Au-delà des soins primaires : Le Projet sur les finalités d'apprentissage

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ IAS.A., DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

Nous publions ce mois-ci le rapport et les recommandations du Projet sur les finalités d'apprentissage. Le rapport est issu d'un examen de la littérature et de données, ainsi que de consultations avec des membres, des éducateurs, des cliniciens, des étudiants en médecine et des résidents. Ce rapport s'appuie sur le Profil professionnel en médecine de famille[1] de 2018, qui décrit notre engagement collectif auprès de la population, et sur le Profil de formation pour la résidence[2] de 2021, qui définit les activités professionnelles de base auxquelles les résidents sont formés.

Nous formons des médecins de famille compétents. Toutefois, il semble que dans l'exercice de leur profession, les nouveaux médecins de famille sont moins nombreux à offrir des soins complets et globaux. Certains n'ont jamais eu l'intention de travailler dans certains domaines, alors que d'autres le souhaiteraient, mais se heurtent à un manque de soutien du système de santé. Les résidents, aussi compétents soient-ils, ne reçoivent pas toujours la formation et les expériences d'apprentissage nécessaires pour offrir avec confiance des soins dans certains domaines cliniques. Des facteurs personnels entrent aussi en jeu. Ajoutons aussi que le rôle de médecin de famille change sous influence du vieillissement de la population, et de l'évolution de la société et des soins. Résultat : ils voient des patients plus malades, qui présentent des besoins plus complexes dans la communauté.

Dans l'avenir, nous souhaitons pouvoir consolider les compétences dans des domaines comme les soins d'urgence et hospitaliers, les soins de longue durée et à domicile, les habiletés techniques et les nouveaux domaines comme les soins virtuels, l'humilité culturelle et les soins culturellement sécuritaires, la santé autochtone, l'informatique, et la gestion du registre de patients. Les directions de programmes disent qu'il n'y a plus de place dans le cursus. Afin d'enrichir le programme, nous recommandons de prolonger à trois ans la résidence en médecine de famille, sachant que nous offrons actuellement la résidence la plus courte au monde.

Nous aspirons à ce que les médecins de famille aient un champ de pratique plus large, qu'ils soient confiants et capables de s'adapter à l'évolution des besoins. Aux États-Unis, des données montrent que les diplômés de programmes de résidence dont la durée a été prolongée ont un champ de pratique plus large et l'intérêt des diplômés en médecine pour ce type de programmes demeure toujours aussi grand[3].

Une réforme de l'éducation n'est qu'un pas vers l'amélioration de l'accès à des soins complets et globaux. Le système de santé doit aussi être réorganisé pour que les médecins de famille puissent travailler au mieux de leurs capacités, selon les besoins de la communauté. Les changements doivent s'opérer simultanément et en synergie. Les résidents doivent avoir des occasions d'apprendre et de travailler au sein de modèles axés sur le travail d'équipe, dotés d'un personnel adéquat, capable d'assurer la continuité, d'offrir des soins après les heures régulières et un accès à des services complets. Bref, des modèles comme le Centre de médecine de famille.

Il nous faudra bâtir l'argumentaire en faveur d'une formation prolongée. Nous estimons qu'un investissement initial pourrait aider à renforcer le système de santé et réduire les coûts ; constituer un groupe de travail pour établir les principes d'élaboration de cursus et faciliter le changement ; demander conseil à un groupe consultatif quant au plaidoyer au sein du système de santé ; et planifier des discussions régulières avec les sections provinciales, les facultés de médecine et les décideurs provinciaux pour mieux comprendre les réalités provinciales et territoriales et définir la marche à suivre. Les réformes de l'agrément des programmes de résidence et du processus de certification progresseront, mais n'entreront pas en vigueur dans les cinq prochaines années. Nous espérons avoir des diplômés de la résidence de trois ans d'ici 2030.

Les nouveaux médecins de famille veulent faire un bon travail, mais nous disent qu'ils doivent concilier le travail et la vie privée. Ils préfèrent travailler en équipe, avec un programme de rémunération alternatif qui leur permet de fournir des soins de qualité et de répondre aux besoins de la communauté. Nous devons leur proposer un modèle qui leur donne envie de se lancer dans une carrière durable et enrichissante.

Un rapport de l'Université de Toronto[4] présentant des témoignages poignants de médecins de famille m'a rappelé que notre rôle va bien au-delà des soins primaires : nous sommes là où on a besoin de nous (en prodiguant des soins à domicile et des soins de longue durée) au bon moment. Nous sommes présents, peu importe le problème auquel nos patients sont confrontés. La pandémie nous a tous marqués. Elle nous a ouvert les yeux sur des disparités que nous ignorions. Il est important d'en tirer des leçons. Améliorons la formation des futurs médecins de famille et leur milieu d'apprentissage et de pratique pour les préparer à fournir les soins dont la population canadienne aura besoin.

Remerciements
Je remercie **Dre Nancy Fowler** pour sa révision de cet article et **Dre Danielle Martin** pour un entretien enrichissant.

Can Fam Physician 2022; 68:80 (ang), 79 (fr). DOI: 10.46747/cfp.680179

This article is also in English on **page 80.**

Références à la **page 80.**