

## Se servir du passé pour guider notre avenir

Karen Schultz MD CCFP FCFP Maxwell Schultz MD

*On fait face à l'avenir avec pour bagage son passé.  
(Traduction libre)*

Pearl S. Buck

**E**n tant que coordonnatrice du nouveau cursus au Département de médecine familiale de la Queen's University à Kingston, en Ontario, je me suis rendu compte plus d'une fois que certaines idées entourant le «nouveau» cursus sont en réalité de vieilles idées servies à la moderne. En qualité de médecins de famille, nous finissons par comprendre nos patients de plus en plus en profondeur en les soignant sur une longue période de temps. Dans la même veine, l'examen du bon, de la bête et du truand de l'histoire de la médecine familiale au Canada ainsi que du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), semblait un moyen de faire une importante introspection dans la réflexion sur la conception du cursus. Il y a sûrement des leçons à apprendre.

### Circonstances du passé

J'exerce la médecine familiale en Ontario depuis 24 ans. J'ai donc connu les hauts et les bas de la vie d'un médecin de famille. À l'heure actuelle, les perspectives sont intéressantes, mais ce ne fut pas toujours le cas. Les années 1990 se sont révélées plutôt houleuses: des pratiques débordées; une maigre rémunération et même des montants prélevés et départ pour les États-Unis de plus de la moitié des résidents diplômés en médecine familiale, du moins des programmes ontariens. Apparemment, les années 1940 étaient tout aussi décourageantes pour les omnipraticiens. Dans son livre, *Strength in Study*, Woods explique bien les circonstances qui ont fait en sorte que les omnipraticiens étaient considérés comme «des médecins qui n'avaient pas terminé leur formation»<sup>1</sup>.

En dépit des lois sur la délivrance des permis d'exercice adoptées en Ontario en 1815 et 1819, qui exigeaient que les médecins subissent un examen pour pratiquer, la charlatanerie médicale persistait. En 1910, Abraham Flexner recommandait, entre autres, que les facultés de médecine fassent partie d'une université et que la formation médicale se donne dans des hôpitaux d'enseignement - c'était là de bonnes idées pour accroître la compétence des médecins, mais elles avaient des ramifications considérables pour la médecine familiale. En 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a commencé à normaliser la formation spécialisée, le résultat étant des spécialistes bien formés. De nombreux spécialistes ont commencé à travailler dans

les hôpitaux d'enseignement, réduisant ainsi le nombre d'omnipraticiens ayant des privilèges d'admission. Bon nombre d'entre eux étaient très occupés à desservir une population de patients qui les consultaient directement, parce qu'ils préféraient être traités par ces spécialistes compétents.

Avance rapide jusqu'aux années 1940. Deux guerres mondiales avaient généré l'explosion habituelle de connaissances et d'innovations médicales en temps de guerre. Les omnipraticiens exerçaient après une année d'internat, avec une formation rudimentaire dans chaque spécialité, pas ou peu de formation en médecine comportementale et aucune formation en milieu communautaire. Les médecins qui revenaient de la guerre, qui pouvaient ou non avoir fait cet internat d'un an, avaient pratiqué presque en exclusivité la traumatologie. Ces deux groupes se sentaient mal préparés pour faire face à la diversité des problèmes rencontrés dans la pratique générale. Ceux qui étaient chanceux se joignaient à un bon groupe d'omnipraticiens expérimentés et poursuivaient leur apprentissage auprès de leurs collègues plus âgés. Bien d'autres n'ont pas eu cette chance et n'avaient nulle part où se tourner pour leur formation médicale continue (FMC). Les avenues habituelles de FMC par l'intermédiaire des tournées d'enseignement dans les hôpitaux sont devenues de moins en moins accessibles aux omnipraticiens à cause de la réduction des privilèges d'admission mentionnés ci-dessus. À tout cela s'ajoutait une disparité grandissante dans la rémunération entre les spécialistes et les médecins de famille, parce que les patients consultaient des spécialistes ayant une formation plus complète; et voilà, la table était mise. Ce qui a suivi fut l'exode de jeunes médecins brillants (influencés par leur formation prédoctorale axée sur la spécialisation à la suite des réformes de Flexner) de pratiques dans lesquelles ils se sentaient mal préparés pour traiter adéquatement les patients ou qui exigeaient d'eux qu'ils exercent un champ de pratique de plus en plus étroit contre une rémunération insuffisante, pour aller suivre des programmes de formation spécialisée.

Dans mes lectures sur cette époque de l'histoire des omnipraticiens, je me suis rendu compte que c'était l'histoire de mon père, Maxwell Schultz. Originaire de Thessalon, une petite ville du Nord de l'Ontario, il est venu étudier à la Queen's University en 1940, à l'âge de 17 ans. Les études de médecine, d'une durée habituelle de 7 ans après les études secondaires, avaient été condensées à 5,5 ans en raison du besoin de produire plus de diplômés en médecine à cause de la guerre. Terminant ses études en même temps que la fin de la

This article is also in English on **page 606**.

**Figure 1.** Traversée du lac Kapuskasing: Tiré des souvenirs de D<sup>r</sup> Maxwell Schultz.



guerre, il a fait son internat, a travaillé 3 mois à Hearst, en Ontario, avant qu'on ne lui fasse miroiter un emploi plus sûr et mieux payé (500 \$ par mois!) comme médecin d'une entreprise forestière à Kapuskasing, en Ontario - où il n'était pas toujours facile de se rendre (Figure 1). Après 1 an, estimant qu'il y avait des lacunes dans sa formation, il a suivi des stages seniors adaptés à ses besoins à London, en Ontario, pour avoir une formation additionnelle en obstétrique et en anesthésie. De là, mon père est allé à Port Arthur, en Ontario, où il a travaillé en service de garde tous les jours pendant 4 ans, dans une pratique très achalandée avec de nombreux cas d'obstétrique. Quand s'est présentée la possibilité de suivre une formation dans un nouveau programme en anesthésie à Vancouver, en C.-B., avec la promesse d'une spécialisation dans un seul domaine, d'heures plus normales et d'une meilleure rémunération, il l'a saisie - le départ d'un autre omnipraticien.

Dans ce contexte, le College of General Practitioners of Canada était créé en juillet 1954. *Nostrum in studiis robor* (l'étude est notre force) est une devise judicieuse pour un collègue ayant pour principal mandat de «faire tout ce qui est nécessaire pour maintenir de hauts standards en pratique générale» et de sortir la pratique générale de son enlisement. La première décennie du Collège a été largement consacrée à se faire accepter comme collègue, à définir de ce qui distingue la médecine familiale comme discipline unique (Encadré 1<sup>2</sup>) (exercice qui s'est conclu par le changement vivement débattu de son nom en Collège des médecins de famille du Canada) et à

### Encadré 1. Principes de la médecine familiale

- La maladie est souvent vue à un stade plus précoce par les médecins de famille que par d'autres médecins.
- La connaissance des ressources communautaires est essentielle pour la prise en charge.
- La prise en charge est souvent davantage associée au pronostic qu'au diagnostic.
- Le temps est un outil de diagnostic et de prise en charge. La continuité des soins revêt une grande importance.
- La maladie se présente souvent indifférenciée.
- Comprendre le comportement en état de maladie est crucial pour enseigner et pour comprendre les patients.
- La maladie est envisagée dans le contexte de la vie familiale.
- Une évaluation locale suffit souvent.
- La maladie peut se présenter avec des «signaux» ou des «étiquettes».
- Les médecins de famille font face à beaucoup d'incertitude tant dans l'évaluation que dans la prise en charge.
- Les facteurs psychosociaux font partie intégrante de chaque problème.
- Les médecins de famille doivent avoir une connaissance approfondie de l'épidémiologie communautaire.
- Le soulagement de la détresse est une préoccupation primordiale.
- Le médecin de famille est le premier point de contact.
- Le médecin de famille doit souvent prendre en charge à la fois des maladies chroniques et multisystémiques.
- Les dossiers doivent être concis mais devraient être utiles.
- L'incitation à changer de mode de vie incombe aux médecins de famille, qui doivent encourager les patients à assumer la responsabilité de leur propre santé.
- Une préoccupation mineure peut offrir la possibilité d'aborder un problème de santé plus sérieux.
- Une bonne partie du travail du médecin de famille dépend de sa relation personnelle avec le patient.
- Parfois, un patient présente des symptômes qui sont le plus communément associés à une maladie alors qu'en réalité, il souffre d'une autre.
- Il est nécessaire de prendre une décision concernant tous les nouveaux patients. Le médecin de famille ne peut pas dire «Je suis désolé, je ne peux pas vous aider.»
- Les demandes de consultation sont fréquentes et impliquent une grande diversité de consultants.
- Le médecin de famille voit une prévalence élevée de maladies chroniques, émotionnelles et transitoires.
- La reconnaissance des tendances est une habileté importante.

Tiré de Hennen BKE<sup>2</sup>

améliorer (et exiger) la FMC des membres du Collège. Peu après, les efforts se sont dirigés vers la formation prédoctorale et postdoctorale, notamment l'établissement des objectifs éducatifs, l'élaboration de programmes de formation, l'agrément de ces programmes et la production d'un examen de certification avant-gardiste.

La recherche, même si elle a toujours été reconnue comme une part importante de la définition de la médecine familiale en tant que discipline, a pris plus de temps à démarrer. Par ailleurs, au cours des 20 dernières années, la capacité de recherche a connu une croissance constante. Il y a plus de médecins de famille qui font de la recherche, plus de subventions pour la recherche en médecine familiale, plus de médecins de famille au sein des organismes de subvention et plus de réseaux de chercheurs réunissant des silos auparavant isolés d'activités de recherche.

## Leçons apprises

De ce voyage dans le passé, qu'avons-nous appris?

**Leçon 1.** Pour nos étudiants en médecine, l'apprentissage par l'observation de modèles et l'inculcation sont importants. Par contre, l'influence de Flexner persiste toujours! Les étudiants en médecine sont encore principalement formés par des spécialistes. Les étudiants qui viennent dans nos cliniques ne semblent pas encore comprendre ce qu'est la médecine familiale. Notre système a besoin autant de bons médecins de famille que de bons spécialistes, qui travaillent ensemble pour répondre aux besoins des patients. Les étudiants en médecine méritent d'être exposés autant aux médecins de famille qu'aux spécialistes, dès le début de leur formation, pour comprendre et choisir la carrière qui convient le mieux à leur tempérament.

**Leçon 2.** Les résidents ont besoin d'une formation adéquate sur le plan du contenu et sur la façon d'apprendre pour assurer la compétence. S'ils n'atteignent pas cette compétence, en se fondant sur les leçons des années 1940, il est probable qu'ils finiront dans des champs de pratique restreints ou, sans la possibilité qui existait auparavant d'aller suivre un programme spécialisé, qu'ils quitteront la pratique. Les demandes d'inscription à des programmes de troisième année en médecine familiale atteignent des nombres record. Qu'est-ce que cela signifie? Il est certain que l'explosion du savoir continue. La formation des résidents est-elle toute pertinente? Les questions entourant l'élaboration du cursus et de l'évaluation doivent être centrées sur les façons de maximiser la pertinence de la formation, de mesurer le temps nécessaire pour atteindre la compétence et de savoir si elle a été atteinte. Les efforts du Collège en faveur de l'éducation fondée sur les compétences sont essentiels.

**Leçon 3.** Une fois les médecins en pratique, la FMC est primordiale pour maintenir la compétence et prévenir le rétrécissement du champ d'exercice. Même si ce fait m'a toujours paru intellectuellement évident, mes lectures sur les conditions qui prévalaient avant le Collège m'ont vivement démontré dans quelle mesure un manque de FMC peut éroder la compétence clinique. Le mandat qu'a le Collège d'assurer que les membres participent à des activités d'apprentissage permanent me semble à présent encore plus sensé.

**Leçon 4.** L'argent parle. Pour bien des gens, si ce n'est la majorité, l'argent symbolise l'importance qu'on accorde à un service. Les résultats des années 1940 et 1990 me portent à croire qu'une grande disparité dans la rémunération entre les spécialistes et les médecins de famille se traduira par une pénurie de médecins de famille. Les gens ne choisiront pas la médecine familiale comme carrière ou, s'ils l'ont choisie, ils la quitteront pour aller là où l'herbe est plus verte.

**Leçon 5.** La recherche et la diffusion du savoir sont une dimension importante dans l'avancement d'une discipline. Lors d'une récente réunion d'un groupe de chercheurs nord-américains en soins primaires, j'ai entendu ce qui suit: «Si ce n'est pas mesuré et documenté, ça n'est jamais arrivé». La médecine familiale est unique et la recherche en médecine familiale a quelque chose à offrir qui ne se trouve nulle part ailleurs.

**Leçon 6.** Je suis fier d'être médecin de famille. La liste des attributs des médecins de famille produite par Hennen (encadré 1<sup>2</sup>) renforce les raisons pour lesquelles j'aime la médecine familiale.

## Conclusion

J'ai récemment présenté ces idées à des séances scientifiques. Voici certaines des citations que préféraient les membres de l'auditoire au sujet de la médecine familiale: «La pratique générale est l'étude et le traitement de la peau et de son contenu.», «Les médecins de famille sont des médecins bien qualifiés et compétents qui me regardent comme une personne plutôt que comme une collection de parties!.» Une bonne exposition à la médecine familiale durant la formation prédoctorale, des programmes de résidence en médecine familiale, délibérément définis, fondés sur les compétences, une FMC pertinente et adéquate et de la recherche de grande qualité feront avancer notre discipline pour qu'il continue d'en être ainsi. Voilà qui résume la question. 🌿

**D<sup>re</sup> Karen Schultz** est professeure agrégée au Département de médecine familiale de la Queen's University à Kingston, en Ontario. **Dr Maxwell Schultz** est un anesthésiologiste à la retraite.

**Intérêts concurrents**  
Aucun déclaré

### Correspondance

**D<sup>re</sup> Karen Schultz**, Département de médecine familiale, Queen's University, 220 Bagot St, Kingston, ON K7L 5E9; téléphone 613 533-9303; courriel [kws@queensu.ca](mailto:kws@queensu.ca)

### Références

1. Woods D. Strength in study: an informal history of the College of Family Physicians of Canada. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 1979.
2. Hennen BKE. Family medicine education in Canada, 1983. *Can Fam Physician* 1983;29:2340-5. Accessible à: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2153698/pdf/canfamphys00238-0092.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2153698/pdf/canfamphys00238-0092.pdf). Accédé le 14 avril 2010.

Occasion d'enseignement est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et coordonnée par la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada. La série porte sur des sujets pratiques et s'adresse à tous les enseignants en médecine familiale, en insistant sur les données probantes et les pratiques exemplaires. Veuillez faire parvenir vos idées, vos demandes ou vos présentations à **D<sup>re</sup> Allyn Walsh**, coordonnatrice d'Occasion d'enseignement, à [walsha@mcmaster.ca](mailto:walsha@mcmaster.ca).