

La formation en médecine familiale devrait-elle durer 3 ans?

OUI

François Lehmann MD FCFP

J'ai complété ma formation postdoctorale en une seule année et je suis convaincu que je suis un bon médecin.»

On entend régulièrement cet argument. L'auteur de cet article est d'ailleurs un produit de cet internat rotatoire d'un an qu'était jadis notre formation pour la pratique générale. Mais qui peut nier que la médecine familiale a changé de façon importante?

Une de mes patientes de 82 ans, insuffisante cardiaque sévère avec décompensations fréquentes, fait un ACV, et ensuite une gastrite avec anémie ferriprive sévère. Une semaine plus tard, sur pied mais dysphasique, elle est de retour à domicile, sous mes soins. Pendant sa courte hospitalisation, c'est un de mes collègues, médecin de famille, qui était son médecin traitant. Dès son retour à domicile, c'est moi qui prends la relève. Il y a 25 ans, cette dame serait peut-être décédée. Si elle avait survécu, elle serait demeurée à l'hôpital pendant plusieurs mois sous les soins d'un neurologue et d'un cardiologue.

La médecine en évolution constante

Les gens vivent plus longtemps et plusieurs deviennent porteurs de multiples pathologies qui interagissent les unes avec les autres. Les possibilités diagnostiques et thérapeutiques se sont multipliées. Les médecins des autres spécialités se concentrant sur leur champ de pratique pointue, le médecin de famille assume la responsabilité première du traitement d'un nombre croissant de pathologies. La formation des médecins de famille doit rester à la hauteur de ces changements.

Un ex-doyen de Lyon (France) me disait récemment que plusieurs premiers de classe choisissent la médecine familiale. En France, la formation est de 3 ans, ce qui est le *minimum* dans tous les pays industrialisés sauf le Canada¹.

Même au Canada, alors qu'on créa la première résidence en médecine familiale en 1964, plusieurs des pionniers auraient opté pour une formation de 3 ans. L'an dernier, 24% des finissants au Canada ont opté pour une formation complémentaire d'un an.

Il est souhaitable d'offrir à tous les résidents un programme de résidence de 3 ans car on doit viser qu'à la fin de leur formation, les résidents aient acquis une maîtrise de haut niveau de toutes les compétences liées aux 4 principes de la médecine familiale, tel que stipulé par le Collège

des médecins de famille du Canada qui incluent les compétences CANMEDs.

Non seulement les pathologies sont-elles plus nombreuses et complexes, non seulement les options thérapeutiques sont-elles plus vastes, mais le médecin de famille de demain devra maîtriser de nouvelles compétences transversales telles que la gestion et la collaboration en plus des compétences plus traditionnelles telles que l'érudition, la promotion de la santé et la communication. Dorénavant, le médecin de famille travaillera en équipe et devra développer de nouvelles habitudes relationnelles pour réussir ce changement. Il devra devenir un expert des relations d'équipe et savoir comment exercer un leadership même s'il n'est pas l'intervenant principal de chaque patient. De plus, il sera appelé à voir de façon préférentielle les gens avec des problèmes complexes, les gens avec des problèmes indifférenciés et les gens qui n'ont pas répondu à un premier traitement. Il lui faudra maintenir ses connaissances à la fine pointe de la médecine moderne. Ce n'est pas tout : il devra non seulement maintenir son expertise en cabinet, mais aussi dans des soins de 2^e ligne auprès de patients hospitalisés et dans les salles d'urgence².

Les besoins de notre société changent et se multiplient. En voici un exemple évident : alors que dans le passé on ne parlait pas beaucoup de soins palliatifs, maintenant on veut que le médecin de famille soit un expert dans ce domaine. Une résidence de 3 ans favorise l'acquisition de compétences polyvalentes ainsi que la maturation professionnelle à travers la responsabilité d'un groupe de patients. Une résidence de 3 ans n'éliminera pas la nécessité de formation continue, qui doit se continuer pendant toute la vie professionnelle du médecin. Elle sert à peaufiner ses connaissances et à les remettre à jour. Le mentorat pendant les premières années de pratique pourra être une aide précieuse, mais n'élimine pas les avantages d'avoir acquis des compétences pendant la résidence. Le nouveau médecin de famille doit pouvoir s'engager dans une pratique polyvalente avec le minimum de stress et le maximum de confiance. En Arizona, on a créé une résidence de 4 ans et le nombre d'applications a augmenté³.

Certains diront qu'il faut absolument des données probantes prouvant que la prolongation (ou le raccourcissement) d'une résidence produira de meilleurs médecins et diminuera

suite à la page 348

This article is also in English on **page 342**.



Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Rendez-vous au texte intégral en ligne, puis cliquez sur **CFPlus** dans le menu à droite en haut de la page. Participez à la discussion en cliquant sur **Rapid Responses**.

OUI suite de la page 346

le taux de morbidité. A-t-on exigé des données probantes il y a 3 ans lorsque le Collège des Médecins du Québec prolongea la formation en médecine interne et en pédiatrie d'un an? Dans son éditorial dans *l'American Board of Family Practice*, Winter⁴ nous rappelle que les données probantes sont très rares. Deux universités (Marshall et Tennessee) ont instauré et évalué un programme pilote d'une résidence de 2 ans^{5,6}. Les résultats des résidents aux examens étaient meilleurs. Par contre, leurs programmes n'admettaient qu'un petit nombre de résidents, plus âgés et avec un dossier académique supérieur à la moyenne.

Il est temps que le Canada comprenne ce défi

Il est erroné d'affirmer que la résidence actuelle est d'une durée de 2 ans : les conventions collectives des résidents au Québec se sont améliorées et permettent maintenant, chaque année, des congés divers de plus de 50 jours ouvrables, excluant les congés de maladie⁷. La durée de la résidence dépasse à peine 19 mois. Et si un résident est de garde (aux 4 jours au Québec), le lendemain il est en congé. Il peut donc être absent de ses milieux de stage 15 semaines par année. Le résultat est une résidence de 1 an et 7 mois pendant laquelle le résident n'est présent dans son milieu de stage que pour 13 mois!

Treize mois pour former un médecin dans une spécialité qui, selon moi, est parmi les plus complexes et les plus exigeantes. D'autres pays industrialisés l'ont compris; la médecine familiale canadienne mérite, elle aussi, une formation minimale de 3 ans.

D^r Lehmann est en pratique depuis 39 ans. Il est actuellement directeur du Département de médecine familiale à l'Université de Montréal.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r François Lehmann, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville Montréal, QC H3C 3J7; téléphone 514 343-6497; télécopieur 514 343-2258; courriel francois.lehmann@umontreal.ca

Références

1. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, et al. Family practice development around the world. *Fam Pract* 1996;13(4):351-6.
2. Garnier E. Un nouveau président à la tête de la FMOQ *Le Médecin du Québec* 2008;43(1):1-3, 12.
3. Lebensohn P, Campos-Outcalt D, Senf J, Pugno PA. Experience with an optional 4-year residency: the University of Arizona family medicine residency. *Fam Med* 2007;39(7):488-94.
4. Winter RO. How long does it take to become a competent family physician? *J Am Board Fam Pract* 2004;17(5):391-3.
5. Petranj SM, Crespo R. The accelerated residency program. The Marshall University Family practice 9-year experience. *Fam Pract* 2002;34(9):669-72.
6. Delzell JE Jr, McCall J, Midtling JE, Rodney WM. The University of Tennessee's accelerated family medicine residency program 1992-2002: an 11-year report. *Fam Pract* 2005;37(3):178-83.
7. Fédération des médecins résidents du Québec. *Entente collective 2007-2010*. Montréal, QC: Fédération des médecins résidents du Québec; 2007.

CONCLUSIONS FINALES

- La formation minimale, dans tous les pays industrialisés sauf le Canada, est de 3 ans.
- La médecine familiale est une spécialité qui est parmi les plus complexes et les plus exigeantes. Les pathologies se multiplient et interagissent les unes avec les autres. Les possibilités thérapeutiques se sont multipliées aussi. En plus des compétences conventionnelles, les médecins de famille doivent maîtriser toute une gamme de compétences transversales et de communication.
- Compte tenu des congés divers auxquels les résidents ont droit, la résidence peut durer à peine 13 mois.

NON suite de la page 347

catégories : liées à l'organisation de la pratique, tributaires de l'accès à un soutien ponctuel ou résultant d'un développement professionnel continu adapté. Ainsi, en premier lieu, la pratique de groupe génère une entraide non négligeable en lien avec la possibilité de discussion de cas formelle ou informelle, ou de façon spécifique par le recours au mentorat, tel qu'il existe dorénavant en obstétrique. De plus, l'accès au plateau technique, des échanges rapides d'information grâce à la contribution de l'électronique et l'accès rapide à un avis spécialisé via un soutien à la pratique interdisciplinaire constituent d'autres moyens de sécuriser les médecins de famille. Enfin, un développement professionnel continu adapté à la pratique spécifique de chaque omnipraticien par une autogestion de celui-ci vient compléter le train de mesures réconfortantes, surtout si ce développement professionnel continu est accessible sans pénalité financière et à un coût raisonnable, s'il recourt notamment à des outils d'aide à la pratique facilement disponibles et s'il comble les besoins ressentis par les individus, les groupes et l'équipe interdisciplinaire.

Pour terminer, jetons un coup d'œil sur l'expérience française où la formation allongée pour la médecine de première ligne a généré une caractérisation accrue de la pratique médicale dans différents domaines, notamment en soins hospitaliers. Le tout s'est ainsi soldé par une pénurie accrue d'effectifs en première ligne qui a accentué son image d'enfant pauvre du système de santé. Au Québec, l'activité des médecins de famille comporte déjà une composante très significative de 39% en 2^{ème} et 3^{ème} lignes, alors que nos cousins français étaient auparavant confinés à la première ligne, le statut d'« hospitaliste » leur étant refusé. Maintenant que l'accès à la dispensation des soins hospitaliers s'est matérialisé, le même effet d'atténuation des ressources disponibles en première ligne ne cesse de s'accroître, tout comme nous le constatons chez nos nouveaux médecins de famille qui ont complété une formation allongée dans un champ plus spécifique et plus restreint.

D^r Raïche est directeur de la Formation professionnelle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Raïche, 1000-1440 rue Sainte-Catherine, Montréal, QC H3G 1R8; téléphone 514 878-1911; télécopieur 514 878-4455; courriel praiche@fmoq.org

Référence

1. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Soc Sci Med* 2008;67(7):1153-63.

CONCLUSIONS FINALES

- A moins d'objectiver un besoin de correction nécessaire d'une situation alarmante ou inquiétante actuellement ou plus tard, la durée actuelle de formation spécifique en médecine familiale nous apparaît adéquate et suffisante.