

Deux années ne suffisent pas

Apprendre du passé, regarder vers l'avenir

Kendall Noel MDCM CCFP MEd

La formation des diplômés sera perfectionnée et intensive - le prolongement naturel des cours optionnels qui gagnent maintenant en popularité.

A. Flexner, 1910¹ (traduction libre)

L'éducation médicale en Amérique du Nord a changé remarquablement si nous comparons les pratiques antérieures avec celles de nos jours²⁻⁴. Un ensemble grandissant de savoir, alimenté par un triumvirat de financement, de recherche et de profits, s'est traduit par une augmentation constante de la quantité et de la qualité des connaissances scientifiques et cliniques nécessaires pour former les médecins⁵⁻⁷. Étant donné les attentes croissantes des patients, les diplômés en médecine d'aujourd'hui doivent être bien mieux préparés dès le départ que ne l'étaient leurs prédécesseurs il y a à peine une génération⁷.

Avec l'avènement de la réforme des soins primaires dans plusieurs provinces, une meilleure rémunération et la reconnaissance de la médecine familiale en tant que spécialité en bonne et due forme, la profession est maintenant prête à se relancer dans l'un de ses premiers grands débats: la formation postdoctorale devrait-elle durer 2 ou 3 ans^{8,9}? Il ne faut pas s'y méprendre; c'est maintenant qu'il faut reprendre ce débat, puisque nous consacrons présentement beaucoup d'énergie à redéfinir la médecine familiale (p. ex. CanMEDS-Médecine familiale et les objectifs d'évaluation¹⁰).

Nous débattons de la durée optimale de la formation en médecine familiale depuis avant même l'instauration de programmes en médecine familiale en 1966. À cette époque, beaucoup préconisaient un programme de formation de 3 ans en médecine familiale, comme nos homologues américains, mais la politique et des contraintes financières—et non pas une rigueur de cursus ni des preuves scientifiques—ont dicté la décision.

L'existence d'un programme de formation de 2 ans au Canada et de 3 ans aux États-Unis soulève la question: lequel est le mieux, 2 ou 3 ans? Parmi les données probantes à l'appui d'un programme de 2 ans, on peut mentionner la réussite des programmes de médecine familiale ici au Canada, le succès des programmes de résidence «accélérés» aux États-Unis et les effets positifs qu'ont les programmes de 2 ans sur le choix

de résidence par les étudiants en médecine¹¹⁻¹⁴. Les gouvernements canadien et américain maintiennent aussi que les pénuries de médecins et les coûts presque prohibitifs de l'éducation médicale justifient des programmes de formation en médecine familiale de 2 ans¹³.

Par ailleurs, d'autres citent le moins grand nombre d'heures de soins cliniques en raison des conventions collectives des résidents pour motiver le prolongement de la durée des programmes de formation^{3,6}. Au Canada, l'argument devient d'autant plus pertinent que certains programmes américains se demandent maintenant s'ils devraient prolonger la formation à 4 ans^{8,14-17}. Les médecins d'aujourd'hui ont tout simplement plus à apprendre.

Croissance continue

Heureusement, la médecine est une profession vivante qui a une riche histoire, et c'est peut-être en étudiant cette histoire que nous allons résoudre ce débat. En 1910, la plupart des facultés de médecine du Canada n'exigeaient des candidats qu'un diplôme d'études secondaires. Aujourd'hui, la plupart des étudiants ont un diplôme universitaire et ont complété 4 années de formation médicale prédoctorale et au moins de 2 années de formation postdoctorale.

Même s'il y a des avantages évidents à avoir une population de médecins de famille «mieux éduqués», la possibilité qu'intervienne la loi de Parkinson est grande¹⁶. Autrement dit, il faudrait que la médecine familiale travaille avec diligence pour assurer que la même matière couverte dans un cursus de 2 années n'est pas simplement étirée sur une période de 3 ans. Une 3^e année obligatoire devrait permettre des études plus sélectives dans des domaines comme la dermatologie, la médecine du sport et la rhumatologie. Au cours de cette année, les résidents en médecine familiale seraient appelés à s'occuper du fonctionnement d'un service hospitalier et d'unités de médecine familiale à titre de personnel junior, supervisant des résidents de niveaux inférieurs et des étudiants en médecine qui travaillent avec eux. La formation additionnelle permettrait aux résidents de consacrer du temps à apprendre des techniques d'intervention traditionnelles et non traditionnelles (comme la colonoscopie et la colposcopie), domaines qui ne sont pas très bien couverts dans les programmes actuels.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2010;56:e167-8

This article is also in English on page 410.

Et que dire des conséquences « non intentionnelles »? Peut-être verrions-nous une baisse du nombre des consultations pour des investigations et des interventions préférablement systématiques, qui réduirait par le fait même les coûts pour les gouvernements. Et que dire de l'argument selon lequel la productivité baisserait si de tels programmes étaient implantés? Ce ne serait que pour 1 an, et même si cette première cohorte ne pratiquait pas de manière autonome après 2 ans de résidence, elle s'occuperait quand même de soigner les Canadiens. Quant aux patients, ils bénéficieraient peut-être de temps d'attente plus courts pour le diagnostic et l'accès à d'autres spécialistes. En insistant continuellement sur l'importance d'une vie professionnelle équilibrée, nous pourrions compenser tout déclin possible de l'intérêt des étudiants en médecine causé par l'ajout d'une 3^e année.

Leçons du passé

D'une certaine façon, les réalités actuelles sont semblables à celles du passé, et refuser aux diplômés en médecine familiale un programme de formation plus long, c'est nier les leçons du passé. Les départements de médecine familiale doivent aspirer à produire des médecins qui ressemblent plus étroitement à des maîtres cliniciens. Deux années ne suffisent pas; comme les connaissances dans la littérature médicale ne cessent de croître, la formation postdoctorale devra nécessairement s'accroître elle aussi, pour maintenir cette intensité de l'acquisition du savoir qui ne peut simplement pas se reproduire sans un bien trop grand nombre d'années de pratique indépendante. Le prolongement de la formation des médecins de famille est inévitable; c'est le prolongement naturel de l'intérêt pour les cours optionnels, les programmes de 3^e année, les bourses de recherche et les activités rigoureuses de formation continue qui gagnent maintenant en popularité. ❁

D^r Noel est professeur adjoint au Département de médecine familiale et directeur du programme de 3^e année de résidence (compétences avancées pour la pratique familiale) à l'Université d'Ottawa, en Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Kendall Noel, Université d'Ottawa, Département de médecine familiale, 43, rue Bruyère, B375, Étage 3JB, Ottawa, ON K1N 5C8; courriel knoel@bruyere.org

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. New York, NY: Arno Press; 1972.
2. Canfield PR. Family medicine: an historical perspective. *J Med Educ* 1976;51(11):904-11.
3. David AK, Saultz JW. Family medicine residency education: connecting the future to the past. *Fam Med* 2005;37(9):635-8.
4. Papa FJ, Harasym PH. Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective. *Acad Med* 1999;74(2):154-64.
5. Bucholtz JR, Matheny SC, Pugno PA, David A, Bliss EB, Korin EC. Task force report 2. Report of the Task Force on Medical Education. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl):S51-64. Accessible à: www.annfammed.org/cgi/reprint/2/suppl_1/s51. Accédé le 18 janvier 2010.
6. Ludmerer KM, Johns MM. Reforming graduate medical education. *JAMA* 2005;294(9):1083-7.
7. Smits AK, Walsh E, Ross RG, Gillanders WR, Saultz JW. Residency applicants' perspectives on family medicine residency training length. *Fam Med* 2006;38(3):172-6.
8. Vinger I. Graduate training in family medicine: two years or three. *Can Fam Physician* 1979;30:1107-8.
9. Carmichael LP. Teaching family medicine. *JAMA* 1965;191(1):38-40.
10. Groupe de travail sur la révision du cursus. *CanMEDS-family medicine*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2009. Accessible à: www.cfpc.ca/English/cfpc/education/CanMEDS/default.asp?s=1. Accédé le 18 janvier 2010.
11. Duane M, Green LA, Dovey S, Lai S, Graham R, Fryer GE. Length and content of family practice residency training. *J Am Board Fam Pract* 2002;15(3):201-8.
12. Duane M, Dovey SM, Klein LS, Green LA. Follow-up on family practice residents' perspectives on length and content of training. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(5):377-83.
13. Petranj SM, Crespo R. The accelerated residency program: the Marshall University family practice 9-year experience. *Fam Med* 2002;34(9):669-72.
14. Zweifler J. Point-counterpoint: the argument for a 2-year versus a 4-year family medicine residency. *Fam Med* 2005;37(5):367-8.
15. Saucier D. Second thoughts on third-year training. *Can Fam Physician* 2004;50:687-9 (ang), 693-5 (fr).
16. Winter RO. How long does it take to become a competent family physician? *J Am Board Fam Pract* 2004;17(5):391-3.
17. Shantz JA. Battling Parkinson's law. *CMAJ* 2008;179(9):968.

