier, au milieu, qui va un peu gérer. Quand tout va bien, selon les centres, à Montréal c'est le cas, le médecin va collaborer avec les infirmières cliniciennes. Ils vont alterner le suivi de grossesse par exemple. Mais c'est le médecin généraliste qui gère.

ML : Et comment ils sont formés ? Cela dure combien de temps pour eux ?

SK : Ils ont 3 mois de stage de périnatalité, optionnel. Ils font 2 ans de résidence qui est l'équivalent de l'internat, ensuite ils peuvent choisir d'orienter leur résidence vers la gynéco. Ils ont des stages de 1 mois, avec un nombre d'accouchements à réaliser. Maintenant ce stage de périnatalité de 3 mois devient de plus en plus recommandé car beaucoup de centres le demandent mais c'est que 3 mois. Et 6 mois si l'on étudie à l'Université McGill.

ML : Cela me paraît fou qu'en 3 mois tu puisses apprendre les manœuvres, savoir gérer forceps, ventouses...

SK : Oui alors, ils pratiquent les ventouses mais pas le forceps. Certaines régions, donc à 3h de Montréal, des médecins font les accouchements et réaniment le nouveau-né car il n'y a pas de pédiatre.

M8 : Et les hémorragies de la délivrance ? Ce sont les chirurgiens viscéraux qui s'en occupent ?

SK : Les gynécologues et quand il n'y a pas ce sont les chirurgiens généraux oui.

FS : Et ils font aussi les échographies les médecins accoucheurs ?

SK : Non, ce sont les radiologues.

FS : Cela ne me paraît pas si choquant que ça 3 mois dans la mesure où ils ont un rôle très proche des sages-femmes sans la formation échographique. Et qu'ils ont toutes les bases d'un médecin derrière. Donc si c'est un stage intensif pour apprendre les manœuvres et les accouchements...

SK : C'est ça. Alors je suis allée à l'hôpital sur place et elle m'expliquait qu'ils avaient un nombre d'accouchements à faire. Je crois que les sages-femmes font pareil ici en stage. Et ils ne font que ça, après ils peuvent décider de leur consultation et cetera. Certains vont se former à l'IVG. C'est depuis peu, qu'ils peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses.

SL : Et le fait de ne pas accoucher, c'est parce qu'il y a une pénurie de sages-femmes à l'hôpital ?

SK : Non, en fait là-bas il n'y a pas de sages-femmes, ce n'est pas dans la culture. C'est comme chez nous il y a 50 ans. Au Québec, il y a une école qui forme les sages-femmes depuis peu, elles sont peu nombreuses, et ce sont que des accouchements dits physiologiques en maison de naissance ou à domicile. Pour certaines, elles ont des vacances au bloc obstétrical pour les accouchements pour éviter des transferts trop long. Il n'y a pas de péridural. Alors que les médecins généralistes font tout le reste, par exemple les épisiotomies... Ce n'est juste pas dans la culture. Les médecins ne savaient pas me dire pourquoi, il y en a même certains qui ne connaissaient pas l'existence de cette école à Montréal.

SL : Pour eux, le projet ce serait plus de développer la formation des sages-femmes s'ils veulent répondre à la pénurie de médecins ?

SK : Sages-femmes et infirmières oui; Et c'est ce que je voyais un peu dans la nouvelle loi Santé qui va sortir, ils vont former un peu plus les infirmières chez nous. Bon ici, ça concernait les certificats de décès notamment.

SL : C'est juste la dénomination de la profession qui est différente mais je pense que les infirmières formées à ce que tu disais sont des sages-femmes en fait.

CC : C'est l'équivalent des sages-femmes chez nous en fait.

SK : Mais y en a pas tant, ce n'est pas dans tous les centres.

ML : Puis elles n'accouchent pas ces infirmières donc c'est pas vraiment des sages-femmes.

SK : C'est ça, elles ne pratiquent pas les accouchements. Elles aident les suivis de grossesse...

ML : Après moi je trouve euh...dans ta question, "est-ce que c'est applicable au système français ?" Ben je ne suis pas sûre dans le sens où il y a déjà un système avec des sages-femmes justement qui travaillent avec les gynécologues et cetera. Je ne suis pas sûre que ce soit applicable et avec la pénurie de médecins généralistes français.

SK : Oui c'était l'idée. Enfin la question que je me posais c'est si cela pourrait être bénéfique que les médecins généralistes puissent avoir le choix d'être formés justement aux accouchements et au suivi.

CC : Oui car il y a forcément des médecins généralistes sensibles à la gynéco et à l'obstétrique. Je pense qu'on pourrait réussir à en toucher quelques uns en effet. Cela pourrait être proposé en formation en fait mais on est habitués à des temps de formation plus long que là-bas et du coup, peut-être que 3 mois ne nous mettraient pas suffisamment en confiance mais pourquoi pas proposer une formation en périnatalité de

6 mois. Après, pour la mettre en œuvre ça me paraît assez compliqué. Quand est-ce qu'on passe le relais, comment... ? Voilà... l'organisation et cetera.

SK : Parce que ça, j'y pensais notamment pour les déserts médicaux. C'est ce qui se passait avant je suppose.

JO : Est-ce que vous m'entendez ?

SK : Oui.

JO : Parce que euh en fait, se former à la périnatalité, lors du stage "santé de la femme", si on a envie, on peut le faire. C'est l'investissement qu'on a envie de faire mais c'est aussi, comment on a envie de se battre pour le faire. Après si je prends mon expérience personnelle, apprendre à accoucher un bébé chez la nullipare, je l'ai fait pendant mon stage parce que j'avais envie de le faire. Maintenant, ça fait 20 ans que je ne le pratique plus mais mes mains pourraient accoucher quelqu'un.

FS : Je pense aussi qu'un médecin généraliste motivé peut le faire en France.

SK : Ah oui je n'ai pas du tout cette sensation là.

FS : Ah ouai ? Ah non, tu peux, après faut être motivé et trouver une place à l'hôpital où tu pourrais être formé et tout mais je pense qu'il n'y a rien qui l'empêche légalement. C'est plus une question d'aller trouver où se former.

SK : Oui...

JO : C'est un travail en bon intelligence avec les sages-femmes. C'est super important ça. Notamment ce qu'on appelle, notre CPS, qui permet justement un bon travail en équipe qui est en ville. Ou il pourrait peut-être avoir un jour une maison de naissance avec un médecin généraliste et cetera. A partir du moment où il y a un vrai travail d'équipe que ce soit avec les infirmières avec une pratique avancée, ou les sages-femmes, on peut amener pleins de choses et pleins d'idées et potentialiser tout ce qui existe.

CC : Il faut quand même voir la faisabilité. Parce que si c'est un désert médical, qu'on est à 50 minutes d'un hôpital, on a une complication lors de l'accouchement, qu'elle fait une hémorragie de la délivrance en plus... C'est un risque énorme pour le médecin généraliste en fait. Donc ça veut dire qu'il faut un gynécologue obstétricien de garde en plus...

JO : C'est savoir si on a un SAMU de garde, alors peut-être plus un SAMU pédiatrique, avec un SAMU gynécologique possible dans ce cadre là. Parce que ça n'existait pas le SAMU gynécologique, ce sont les urgentistes. Donc voilà. Est-ce que dans le paysage français c'est probable ?

SG : Moi le médico-légal m'effraie énormément.

ML : Oui c'est sûr.

FS : Moi je ne vous dis pas celui qui décide de faire des accouchements le prix de son assurance (rire).

SG : C'est ça! C'est à ça que je pense.

JO : Quand on regarde le prix des assurances des gynécologues-obstétriciens c'est pas la même chose.

SK : Oui la petite différence aussi c'est le salaire n'est pas le même là-bas.

JO : Ils sont mieux payés j'imagine. Ce n'est pas difficile!

SK : C'est 3 fois notre salaire clairement.

JO : Ils peuvent payer l'assurance alors ça va!

ML : Même pour ceux qui ne sont pas accoucheurs ?

SK : Ah oui oui. Bon en gros, ce sont des choses qui pourraient se faire en désert médical, avec une problématique plus d'ordre organisationnel. Si on a une équipe formée à travailler ensemble et cetera.

FS : Après je pense que individuellement, ça pourrait se faire mais je ne suis pas sûre que cela aurait un intérêt globalement en France dans la mesure où le réseau de sages-femmes est bien effectif. Il n'y pas vraiment "de place" si ce n'est pour une volonté personnelle mais on ne remplira pas quelque chose qui manque, je pense qu'on manque moins de sages-femmes que de médecins globalement.

SK : Je ne sais pas ça par rapport au nombre de médecins.

FS : Quelque part on reviendrait un petit peu sur les platebandes des sages-femmes.

SK : J'en discutais beaucoup oui...c'était plus d'avoir "la possibilité de", que ce soit une option proposée en fait.

FS : Oui c'est ça, l'intérêt individuel de pouvoir te former vers ça...

SK : Eux ils trouvent ça hallucinant que les médecins français ne puissent pas, que les sages-femmes puissent mais ce n'est pas le même rôle.

CC : Après encore une fois, je ne pense pas qu'on puisse pas. En effet, si on est formés, c'était connu que les médecins de famille en France accouchaient leurs patientes. Je pense que c'est juste quelque chose qui a quitté notre pratique, notre formation. Les internes et externes, on est peu sensibilisés à la gynéco. Faut se battre si ça nous intéresse. Bon ça vient de changer mais on un stage de 3 mois en gynéco sur tout l'internat, c'est compliqué de se former correctement.

SK : A ce sujet, j'ai voulu un peu comprendre car ils ont que 3 mois de stage de périnatalité mais en fait ils ne sont pas du tout formés de la même manière. Dans notre internat, on fait moins de choses.

CC : Dans leur internat, ils ont des stages de gynéco plus long peut-être ?

SK : Bah en fait ils choisissent. Par exemple s'ils veulent faire médecine du sport, ils orientent leurs stages là-dessus. S'ils veulent faire de la gynécologie...

FS : Oui c'est ça, finalement ils ont une maquette plus libre.

SK : C'est pareil durant l'externat. Ils peuvent choisir déjà d'orienter leurs stages. Certains médecins me racontaient qu'ils n'avaient pas fait le stage optionnel car ils se sentaient à l'aise. Ils se forment ensuite sur le tas avec un autre confrère qui va les prendre en consultation et cetera. C'est plus ciblé. Pour eux 2 ans de résidence est suffisant (rire).

CC : Une petite question aussi par rapport à tes différences, le fait qu'ils ne suivent pas la toxo et qu'il n'y ait que 2 échos. Est-ce qu'il y a plus de malformations et de découvertes tardives ?

SK : Non j'ai regardé du coup, et non, il n'y en a pas plus.

CC : D'accord, c'est intéressant ça.

SK : Pour les échos, c'est plus logique, en fait dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas durant le suivi, ils rajoutent une 3e. Ils me disaient que la 3e echo supplémentaire quand tout va bien stresse plus les femmes en fait, car souvent le poids n'est pas bon.

CC : Cela peut être intéressant de remonter ça. Dans le sens où j'imagine que le budget sécurité sociale, la prise de sang de toxo tous les mois remboursée chez les femmes enceintes...euh finalement si ailleurs on se rend compte qu'il n'y a pas plus de complication, cela peut être intéressant de lever un peu le pied sur la vigilance.

SK : Et c'est pareil pour le suivi annuel. Chez nous c'est recommandé 1 fois par an, là bas ce n'est pas le cas. Il n'y a pas assez de gynécologues. Par contre, les délais de colposcopie sont énormes. C'est le gros problème, ils doivent attendre 1 an s'il y a une anomalie. Ils ont un dépistage national pour le cancer du colon et du sein mais pas pour le cancer du col de l'utérus.

CC : Parce que nous, globalement sur une urgence, en 2-3 mois on arrive quand même à obtenir un rendez-vous pour une colpo avec le traitement.

SK : Oui oui. Ce n'est pas le cas pour eux, ils sont même amenés à envoyer en Ontario pour avoir des délais plus courts.

CC : Ils devraient se former à la colposcopie en fait.

FS : En France c'est d'ailleurs plus facile, on voit beaucoup plus de médecins généralistes qui se requalifient en gynécologues médicaux et qui suivent les DIU de colposcopie et compagnie et qui, à la fin, sont requalifiés par l'Ordre.

SK : Oui, je pense que c'est un peu ton cas Margaux.

ML : Alors moi je ne suis pas encore requalifiée, je n'ai pas encore l'expérience hospitalière pour mais j'ai eu un internat de généralistes et j'en fais pas, parce que j'ai un peu orienté mon internat et que je n'ai jamais exercé en tant que généraliste. Je ne fais que de la gynéco mais je suis encore généraliste sur le papier.

SK : Je ne sais plus si tu fais la colpo ?

ML : J'ai passé le DIU et j'en fais au cabinet oui!

SK : Ok, ça tu vois là-bas, ils ne peuvent pas et ça les intriguait que nous on puisse.

ML : Ah oui, ce sont les gynécologues qui s'en chargent ?

SK : C'est ça. Les gynécologues peuvent faire l'echo, la PMA et la colpo. Les méd G n'ont pas accès. Ils ont accès à l'obstétrique mais pas le reste.

ML : Alors que c'est quand même plus facile de faire une colposcopie qu'un accouchement!(rire).

CC : Je suis d'accord, ça me paraît beaucoup plus facile!

FS : C'est vraiment une question d'habitude.

SK : Je leur en parlais justement. Cela pourrait être plus intéressant que vous puissiez être formés! Surtout avec ce genre de délais! Mais oui, c'est une autre manière de faire.

FS : A priori, quand tu sais faire un frottis tu dois à peu près savoir faire une colposcopie derrière.

SK : Oui, ils en parlaient. Je crois que c'est au bout de 5 ans qu'on peut être requalifié en France ?

FS : Oui faut une certaine expérience, notamment en hospitalier. Pas loin de là où j'exerce à la Madeleine, il y a des docteurs qui ont été requalifiés.

ML : Oui justement je les remplaçais, et c'est pour ça que je me suis installée car du coup elles sont devenues gynécologues.

FS : Je garde ton adresse (rire) en sachant que tu fais de la colpo!

ML : Pas de soucis!

SK : Globalement, je parlais avec plein de bonne volonté me disant " c'est super ils font les accouchements, c'est trop pratique et cetera". Et en fait, au fur et à mesure de mes entretiens, je me suis rendue compte que...eux voyaient beaucoup d'avantages et j'adorerai pouvoir le faire mais au niveau de l'accès pour les patients, ce n'est pas l'idéal. Alors après pour les patients, je n'ai pas eu leur point de vue. Souvent quand je demandais aux médecins, ils me disaient que les patientes étaient contentes. J'ai une amie là-bas qui a été suivie par un med G et a adoré. Je pense que cela pourrait être intéressant d'avoir leur point de vue. C'est différent l'accessibilité pour le suivi de grossesse qui est rapide que pour la médecine générale en tant que telle.

FS : Et une question que je me posais justement, si une femme a été suivie par un médecin généraliste pendant sa grossesse, est ce que ça lui donne une avance pour que son enfant ait un médecin attiré ?

SK : Souvent, le médecin généraliste prend en charge l'enfant par la suite. Pas tout le temps, parce qu'ils accouchent des patientes d'autres médecins à l'hôpital lors de leurs gardes. Cela dépend. A Montréal, cela se passe mieux qu'en région.

JO : Est- ce que je peux revenir sur l'idée des 3 échos à 2 échos ? En France aussi, il y a une période où on se demandait si on n'allait pas enlever la 3e échographie du 3e trimestre du fait que les abaques n'étaient pas très bons. C'était dans les tuyaux et ça revient peut-être. La 3e échographie a peu d'intérêt en fait médicale. Ils s'étaient inspirés de l'expérience canadienne à un moment. Le professeur Subtil s'en était inspiré pour dire qu'on aurait peut-être besoin que des 2 premières échos donc celles du 1er et 2e trimestres. Cela n'a pas été suivi mais c'est peut-être quelque chose qui va revenir.

SK : Ok, il a fait une étude le professeur Subtil là dessus ?

JO : Non il n'a pas écrit dessus, mais à un moment il se posait des questions sur la nécessité de cette 3e écho. Et comme, quand on veut modifier quelque chose dans le médical, ça prend toujours du temps...ça fait partie des choses qui sont dans les possibilités.

CC : Je voulais juste rebondir sur ça. Peut-être un argument de l'état, c'est de ne pas perdre certaines patientes en terme de suivi. L'échographie peut être une motivation à se faire suivre justement.

JO : En fait je n'ai pas eu la suite des questionnements en place mais je sais qu'ils regardent souvent d'un bon oeil ce qui se passe en Angleterre, au Canada, enfin voilà. Ils s'inspirent beaucoup de ce qu'il se passe à côté à Jeanne de Flandres. Effectivement c'est surprenant qu'ils ne fassent pas de colposcopie.

SK : Après, ce que j'ai compris, le gouvernement, depuis quelques années met en place une politique assez restrictive envers les médecins généralistes. Ils veulent placer les médecins généralistes. S'ils décident de partir d'un hôpital alors qu'ils ont un contrat en cours, leur salaire va être tronqué de moitié. Le gouvernement veut maîtriser le nombre et pouvoir les positionner. J'ai demandé aussi pourquoi il y avait de moins en moins de médecins. Il y a de moins en moins de résidents donc d'internes qui veulent devenir généralistes à cause de cette politique restrictive en terme de liberté, et la présence d'administratif de plus en plus important. Il n'y a pas de concours là-bas, ils sont admis sur dossier. Ils passent des entretiens.

JO : Puis après, il y a aussi des accouchements sur les territoires, qui sont beaucoup plus étendus que chez nous, il y a aussi une histoire culturelle. Il y a cette volonté là. Parce qu'on n'en peut pas tout comparer dans le sens que d'un pays à l'autre, on n'a pas les mêmes distances et on n'a pas non plus la même culture.

SK : Oui totalement. Notamment avec les sages-femmes. Elles sont beaucoup plus présentes chez nous. Et surtout, le fait d'avoir ces gardes en obstétrique, ça leur retire 48h de consultation avec des patients généraux. Le gouvernement l'a compris et veulent déléguer aux gynécologues toutes les grossesses. Je ne sais pas comment ça va se passer dans les prochaines années, je pense qu'ils vont former plus de sages-femmes, cela tend dans ce sens. A posteriori, on n'est pas mal lotis en France.

JO : Il y a des choses perfectibles, (rire) comme tout!

SK : Oui! En tout cas, sur le plan gynécologique, c'était intéressant de voir les différences notamment dans le suivi de grossesses avec ces 2 échos obligatoire. Une médecine me racontait qu'elle reprenait parfois des dossiers de suivi de grossesse de patientes françaises, et elle hallucinait du nombre d'exams effectués en France.

ML : J'ai l'impression que oui c'est culturel, qu'ils ont l'air plus souple que nous, même sur la formation. Tu vois, nous on doit avoir fait tel BAC, tel internat, le classement...après quand tu sors des chemins classiques, il n'y a personne en effet qui va te pousser à faire un truc pas classique. Alors que là-bas, tu choisis tes stages comme tu veux et tu fais ta formation comme tu veux. C'est sur dossier, donc en fait...euh oui, pour ça c'est moins applicable en France!

SK : Ce n'est pas la même pédagogie là-bas. Je dirai que c'est leur gros point positif, pour avoir bossé avec eux, j'ai vraiment vu la différence. Cela a été très facile de trouver des médecins intéressés par mon projet, ils encadrent plus. Ton projet va être plus personnalisé que chez nous effectivement. Je n'ai pas fait la formation de périnatalité mais j'aurai adoré faire les 3 mois, sauf à McGill. Il y a 2 universités à Montréal : francophone et anglophone, McGill, qui propose un stage de périnatalité de 6 mois. Mais

oui, ce n'est pas la même formation, ils vont avoir un tuteur qui vont les suivre au long cours durant les stages et cetera, c'est différent.

JO : C'est en train d'arriver hein! Par exemple au second cycle, actuellement dans leur stage, les externes ont un tuteur de stage qui doit vérifier ce qui a été acquis.

CC : Cela fait quelques années ça, car moi-même quand j'étais externe c'était déjà le cas...

SK : AH bon ?

CC : Oui les RSCA et tout ça...

JO : Non ça c'est durant l'internat, je te parle pendant le second cycle, l'externat.

ML : Non, on n'avait pas de tuteur en tant qu'externe.

JO : Non c'est en train d'arriver, ça va se mettre en place, il y a des choses qui vont changer. Maintenant, ben voilà.

ML : On a quand même un problème en France, on est très bloqués sur pleins de trucs. Enfin moi personnellement, pour orienter mon internat, ça ne plaisait pas du tout aux encadrants de médecine générale de la fac.

SK : Ils ont enlevé le DIU de coloscopie pour les médecins généralistes à Lille.

ML : Oui voilà, ils mettent des bâtons dans les roues et ne valorisent pas nos projets. Après voilà, on peut comprendre, il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes non plus. Mais en tout cas, ils n'incitent pas à faire des parcours personnalisés, après peut-être que ça change.

FS : Non ça change, mais dans l'autre sens. Vu que Judith et moi sommes au DMG, on peut vous répondre un petit peu.

ML : Je suis désolée, ce n'est pas vous que j'ai eu!

JO : Non mais on ne le prend pas pour nous (rire)!

FS : En fait, on essaye de respecter la législation et elle est de plus en plus rigide sur la maquette. Ce qui fait, ce que toi tu as rencontré, c'est encore moins bon pour des étudiants actuellement qui voudraient faire des choses un peu plus sur mesure, c'est devenu pratiquement impossible.

ML : Oui c'est ça, moi on m'avait clairement dit que ce n'était pas bien car je ne voulais pas faire de 2e stage chez le généraliste mais en fait, quel intérêt, je ne m'y retrouvais pas et je savais que je n'avais pas envie de faire ça. Du coup, on me freinait un peu. Finalement, j'ai réussi à faire un projet professionnel, donc j'ai réussi à faire ce stage en gynécologie et non pas chez le généraliste, ça avait été accepté mais c'était très compliqué.

FS : Tu vois on ne peut même plus faire ça. Car le SASPAS est devenu partie intégrante de la maquette.

JO : Et puis, les formations de DIU se font en dehors après les internats aussi.

CC : Alors ça par exemple, je ne comprends pas. J'ai quand même fait mon DIU de gynécologie-obstétrique en parallèle alors qu'on m'avait fortement déconseillée. J'ai pu

le faire et j'en suis très contente. Je ne comprends pas pourquoi on ne veut pas que je le fasse. Je n'ai pas pour autant délaissé ma formation de généraliste!

FS : On ne l'interdit pas mais ce ne sera pas prioritaire, et parfois ça va être le grand écart. Car mine de rien, en 3 ans il y a tellement de choses à rentrer, si on veut pouvoir soutenir sa thèse dans les 3 ans, on sait que cela va être compliqué.

CC : Moi, j'ai fait en 2e année d'internat.

SK : Moi aussi

FS : Oui mais tu es plutôt une exception.

ML : Non mais c'est vrai, il y en a pas mal qui ne passe pas la thèse dans les 3 ans donc si cela passe après les DIU...

FS : Moi je l'ai fait aussi pour l'AUEC d'orthogénie, j'avais pris une disponibilité, bon j'avais deux enfants aussi.

SK : C'est une des différences avec le France. Dans tous domaines, ils axent beaucoup sur la pédagogie. Ils accompagnent, s'investissent et poussent les projets professionnels personnels. Même s'il y a une politique restrictive de la part du gouvernement, durant leur formation ils peuvent orienter leur pratique. Les 3 mois de stage de périnatalité, ils ne font que de la salle d'accouchement s'ils le souhaitent. S'ils veulent faire de la consultation, ils sont libres. Moi, durant mes 3 mois de gynéco je devais me bagarrer pour aller en consultation!

ML : Oui c'est ce que j'allais dire! Même en stage, tu ne peux pas faire ce que tu veux.

JO : Après le but du DMG, c'est de quand même, que les stages sur la santé de la femme soient pleinement sur de la clinique et pas sur de la paperasserie et de la maternité, ce qui pouvait être fait jusqu'à présent. Ou des urgences...et cetera. Mais bon, il faut que les stages en gynéco-obstétrique modifient de voir leur façon de voir le médecin généraliste.

ML : Ah bah ouais c'est clair, on est d'accord (rire).

JO : Et le truc c'est que c'est un travail de longue haleine, et je pense que tu es d'accord avec moi Fanny pour le retour qu'on a, c'est que ça va prendre encore du temps mais on espère que à long terme, ce soit un stage qui permette une vraie formation au moins en gynécologie. Un vrai accès avec une vraie possibilité d'apprentissage des différents gestes nécessaires à la contraception par exemple.

SK : Pour en revenir au Québec, il y a des médecins généralistes sur place qui choisissaient de ne pas faire du tout de faire de suivi de grossesse. C'était un choix personnel.

ML : C'est bien ils font ce qu'ils ont envie de faire.

SK : Après, ceux que j'interrogeais, ils déploraient tous ça. Que c'est dingue de ne pas faire de suivi gynécologique alors que c'est incluse dans leur formation.

FS : Et à quel moment de leurs études, ils choisissent de faire gynécologue ou médecine généraliste accoucheur ?

SK : Eux c'est bout de 5 ans d'externat. Ils choisissent leur résidence ? En fait, ils passent des examens qui leur permettent de pouvoir choisir ce qu'ils veulent, ensuite c'est sur dossier...

FS : Cela ressemble à nos futurs ECN.

SK : J'avais interrogé un médecin qui expliquait qu'elle souhaitait faire gynéco mais que le feeling n'était pas passé avec celui qui lui passait son entretien donc elle s'est retrouvée médecin généraliste.

ML : Ah ouais c'est dur aussi dans ce sens-là en fait (rire).

SK : Je me souviens, elle m'avait dit que "15 minutes d'entretien ont décidé de ma vie". Bon après, elle se retrouvait en tant que med G, elle pratiquait les accouchements et les IVG et cetera. Ensuite là-bas, il y a certaines spécialités plus prisées et donc ça va être plus compliqué d'y accéder. Notamment, les ophtalmologues.

JO : Après, je ne sais pas ce que vous en pensez, mais je pense aussi qu'on travaille notre médecine générale suivant nos propres compétences qu'on a acquises soit pendant nos études, soit à posteriori. Un petit peu comme eux, ils font. Enfin voilà, cela peut être aussi des choix que l'on fait au fur et à mesure de sa vie, car on peut aussi changer ses envies de compétences.

SK : Et c'est une des raisons pour laquelle la plupart souhaitait faire de la médecine générale. Ils savaient qu'ils pouvaient pratiquer l'obstétrique, et que, s'ils souhaitaient arrêter un jour les gardes, c'était une possibilité. Alors que les gynécologues-obstétriciens, c'est plus compliqué pour eux. Il n'y a pas de gynécologues médicaux. C'est soit médecin généraliste soit obstétricien.

FS : Ils ont comme nous l'avantage de pouvoir modifier leur pratique.

SK : Oui ils ont une plus grande liberté oui.

JO : Je suis installée de puis 20 ans. Si j'en croyais tous ceux qui me disaient que ma population allait vieillir avec moi, j'ai un peu de mal, j'ai toujours autant de pourcentage de pédiatrie et de jeunes adultes.

ML : Ah oui.

JO : Parce que c'est une compétence, de bouche à oreille, et cetera. Donc je pense que notre façon de travailler se module aussi en fonction de nos envies et de la population là où on se situe.

FS : Du bassin de vie oui.

JO : Oui clairement, pourtant il y a beaucoup d'EHPAD mais c'est comme ça. Il y a les études et le cursus avec des cases à remplir pour avoir des différentes compétences et aller toucher un peu de tout et toutes les familles situation de médecine générale et puis après on va pouvoir travailler et faire suivant nos goûts et nos appétences par rapport à telle ou telle famille.

SK : On a un peu plus de liberté que les spécialistes quand même mais euh...Je voulais juste revenir sur le fait que pour vous, ce serait une possibilité de pouvoir se former et de

pratiquer les accouchements dans un lieu, avec que le risque médico-légal réel, mais on pourrait créer un réseau assez facilement.

ML : Ben je pense que oui, si c'est pas très loin d'une maternité, si l'on peut passer la main avec un transport médicalisé tout ça, s'il y a une complication. Mais dans un désert médical...

CC : Après, bien que ça me plairait beaucoup, je pense qu'il y a aussi l'aspect financier. Il faudrait que ce soit attractif pour les médecins généralistes. Etant donné qu'on est rémunéré à l'acte. Je pense que, pour les motiver d'avantage, il faudrait, parce que bon un accouchement ça prend combien de temps ? C'est long, et pendant ce temps-là, on peut en voir des patients. Donc on en revient toujours à la même chose. Je pense qu'il faudrait peut-être un forfait un peu attractif.

SK : Hmm, ok. Une dernière chose que je voulais aborder aussi, c'était par rapport aux IVG. Cela m'avait bien étonnée qu'ils n'aient pas de délai. Et ça n'a pas posé de problème.

CC : A partir du moment où on peut faire une IMG à n'importe quel terme, l'IVG c'est juste une question "morale". Moi en soi, ça ne me choque pas, je trouve ça bien...

ML : Après il y a une différence quand même aussi sur la méthode d'IVG du coup. J'imagine qu'ils ne vont pas faire un curetage...

SK : Non c'est médicamenteux.

ML : Ils vont faire un accouchement voie basse.

CC : Bien sûr mais ça après si la patiente en est informée, qu'elle a un suivi psy et que c'est sa décision...Je trouve qu'aujourd'hui dans le monde dans lequel on vit, notamment à travers tous les mouvements féministes et cetera. C'est vrai que, pour X raison, un déni de grossesse par exemple... c'est un grand débat hein.

SK : Il n'y a pas de loi qui encadre la pratique. C'est vraiment éthique. Chaque médecin prend la décision. Après c'est rare les médecins qui décident de pratiquer une IMG après 22 semaines mais ce n'est pas du tout encadré. C'est un large sujet encore mais je m'étais posée la question en comparant avec la France. Culturellement parlant, ce serait compliqué. Rien que le passage de 14 à 16 semaines pour le délai d'IVG est compliqué en pratique. Mais c'est quelque chose qui aurait pu être discuté aussi, savoir ce que ça aurait pu apporter.

FS : Moi ça ne me choquerait pas qu'on passe à des délais comme ceux de l'Angleterre ou la Hollande qui sont à 22 ou 24 mais qui n'est pas du tout de limite, même si au final il y en a vu que c'est le médecin qui décide...

CC : Ce sont des limites "cachées" mais au moins ça laisse l'impression aux femmes de pouvoir décider.

SK : Après il y a mise en route derrière, tous les médecins que j'ai interrogés n'étaient pas contre. C'est possible, il n'y pas de problème mais c'est plutôt rare, souvent les femmes font les choses avant.

FS : Moi en tant que médecin, je suis formée aux IVG médicamenteuses, je songe à me former peut-être un jour aux chirurgicales, et je crois que je ne pourrai pas après les délais français. Autant je suis pour accompagner des femmes pour aller en Angleterre ou

en Hollande, mais personnellement je ne pourrai pas. J'aurai du mal à dépasser le premier trimestre. C'est ma limite personnelle.

CC : C'est la fibre maternelle aussi. Peut-être qu'un médecin généraliste homme aurait cette moindre difficulté. Je pense qu'il y a un biais...mais je suis tout à fait d'accord avec vous.

SK : J'ai vu la différence quand j'ai fait mon attestation d'orthogénie.

JO : Je ne vais pas dire la même chose que Fanny puisque moi je fais. Je pratique de temps en temps en centre d'orthogénie.

FS : Oui toi tu es en train de te former aussi!

JO : Oui je suis formée et je fais des remplacements en centre d'orthogénie. Je pense que le plus que j'ai fait c'est 12 semaines d'aménorrhée. Je n'ai pas cette limite de temps, je pense que la limite est plus au niveau de la pratique car c'est vraiment une pratique différente entre 12 et 14 puis 14 et 16 semaines. Et c'est plus dans ce cadre là la limite. Et après c'est en fonction de notre éthique personnelle, notre manière de voir, nos valeurs et ce qu'on a envie de faire. Je rejoins là les médecins canadiens dans le sens où on fait els choses en fonction de ce que l'on pense qu'il est le mieux pour le patient et pour nous. On a chacun nos propres façons de voir, c'est là où c'est le plus compliqué.**SK** : Oui bah Margaux, je pense à toi qui pratiques aussi.

ML : Oui j'en fais 2 fois par semaine. Euh, ben justement, c'est compliqué pour beaucoup de médecins qui en font le passage 14 à 16 parce que ce n'est pas le même geste, on n'a pas de canules de 16 donc ça ne passe pas. Du coup, on se retrouve à devoir tirer sur des embryons et bah clairement, on n'a pas envie en fait. Donc en effet, comme vous disiez, c'est aussi ce qu'on a envie de faire et où on a envie d'aller. C'est pour le bien de la patiente aussi car il y a quand même plus de complications on a l'impression. Alors dans les études, dans les pays où ils en font il n'y a pas plus de complications mais on a eu quelques cas où ça ne s'est pas très bien passé. Et euh, donc oui, pour les patientes est-ce que c'est bien ? Après il y a différentes façons de le faire. On peut le faire par accouchement voie basse mais en tout cas en aspiration ce n'est pas la même méthode, et il y a beaucoup de médecins qui ne veulent pas le faire et ça pose problème. A Lille, il y en a que deux qui le font. Mais ça c'est bien, car on a encore la possibilité comme au Canada de choisir de pratiquer ou pas. Choisir jusqu'où on veut aller.

JO : C'est un avantage quand même de pouvoir se poser la question, de pouvoir réfléchir. C'est important de poser les choses avant.**SK** : Oui, avoir cette liberté là c'est important. Ok, je ne sais pas si vous aviez d'autres points à soulever à ce sujet ? Ah oui, je voulais juste vous demander ce que vous en pensiez de la formation spécialisée des infirmières comme c'est prévu dans la loi Santé en France ? Au Québec, ça existe déjà. Est-ce que vous pensez que ça peut être bénéfique d'avoir ces infirmières spécialisées dans les gestes comme faire le frottis, les IST et cetera. pour nous décharger un peu ?

ML : Ben c'est déjà un peu le cas non ? C'est ce qu'on disait par exemple dans les centres de dépistage souvent ce sont les infirmières qui font les explications pour les IST. Il y a un médecin en général quand même mais je crois que les infirmières peuvent...**SK** : Oui je suis en PMI actuellement et c'est le cas. Il y a un parcours. Les patientes vont voir la

conseillère conjugale puis ensuite l'infirmière puis le médecin. Mais elles n'ont pas la formation à l'écho de datation, le frottis.

FS : Si en labo, ce sont des biologistes.**SK** : Est-ce que ça pourrait être intéressant pour nous en France de former un peu plus les infirmières à ces gestes ? De déléguer. Ne pas se dire que ce serait "marcher sur nos plates-bandes" mais d'avoir de l'aide.

SL : Ce sont les sages-femmes qui ont cette formation de planification et qui le font. En France je pense qu'ils développent plus ces pratiques faites par les sages-femmes.

JO : C'est vrai.

SG : Pour les pathologies chroniques, je trouve ça tout à fait intéressant que des infirmières nous soulagent un petit peu.

SL : Après, il ne faut pas que vous soyez dépossédés de tout non plus.

SG : Oui certes, je pense que les syndicats de médecin vont vite réagir si ça se met réellement en place mais en attendant on se plaint qu'on a une surcharge de travail, à un moment donné il faut faire quelque chose quand même.**SK** : On ne vous entend pas bien Docteur Ollivon.

JO : Vous m'entendez ? Je disais que c'est comme dans tout. Cela a un intérêt à partir du moment où c'est un travail d'équipe. Où le pivot reste le médecin qui permet d'être en travail soit les sages-femmes, soit les IVA, les IDE...peu importe. Mais que ce soit euh une conduction, dans un vrai travail au bénéfice du patient et de sa santé à lui. Pas à notre bénéfice. Et c'est là où des fois on se trompe de discours. C'est le patient à remettre au centre dans ce cadre là.**SK** : Donc ce ne serait pas une mauvaise idée ce genre de formation. Ok, je ne sais pas si vous aviez d'autres questions ? Ou si c'est bon pour vous ?

SG : C'est bien Sophia, tu nous as appris des choses. Je ne pensais pas que ça se passait comme ça Outre-Atlantique.

ML : Oui c'est clair!

SK : Bon tant mieux (rire), allez-y si vous le pouvez! C'est vraiment un super pays. Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à ce focus group et je vous enverrai les résultats de ma thèse une fois terminée!

CC : Merci Sophia!

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
- [2] Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides n.d.
- [3] 2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf n.d.
- [4] cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf n.d.
- [5] Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438 (accessed January 10, 2023).
- [6] Rémi Champeaux - Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers n.d. <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/18222> (accessed January 15, 2023).
- [7] Verrière A-J. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon: enquête qualitative 2019.
- [8] er977.pdf n.d.
- [9] RESENTI DES FEMMES A L'EGARD DU SUIVI GYNECOLOGIQUE - PDF Téléchargement Gratuit n.d. <https://docplayer.fr/218515951-Ressenti-des-femmes-a-l-egard-du-suivi-gynecologique.html> (accessed January 15, 2023).
- [10] Vanderstraeten M. DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE n.d.
- [11] Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf n.d.
- [12] Santé, Société et Solidarité, n°1, 2004. Naître en France et au Québec. 2004;3.
- [13] Le Ray C, Audibert F. Les pratiques médicales lors de l'accouchement: comparaison France-Canada. *Rev Médecine Périnatale* 2009;1:61–5. <https://doi.org/10.1007/s12611-009-0014-7>.
- [14] Mathieu M. Behind abortion, the social frameworks of women's autonomy. Maternity refusal, sexualities and lives of women under control. Comparison France - Quebec. phdthesis. Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis ; Université du Québec à Montréal, 2016.
- [15] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans

le contexte français. Santé Publique 2009;21:27–38.
<https://doi.org/10.3917/spub.090.0027>.

- [16] 2020-2021-697-Document.pdf n.d.
- [17] DES de médecine générale. ISNAR-IMG n.d. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/> (accessed January 27, 2023).
- [18] Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles) – Société d’Histoire de la Naissance n.d. https://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96 (accessed January 27, 2023).
- [19] Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf n.d.
- [20] Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:502–12. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502>.
- [21] Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacLean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician* 2007;53:1956–7.
- [22] Reid AJ, Carroll JC. Choosing to Practise Obstetrics: What factors influence family practice residents? *Can Fam Physician Med Fam Can* 1991;37:1859–67.
- [23] Smith MA, Howard KP. Choosing to do obstetrics in practice: factors affecting the decisions of third-year family practice residents. *Fam Med* 1987;19:191–4.
- [24] Grossesse et accouchement | CIUSSSCN n.d. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/famille-enfants-parents/grossesse-accouchement> (accessed April 18, 2023).
- [25] Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - Professionnels de la santé - MSSS n.d. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/sippe/> (accessed April 25, 2023).
- [26] Programme Olo | CIUSSSCN n.d. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/vivre-sante/perinatalite-petite-enfance/allaitement-maternel/programme-olo> (accessed April 25, 2023).
- [27] Guilbert E, Bois G. Évaluation de l’accès à l’avortement médicamenteux dans les cliniques d’avortement du Québec en 2021 – Partie I. *J Obstet Gynaecol Can* 2023;45:116–24. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.11.013>.
- [28] Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, et al. CONTINUITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC : BARRIÈRES ET FACTEURS FACILITANTS n.d.
- [29] HP5-74-2-2009F.pdf n.d.
- [30] Working_Group_on_Maternity_Care_Training_Final_17May12_FR.pdf n.d.
- [31] MacDonald S. Duty to deliver. *Can Fam Physician* 2007;53:13–5.
- [32] Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L’implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour

- l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Prat Organ Soins* 2011;42:101–9. <https://doi.org/10.3917/pos.422.0101>.
- [33] Suivi de grossesse | Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. INSPQ n.d. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/suivi-grossesse/suivi-grossesse> (accessed April 26, 2023).
- [34] SOGC - Toxoplasmose.pdf. Dropbox n.d. <https://www.dropbox.com/s/fnredb13oh38zwp/SOGC%20-%20Toxoplasmose.pdf?dl=0> (accessed April 3, 2023).
- [35] Cargill Y, Morin L. No 223-Tenue systématique d'un examen échographique obstétrical au cours du deuxième trimestre : Contenu d'un examen et d'un rapport exhaustifs. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39:e138–43. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.023>.
- [36] [bede5c1c-abf9-4d30-87fd-d509d030c1f2.pdf](#) n.d.
- [37] Dhumale H, Pujar Y, Revankar KG. A Randomized Controlled Study to assess the Role of Routine Third Trimester Ultrasound in Low-risk Pregnancy on Antenatal Interventions and Perinatal Outcome. *J South Asian Fed Obstet Gynaecol* 2014;6:139–43. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1292>.
- [38] [CNEOF_19_octobre_2022.pdf](#) n.d.
- [39] Accès aux services d'avortement. Gouv Qué n.d. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/avortement-services/acces-aux-services-davortement> (accessed April 27, 2023).
- [40] Schummers L, Norman WV. Abortion services in Canada: access and safety. *CMAJ Can Med Assoc J* 2019;191:E517–8. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190477>.
- [41] Sachdev P. The abortion battle: the Canadian scene. *Med Law* 1994;13:1–9.
- [42] Shaw D, Norman WV. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;62:49–62. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010>.
- [43] D'Amour D. Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? n.d.
- [44] Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. - Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins n.d. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2013%20/> (accessed April 28, 2023).
- [45] Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/> (accessed April 27, 2023).
- [46] La pratique sage-femme au Canada. Assoc Can Sages-Femmes n.d. <https://canadianmidwives.org/fr/pratique-sage-femme/> (accessed April 28, 2023).

- [47] À propos. Regroupement Sages-Femmes Qué RSFQ n.d. <https://www.rsfq.qc.ca/a-propos/> (accessed April 27, 2023).
- [48] Campbell K, Carson G, Azzam H, Hutton E. N° 372 - Déclaration sur l'accouchement à domicile planifié. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:228–32. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.12.011>.
- [49] Morgan L, Carson G, Gagnon A, Blake J. Collaborative practice among obstetricians, family physicians and midwives. *CMAJ Can Med Assoc J* 2014;186:1279–80. <https://doi.org/10.1503/cmaj.140537>.
- [50] Charlebois S. Integration of midwifery care in Canada. *CMAJ Can Med Assoc J* 2023;195:E306–7. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230113>.
- [51] Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. - Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin n.d. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204> (accessed April 28, 2023).
- [52] Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec - Mars 2015 n.d.
- [53] Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD001451. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001451.pub4>.

AUTEURE : Nom : KHOUDRI

Prénom : Sophia

Date de soutenance : 09/06/2023

Titre de la thèse : Étude des représentations des médecins généralistes accoucheurs québécois et analyse de leurs pratiques par des médecins généralistes français.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Thèse de Docteur en Médecine

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Médecin accoucheur – gynécologie – suivi de grossesse – médecin généraliste

Résumé :

Contexte : La pénurie de médecins actuelle ne permet pas de répondre à la demande de soins croissants notamment en santé de la femme. Au Québec, les médecins de famille ont la possibilité de pratiquer l'obstétrique. L'objectif de ce travail est d'étudier les représentations des médecins de famille accoucheurs québécois, d'analyser et de comparer avec la pratique des médecins généralistes en France.

Matériel et Méthodes : De mai à octobre 2022 nous avons interrogé des médecins généralistes accoucheurs québécois. Dans un second temps, nous avons réalisé un *focus group* avec des médecins généralistes des Hauts-de-France pour analyser et comparer les pratiques.

Résultats : 16 entretiens semi-dirigés ont été effectués. Les médecins québécois accoucheurs interrogés décrivent les soins de périnatalité efficaces et déplorent le manque d'accessibilité aux soins gynécologiques. Les médecins français interrogés expriment des axes d'inspiration possible de ce système et évoquent une applicabilité de la pratique québécoise difficilement transposable en France.

Conclusion : Cette étude met en lumière les enjeux en matière de soins de périnatalité et de gynécologie, et propose des pistes pour améliorer la prise en charge des grossesses et des soins de santé pour les femmes.

Composition du Jury :

Présidente : Professeur Véronique Debarge

Assesseure: Docteur Judith Ollivon

Membre invité : Docteur Lysiane Dallé

Directrice de thèse : Docteur Fanny Serman

