

Les temps changent-ils vraiment ?

Paul Rainsberry PhD Louise Nasmith MD CM MEd CCMF FCMF W. Wayne Weston MD CCMF FCMF
Nick Busing MD CCMF FCMF(MV) Nancy Fowler MD CCMF FCMF James Goertzen MD MCLSc CCMF FCMF
Brent Kvern MD CCMF FCMF David Tannenbaum MD CCMF FCMF Ivy F. Oandasan MD CCMF MHSc FCMF



Cette année, nous célébrons un anniversaire important. Il y a 40 ans, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) créait la Section des enseignants (SdE) en tant que famille professionnelle nationale pour les enseignants en médecine de famille et la communauté universitaire. Les anniversaires sont de bons moments de faire un retour sur les réalisations passées et de réfléchir aux défis que l'avenir nous réserve.

À bien des égards, la médecine de famille se porte bien au Canada. L'intérêt envers la résidence en médecine de famille est élevé depuis quelques années. Plus de la moitié de tous les médecins canadiens sont des médecins de famille, et d'autres pays sollicitent nos conseils pour l'avancement de la médecine familiale chez eux. Un aspect crucial de cette réussite est la volonté d'un grand nombre de médecins de famille à donner du temps et de l'énergie pour fournir de l'enseignement au sein de leurs pratiques, donner des conférences et des séminaires, participer à la recherche et publier des articles. Il existe d'excellents départements universitaires de médecine de famille dans toutes les facultés de médecine au Canada, et les médecins de famille occupent plusieurs rôles de leadership, notamment en tant que doyens de facultés de médecine. Les chercheurs en médecine de famille sont actifs dans les centres universitaires urbains et au sein des communautés rurales et éloignées. Nous avons raison d'être fiers de ces réalisations et de les célébrer. Toutefois, les anniversaires sont aussi un temps de réflexion.

Rétrospective

Plus tôt cette année, un article publié dans *CMAJ*¹ examinait le statut de la médecine de famille au Canada et dans le monde. La bonne nouvelle est qu'au Canada et dans plusieurs autres pays, la discipline est reconnue comme une spécialité; la mauvaise nouvelle est que les médecins de famille ne sont toujours pas reconnus comme des experts et sont perçus par le grand public et plusieurs autres spécialistes comme les simples responsables d'orienter les patients.

Cette attitude n'a rien de nouveau. En 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada fondait une demeure professionnelle et un organisme normatif pour les spécialités médicales émergentes. Cela a été effectué en réaction à un changement important dans la pratique de la médecine: auparavant, les médecins avaient tous une formation semblable et travaillaient comme généralistes, puis ils sont passés à une pratique plus spécialisée. La croissance exponentielle du savoir médical et de la technologie a appuyé ce changement, et la pratique

générale a essentiellement été laissée pour compte. Il était de plus en plus difficile d'attirer les étudiants en médecine vers la pratique générale. Les facultés de médecine étaient dominées par les nouveaux spécialistes qui devenaient des modèles pour les diplômés qui recherchaient de plus en plus une formation propre à la discipline. Peu d'omnipraticiens occupaient des postes à la faculté et il y avait peu de reconnaissance de la nature unique de la pratique générale en tant que discipline médicale. C'était tout simplement devenu la vieille façon de faire les choses.

En constatant la menace qui planait sur la pratique générale, des leaders comme W. Victor Johnston et Murray Stalker sont intervenus auprès de l'Association médicale canadienne pour créer une famille professionnelle — le College of General Practice of Canada — pour soutenir la pratique générale. Ils ont constaté qu'il était nécessaire d'établir des normes de formation et de certification afin d'attirer de nouveaux praticiens et de démontrer le caractère unique de la discipline ainsi que le rôle d'expert du médecin de famille. La lutte fut longue et pénible, mais en l'espace de 2 décennies, le Collège, maintenant le CMFC, offrait son premier Examen de certification et établissait des normes de formation pour appuyer les programmes de résidence en médecine de famille dans toutes les facultés de médecine au Canada. Basés dans les facultés de médecine, les leaders universitaires comme Ian McWhinney étaient attirés par le Canada. Ils ont commencé à établir une base dans les universités et la recherche, pour ce qui deviendrait la spécialité de la médecine de famille.

Le CMFC a fait preuve d'innovation lorsqu'il a accepté le défi de définir la médecine de famille en tant que spécialité avec une expertise en généralisme. Dans les années 1960 et 1970, le Collège a élaboré des objectifs éducatifs comportementaux pour encadrer la formation des résidents et exigeait un engagement envers la formation professionnelle continue afin de devenir membre de la discipline. Il a été le premier à introduire un examen clinique objectif structuré et des simulations écrites dans le processus de certification. Ces innovations étaient avant-gardistes pour l'époque et, dans certains cas, n'ont été exécutées par d'autres organisations que des décennies plus tard.

Le rôle clé des enseignants et des superviseurs en médecine de famille, ainsi que la croissance de la communauté universitaire de la médecine de famille, a mené à la création de la SdE afin de créer une famille professionnelle pour les membres universitaires de la nouvelle discipline et de constituer une ressource pour le CMFC relativement aux questions éducatives et universitaires. Pour ses 25 ans, la SdE a organisé

un congrès annuel qui regroupait les enseignants de partout au pays, afin de mettre en commun leurs idées et compétences, et d'élaborer une approche unifiée et cohérente pour l'enseignement de la discipline. Plus tard, cet événement a été combiné avec le Forum en médecine familiale annuel du CMFC. La SdE a aussi fait part des défis et a fourni des commentaires sur la certification et l'agrément au CMFC. Au fil des ans, la SdE a tiré parti des innovations initiales et a introduit des initiatives en matière de curriculum qui ont mené à la création des 4 principes de la médecine familiale, au Coursus Triple C axé sur le développement des compétences, et à CanMEDS — Médecine familiale. Elle a aussi soutenu les changements dans l'évaluation des résidents, notamment l'introduction d'outils d'évaluation qualitative.

Le CMFC et la SdE ont aussi déployé des efforts afin de protéger et de promouvoir la portée de la pratique de la médecine de famille et la place des domaines d'intérêts particuliers ou des compétences additionnelles. Dès leur lancement, ces initiatives visaient à appuyer la fondation généraliste de la discipline, ainsi que les médecins de famille qui offrent des soins dans des domaines cliniques importants à des communautés mal desservies par leurs collègues spécialistes. Cependant, malgré le travail acharné effectué au cours des 50 dernières années pour protéger la pratique générale et améliorer son profil comme équivalent à toute autre spécialité, il reste des défis importants à relever. Dans un article publié récemment dans *Le Médecin de famille canadien*, un résident en médecine de famille a remis en cause les priorités du Collège et la notion de généralisme en tant que fondement de la discipline. Lerner a remarqué que plusieurs étudiants effectuent leur résidence en médecine de famille en préparation à une carrière dans un domaine de pratique ciblé et n'ont aucun intérêt envers le généralisme. Il a interpellé le CMFC à se ressaisir et à déterminer s'il appuyait une pratique ciblée ou s'il insistait à préparer les étudiants et les résidents seulement pour une carrière en tant que généraliste expert.

Chaque année, de plus en plus d'étudiants en médecine optent pour la médecine familiale dans l'intention de poursuivre une pratique ciblée. Si le CMFC veut s'engager envers le généralisme, il doit le faire maintenant. Le nombre de médecins ayant des pratiques ciblées continuera d'augmenter, surtout si plus de Certificats de compétence additionnelle sont approuvés. Si le CMFC attend encore plus longtemps, ce seront les généralistes qui ne se sentiront plus à leur place².

Cela nous rappelle étrangement 1929. On peut débattre avec Lerner la mission de la résidence et la clarté des objectifs du Collège, mais ce qui semble troublant c'est qu'il paraît déconnecté des idées qui ont mené à la création du Collège et qui constituent le fondement de la discipline. En 1954, quand le Collège a été fondé, le généralisme et la pratique

générale étaient en déclin, et incompris ou mal appréciés par le public ou la profession en général. Dans une certaine mesure, la relance de la discipline a été un succès, mais la reconnaissance et la valorisation de la pratique générale et de la médecine de famille en tant que spécialité représente encore un défi 60 ans plus tard. L'enjeu est de bien définir et de bien communiquer aux nouvelles recrues et aux autres ce que cela signifie que d'être généraliste expert.

Vers l'avenir

Beaucoup de choses ont changé depuis les années 1950, et les principes qui ont encadré la discipline ont sans doute besoin d'être adaptés. Les 4 principes de la médecine de famille, basés en partie sur les principes définis par McWhinney³, mettent l'accent sur le fait que les praticiens sont des cliniciens qualifiés; ils offrent des soins continus axés sur la relation patient-médecin; ils offrent des soins communautaires et connaissent bien le contexte dans lequel leurs patients vivent et travaillent. Les médecins de famille constituent une ressource pour leur communauté, grâce à la continuité des soins qu'ils offrent et à leur pensée critique envers leur pratique, qu'ils voient comme une population à risque et en entamant des soins pour garantir le maintien de la santé et un diagnostic précoce. Le contexte dans lequel ces principes ont été élaborés était manifestement différent, mais les principes en tant que tels sont valables. Ils pourraient être réévalués ou réinterprétés afin de clairement établir que les médecins de famille ne sont pas simplement des spécialistes, mais des généralistes experts.

Qu'est-ce qu'un généraliste expert?

À première vue, il semble facile de définir *généraliste expert*. Cependant, les organisations de partout dans le monde ont eu de la difficulté à expliquer l'expertise des médecins de famille au grand public. Le Royal Australian College of General Practitioners a tenté: *I'm not just a GP, I'm your specialist in life*. L'American Academy of Family Physicians a tenté: *Family physicians: the doctors that specialize in you*. Ces slogans soulignent le concept fondamental du généralisme et définissent les soins uniques à la discipline, mais ils ne traduisent pas les perspectives, les talents ou les approches des soins qui la distinguent.

Dans la conférence William Pickles⁴ donnée en 1996, McWhinney a défini la discipline non pas comme un ensemble de compétences cliniques, mais comme les façons de percevoir et de penser des médecins de famille. McWhinney ne tenait pas à différencier la médecine de famille des autres spécialités médicales, mais plutôt à lui faire prendre de nouvelles directions en présentant ce que la pratique générale apporte à la prestation des soins, y compris des approches plus abstraites à la prise en charge des maladies et à la connaissance de soi, et comment cela peut favoriser ou entraver les soins. Il ne s'agit pas de la liste habituelle de compétences à acquérir et à évaluer, mais une réflexion sur le contexte dans lequel

se déroulent l'apprentissage et la relation enseignant-étudiant. On retrouve des réflexions semblables dans Harveian Oration (2011) d'Iona Heath, où elle affirme que la relation médecin-patient est l'objectif ultime de la médecine et de la pratique générale.

En faisant appel aux généralisations de la science biomédicale, le médecin a la responsabilité constante de se recentrer sur la personne, sur les détails de son histoire et sur le sens qu'elle y donne... Nous enseignons des compétences en matière de communication et d'interventions aux étudiants en médecine et aux jeunes médecins. Mon inquiétude est que nous enseignons ces techniques afin qu'elles soient utilisées comme des instruments, faisant de la relation entre le médecin et les patients d'abord et avant tout un moyen et non une fin en soi⁵.

La conférence de Heath fait écho aux défis présentés par McWhinney et est encore pertinente aujourd'hui. Cependant, le monde a beaucoup changé depuis 1996. Comment devons-nous définir les défis dans le contexte actuel et faire avancer la discipline? Comme nous mettons davantage l'accent sur les compétences de base, et les examens et les évaluations en milieu de travail, la SdE devrait peut-être poser la question suivante: «Sommes-nous de bons modèles, de bons enseignants et de bons évaluateurs du généralisme expert? Nous avons fait du progrès, mais avons-nous vraiment bien défini les éléments du généralisme expert qui sont essentiels pour que notre discipline prospère?»

La pratique ciblée et les compétences additionnelles

Les demandes de la pratique clinique entravent souvent la capacité des nouveaux médecins à offrir des soins généralistes. Cette situation est peut-être plus présente dans les centres urbains, où il peut être difficile de fournir toute la gamme de soins offerts par le passé. Le passage vers une pratique ciblée se produit aussi au sein des autres spécialités. Cela a entraîné des besoins croissants et une occasion pour les médecins de famille ayant des compétences additionnelles dans certains domaines comme les soins d'urgence, les toxicomanies ou la médecine du sport, la gériatrie, l'anesthésie en pratique générale, et les soins palliatifs ou hospitaliers. Ces compétences additionnelles sont toutes reconnues par le CMFC et des programmes de formation agréés existent pour ces domaines. Cependant, d'autres domaines de pratique ciblée naissent, ce qui exerce une pression supplémentaire sur le CMFC pour qu'il les reconnaisse et, de ce fait, qu'il réduise davantage l'intérêt envers le généralisme. Cette tendance soulève la question suivante: les médecins qui travaillent dans ces domaines exercent-ils une surspécialité de la Médecine de famille ou représentent-ils une nouvelle catégorie de spécialistes?

Cela soulève d'autres questions, du moins dans l'esprit de Lerner, sur la gamme de compétences requises lors de

la diplomation. Si l'objectif de carrière est de travailler en soins palliatifs, de quelles compétences le médecin a-t-il besoin en soins de maternité? Un programme ne peut-il pas être adapté à la carrière d'un médecin? Pour le Collège et les programmes universitaires, le défi n'est pas la philosophie de la formation en médecine familiale, mais la communication efficace de cette philosophie aux apprenants. Cela est difficile, mais important, étant donné que l'avenir est en grande partie entre les mains des nouveaux médecins qui commencent dans la discipline et qu'il dépend de leurs perceptions. Une solution est de faire participer les enseignants qui ont une pratique ciblée plus directement au sein d'une communauté universitaire. Cela dit, nous devons aussi transmettre les principes et approches de soins définis par McWhinney aux résidents en médecine de famille. Bien que les compétences cliniques soient importantes, dépendre uniquement des compétences peut être réductif et affaiblir la discipline. Nous ne devons pas oublier d'inclure notre contexte et notre philosophie de soins quand nous envisageons l'avenir de la formation en médecine de famille.

Les menaces à la continuité des soins

Dans un récent article d'opinion, Gerada, ancien président du Royal College of General Practitioners au Royaume-Uni, a fait part de ses inquiétudes:

La continuité des soins est le facteur le plus important dans la prestation de soins de haute qualité, sécuritaires, économiques et libres d'erreurs. Elle entraîne des économies sur les frais d'investigation, les prescriptions et les références, ainsi que les admissions à l'hôpital. Toutefois, une nouvelle étude publiée cette semaine confirme que la continuité des soins est pratiquement en voie de disparition. Elle est devenue victime des services de santé modernes. Plusieurs raisons expliquent cela. La pression d'offrir un meilleur accès aux soins, la perte de listes de médecins généralistes personnalisées, la multiplicité de différents prestataires de soins (y compris les nouveaux services en ligne de médecins généralistes), l'augmentation de la charge de travail à laquelle sont confrontés des effectifs débordés, et le nombre croissant de professionnels de la santé ne travaillant pas à temps plein, ont tous contribué à la situation⁶.

Une critique courante à l'égard de la résidence en médecine de famille maintient que les résidents ne reçoivent pas leur formation dans de «vrais» contextes de pratique. Il est important de répondre à la perception de Gerada que la continuité «est en voie de disparition» si nous croyons que la continuité pédagogique en médecine de famille est essentielle. Le changement rapide du milieu de pratique est l'un des défis auxquels sont confrontés les éducateurs en médecine de famille. Les attentes des patients quant à l'accès aux soins, l'efficacité du système et budgétaire

exigée par les gouvernements, et les différences générationnelles dans l'équilibre entre la vie personnelle et le travail remettent en cause les principes de la médecine de famille auxquels souscrit le CMFC. Dans quelle mesure les programmes de formation peuvent-ils appliquer les perspectives que défendait McWhinney il y a 20 ans? En 2018, le contexte est-il assez différent de celui des années 1950 pour provoquer une réévaluation de nos principes et si oui, comment, quoi et où enseigner?

Programme de recherche en médecine de famille

Bien que plusieurs nouveaux médecins ne deviennent pas des chercheurs à temps plein, nous devons promouvoir la pensée critique au sein de notre discipline afin d'encourager la recherche pour répondre aux enjeux comme la perte de continuité des soins et pour réfléchir à la contribution du généralisme, au système de santé par l'entremise de la médecine familiale. La promotion de la recherche axée sur la médecine de famille qui peut influencer l'éducation et la discipline requiert une communauté de recherche et universitaire solide appuyé par le CMFC. Une famille professionnelle nationale pour cette communauté encourage la recherche et la pensée pédagogique. La SdE a appuyé les enseignants, les superviseurs et les leaders universitaires, mais elle est aussi, avec la Section des chercheurs, en train de créer un carrefour pour les chercheurs en pédagogie. Grâce aux communautés de pratique, nous pouvons réunir les médecins de famille qui participent à toutes les formes d'enseignement, de préceptorat, de leadership et de recherche pédagogique, et ouvrir un dialogue actif afin de questionner, de débattre et de renforcer les valeurs de base et les concepts de notre discipline. Les temps changent, et les moyens de maintenir un tel carrefour pourraient être appelés à changer. Toutefois, impliquer les enseignants et les chercheurs en médecine de famille à une communauté commune solide empêchera l'affaiblissement de la discipline et lui rendra son plein potentiel.

De quoi monter aux barricades?

Malgré les défis, l'heure est à la célébration. Le CMFC et la SdE ont beaucoup progressé en 40 ans, en faisant de la médecine de famille une spécialité de choix au Canada

et en ouvrant la voie vers l'élaboration d'un curriculum et de méthodes d'évaluation novateurs. Il ne faut toutefois pas se reposer sur nos lauriers; nous devons toujours examiner et réinventer ce que nous faisons. Le Profil professionnel en médecine de famille⁷ est l'exemple le plus récent de la façon dont le CMFC réfléchit sur notre discipline. La médecine de famille a fait beaucoup de chemin en 60 ans. Les enseignants, les superviseurs et les leaders universitaires qui constituent la SdE sont au cœur de son développement. Cependant, les ambitions exprimées avec tant de passion par McWhinney et les autres n'ont pas encore été pleinement réalisées. Il est peut-être temps pour une révolution néo-McWhinneyenne, étant donné que les temps changent et que la médecine de famille devrait mener la charge!

M. Rainsberry est directeur de l'éducation à la retraite du CMFC. La **D^{re} Nasmith** est rectrice adjointe en santé à la retraite de l'Université de la Colombie-Britannique. Le **D^r Weston** est professeur émérite à la Faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich de l'Université Western. Le **D^r Busing** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. La **D^{re} Fowler** est directrice générale de la médecine familiale universitaire au CMFC. Le **D^r Goertzen** est actuellement président de la Section des enseignants et doyen adjoint de l'éducation continue et du développement professionnel de l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Le **D^r Kvern** est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université du Manitoba et directeur, Certification et évaluation, au CMFC. Le **D^r Tannenbaum** est professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et médecin de famille en chef du Sinai Health System. La **D^{re} Oandasan** est directrice de l'éducation et responsable de la mise en œuvre nationale du Cours Triple C axé sur les compétences au CMFC, et professeure au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto.

Remerciements

Cet article fait partie de la Célébration de l'excellence en enseignement de la médecine familiale qui marque le 40^e anniversaire de la Section des enseignants du CMFC. Nous remercions le **D^r Cal Gutkin** et le **D^r Nicholas Pimlott** de leurs conseils. Pour plus d'information sur l'histoire du CMFC, visitez <https://familymedicineheritage.ca/fr>.

Intérêts concurrentiels

Aucun déclaré

Références

1. Brown C. Recognition of family physicians as experts rather than gatekeepers requires "cultural shift." *CMAJ* 2018;190(17):E550-1.
2. Lerner J. Vouloir la médecine familiale sans les soins primaires. *Le Médecin de famille canadien* 2018;64:155-6 (ang), e104-5 (fr).
3. McWhinney IR. *Textbook of family medicine*. Oxford, R.-U. : Oxford University Press; 1989.
4. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996;46(408):433-6.
5. Heath I. Divided we fail. *Clin Med (Lond)* 2011;11(6):576-86.
6. Gerada C. Patients don't see the same GP any more—and that has to change. *The Guardian* 2018 May 10.
7. CMFC. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga, ON:CFPC; 2018.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **November 2018** issue on **page 798**.