

La médecine palliative est-elle une spécialité?

OUI

Joshua Shadd MD CCFP

La médecine palliative est la discipline médicale qui s'intéresse à l'approche interprofessionnelle désignée sous le nom de soins palliatifs. Parce que la relation médecin-patient est essentielle à une bonne médecine palliative, les médecins de famille occupent une position privilégiée pour dispenser de tels soins. Il n'est pas nécessaire d'être spécialiste en médecine palliative pour prodiguer d'excellents soins. Cette réalité n'élimine toutefois pas la nécessité que les médecins qui se consacrent exclusivement à ce domaine aient des connaissances et des habiletés spécialisées dans les soins aux patients ayant des besoins palliatifs complexes. Préconiser la désignation de la médecine palliative comme spécialité ne constitue pas un argument contre la capacité, ni la nécessité, que les médecins de famille demeurent les principaux fournisseurs de soins palliatifs au Canada. La médecine palliative devrait, en réalité, être considérée comme une surspécialité au Canada.

Une surspécialité est une discipline de la médecine qui exige une formation additionnelle après la résidence principale (p. ex. l'endocrinologie après la médecine interne) par opposition à une spécialité dans laquelle on s'inscrit directement après les études de médecine (p. ex. la psychiatrie)¹. Jusqu'à ce que la médecine familiale soit reconnue comme spécialité par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) en 2007, tous les spécialistes et surspécialistes recevaient leurs titres du Collège des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Le CRMCC définit 5 critères pour reconnaître une surspécialité², auxquels répond entièrement la médecine palliative au pays.

Critère 1: Une surspécialité exige un ensemble de connaissances approfondies applicables qui vont au-delà de la portée de celles de la spécialité de base. En 2003, les Instituts canadiens de recherche en santé du Canada ont établi un programme de financement consacré à la recherche sur les soins palliatifs et en fin de vie³. Il existe maintenant au moins 10 importantes revues

scientifiques consacrées au sujet, de nombreux nouveaux manuels sont publiés chaque année et des assemblées internationales annuelles sur les soins palliatifs se déroulent sur les 5 continents. Il est simplement impossible pour un omnipraticien surchargé de se tenir au fait des connaissances exhaustives sur la question. Le refus d'accepter la médecine palliative comme une spécialité fait porter cette responsabilité immense à chaque omnipraticien. Les médecins de famille traitent la défaillance cardiaque, mais cela ne veut pas dire que la cardiologie n'est pas une surspécialité. La majorité des soins palliatifs n'exigent pas les services d'un surspécialiste en médecine palliative, mais cela ne veut pas dire que les surspécialistes en soins palliatifs n'ont pas leur utilité.

Critère 2: Une surspécialité comporte le renforcement identifiable du contenu et des compétences de la formation spécialisée de base. Depuis 1999, des compétences identifiables ont clairement été définies dans le contexte du processus d'agrément conjoint du CMFC et du CRMCC des programmes de formation en médecine palliative. Les domaines généraux de compétence sont bien entendu semblables pour les fournisseurs de soins palliatifs primaires et spécialisés. On s'attend à des degrés de compétences comparables dans certains domaines (p. ex. habiletés à la collaboration interprofessionnelle). Par ailleurs, dans d'autres domaines, comme la prise en charge des symptômes, le niveau de compétence exigé est considérablement différent, justifiant l'existence d'un bassin de médecins (surspécialistes) qui se consacrent au perfectionnement de telles compétences.

Critère 3: Il faut qu'il y ait un besoin manifeste de surspécialistes. Le Canada peut à juste titre être fier des progrès réalisés au cours des dernières 30 années dans les soins aux patients ayant des besoins palliatifs. Mais un bon accès à des soins palliatifs primaires et surspécialisés de grande qualité à domicile, dans les cliniques, les centres de soins de longue durée et les

suite à la page 846

This article is also in English on **page 840**.

Les auteurs pourront de réfuter les arguments de leur opposant dans réfutation d'un prochain numéro.

OUI suite de la page 844

hôpital est loin d'être universel. La reconnaissance de la surspécialité de la médecine palliative ne garantira pas automatiquement un approvisionnement et une répartition appropriés des effectifs médicaux de première ligne et spécialisés, mais c'est un élément important d'une stratégie complète pour accroître la capacité en soins palliatifs à tous les niveaux.


Critère 4: Le changement dans la portée de la pratique ne doit pas influencer négativement d'autres domaines de la médecine. Même s'il est impossible de prouver de manière prospective qu'il n'y aurait pas d'impacts nuisibles, il n'y a pas de raison de croire que l'existence d'une surspécialité reconnue en médecine palliative nuirait plus à la médecine familiale que l'existence d'une surspécialité en endocrinologie. Certains sont d'avis qu'une plus grande disponibilité de ressources spécialisées encouragerait, en réalité, une plus grande prestation de soins palliatifs de première ligne, puisque les médecins de soins primaires auraient l'assurance d'une bonne relève, au besoin.

Critère 5: Il faut une infrastructure suffisante pour soutenir la surspécialité, notamment un ordre professionnel et une reconnaissance dans d'autres pays. La médecine palliative est une surspécialité reconnue aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, en Irlande et dans 5 autres pays européens⁴. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a été créée en 1994; c'est le principal porte-parole national de la médecine palliative. La Société participe à la recherche et à la promotion de la discipline, et coordonne les efforts nationaux au chapitre de la formation médicale prédoctorale, postdoctorale et continue.

En résumé, la médecine palliative au Canada répond aux critères de définition d'une surspécialité du CRMCC et il est légitime de considérer la discipline comme une surspécialité. Mais c'est une surspécialité unique, qui doit être autant accessible aux médecins qui suivent le volet de la formation du CMFC qu'à ceux dont la formation relève du CRMCC. Si le concept de la médecine familiale comme voie d'accès à une surspécialité au Canada est nouveau, il existe des précédents ailleurs dans le monde. En Australasie, au Royaume-Uni et aux États-Unis, on reconnaît autant les surspécialistes de la médecine palliative venant de la médecine familiale que ceux d'autres domaines spécialisés.

Une question doit guider toutes décisions concernant la formation ou les titres des médecins: en bout de ligne, est-ce susceptible d'améliorer les soins aux patients? Lorsque la cardiologie a été initialement reconnue par le CRMCC en 1965, les outils de la spécialité nouvellement

créée comprenaient l'acide acétylsalicylique, la nitroglycérine, l'hydrochlorothiazide, le propranolol et l'électrocardiogramme. Ce fut la création d'une spécialité qui a jeté les bases des découvertes subséquentes.

La discussion entourant la désignation de la médecine palliative comme une spécialité doit se faire dans une perspective à long terme semblable. La médecine palliative est une surspécialité qui est, et doit demeurer, intrinsèque à la médecine familiale. C'est précisément pourquoi les médecins de famille sont bien placés pour créer une surspécialité de la médecine palliative qui s'enrichira des contributions distinctes des médecins formés par le CMFC ou le CRMCC. Nos enfants nous en seront reconnaissants. 

D^r Shadd est professeur adjoint aux départements de médecine, de médecine familiale et d'oncologie à la Queen's University à Kingston, en Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance à: D^r Joshua Shadd, 34 Barrie St, Kingston, ON K7L 3J7; téléphone 613 548-2485; télécopieur 613 548-2436; courriel shaddj@kgh.kari.net

Références

1. Von Gunten CF, Lupu D. Recognizing palliative medicine as a subspecialty: what does it mean for oncology? *J Support Oncol* 2004;2:166-74.
2. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Criteria for RCPC recognition of a specialty and subspecialty*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2006. Accessible à: http://rcpsc.medical.org/publications/policy/accreditation_e.html. Accédé le 27 novembre 2007.
3. Instituts de recherche en santé du Canada, Institut du cancer. *Palliative and end-of-life care*. Ottawa, ON: Instituts de recherche en santé du Canada; 2005. Accessible à: www.cihr-irsc.gc.ca/e/22757.html. Accessed 2007 November 27.
4. Centeno C, Clark D, Lynch T, Rocafort J, Greenwood A, Flores LA, et al. *EAPC atlas of palliative care in Europe*. Houston, TX: IAHP Press; 2007.

CONCLUSIONS FINALES

- Les médecins de famille peuvent et devraient fournir la majorité des soins palliatifs au Canada, mais il reste un rôle à jouer par des médecins formés en médecine palliative et qui s'y consacrent exclusivement.
- La médecine palliative au Canada se conforme clairement aux critères d'une surspécialité.
- À long terme, les patients canadiens bénéficieront de l'existence d'une surspécialité reconnue en médecine palliative accessible aux médecins formés en médecine familiale ou dans une autre spécialité.

