



Effectuer une plus longue résidence en médecine de famille

Francine Lemire MD, MDCM, CCMF, FCMF, CAÉ, ICD.D, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION
Nancy Fowler MD, CCMF, FCMF, DIRECTRICE GÉNÉRALE, MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRE



Chers collègues,


Les débats sur la durée de la résidence en médecine de famille sont loin d'être nouveaux ou même uniques. Il y a plus de 20 ans, les programmes de résidence en médecine de famille au Québec soulevaient des préoccupations concernant la diminution de l'expérience clinique (p. ex., les modalités de travail après la visite, la formation et les tâches dans des domaines importants, mais non cliniques). L'American Board of Family Medicine a récemment tenu un sommet sur l'avenir de la médecine familiale, où cette question a été examinée. Les nouveaux médecins de famille ont démontré qu'ils sont capables d'apporter une contribution importante en soins communautaires, y compris dans des milieux où les ressources sont limitées. Pourquoi revenir sur cette question maintenant?

Nous avons dû nous pencher sur quelques situations importantes. Nous avons notamment appris que les expériences de formation dans certains domaines, notamment en soins d'urgence, variaient plus que nous ne l'avions imaginé d'un programme de résidence à l'autre. Nous avons appris que lorsque le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences a été mis en place il y a dix ans, la définition des soins complets et globaux et, plus précisément, les compétences que les diplômés devaient être en mesure d'acquérir dans le vaste domaine de la médecine de famille n'étaient pas suffisamment comprises. Nous constatons un déclin de la portée de la pratique, sans aucun doute pour des raisons complexes, mais les effets collatéraux potentiels sur le bien-être des médecins, l'accès des patients et le fonctionnement du système de santé sont inquiétants.

En 2018, le CMFC a publié le Profil professionnel en médecine de famille². Ce document réitère notre engagement collectif à l'égard des soins complets, globaux et de qualité, à proximité du domicile des citoyens canadiens — un ensemble complet de services, tout au long du cycle de vie, dans divers milieux cliniques. Grâce au projet sur les finalités d'apprentissage, nous avons défini plus clairement ce que nous souhaitons accomplir durant la formation des résidents en médecine de famille. Grâce à un examen approfondi de la documentation, à une recherche sur le terrain avec des médecins de famille, à un processus de consultation rigoureux et à l'utilisation de sources de données clés (dont le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D., l'Association canadienne de protection médicale et les résultats de l'enquête longitudinale en médecine de famille), nous avons défini les activités professionnelles de base des médecins de famille et créé un Profil de formation pour la résidence en médecine de famille et

pour la formation en compétences avancées qui mène au Certificat de compétence additionnelle. Le Profil de formation pour la résidence établit des attentes concernant des expériences pédagogiques plus rigoureuses dans un certain nombre de domaines cliniques et non cliniques, y compris les soins à domicile et de longue durée, le traitement des troubles de toxicomanies, les soins pour les maladies chroniques, les soins aux personnes souffrant de comorbidités complexes, les soins de courte durée, les soins virtuels, l'amélioration des pratiques et le leadership. Nous devons accorder une attention particulière au démantèlement du racisme systémique et à l'amélioration des soins culturellement sécuritaires pour les peuples autochtones, ainsi que pour d'autres groupes diversifiés et racialisés. Nous avons le programme de formation en résidence le plus court du monde, et nos directeurs de programmes de résidence en médecine de famille nous disent que «le programme est complet». Ils nous disent également que si la résidence était prolongée, nous ne pouvons pas continuer d'offrir «plus des mêmes choses». Nous voulons mieux soutenir la transition vers la pratique, permettre l'acquisition de nouvelles compétences et favoriser la diversité des expériences qui renforcent l'adaptabilité et la préparation à la pratique. En collaboration avec les enseignants en médecine de famille, nous réfléchissons activement à ce que cela représente.

Bien que certains décideurs préfèrent considérer les besoins de la communauté comme des soins primaires, secondaires ou tertiaires, nous préférons positionner notre contribution en termes de *soins de proximité*. Nous nous engageons envers une personne à répondre à ses besoins où qu'elle se trouve, en utilisant tous les moyens à notre disposition, y compris la collaboration, la continuité et les nouvelles technologies.

Grâce au projet sur les finalités d'apprentissage, nous réitérons l'importance d'une formation qui donne aux médecins de famille les outils requis pour devenir des leaders en soins primaires; nous devons également les préparer à un cadre de pratique très vaste, qui dépasse les limites de ce que l'on considère traditionnellement comme des soins primaires. Le renouvellement continu de l'enseignement est un élément nécessaire, mais insuffisant pour améliorer la prestation des soins communautaires. Il doit s'accompagner de politiques et de modèles de rémunération qui favorisent l'intégralité et la continuité plutôt que d'encourager les soins épisodiques. Il s'agit d'une lourde tâche, mais le moment est venu. Le statu quo n'est plus une option pour nous. 

Can Fam Physician 2021;67:218 (ang), 217 (fr). DOI: 10.46747/cfp.6703217