



# Enseigner la médecine familiale exposer les résidents à ce qui est utile

*Gilbert Sanche, Suzanne Laurin et Marie-Claude Audétat*

**Les connaissances médicales explosent, la population vieillit, les médecins de famille sont appelés à exercer dans différents contextes et les responsabilités qu'ils doivent assumer ne cessent de croître. Malgré tout, la durée de la résidence en médecine familiale n'est que de deux ans.**

**C**ES CIRCONSTANCES ont contraint les responsables des programmes de résidence en médecine familiale canadiens à réfléchir à la formation offerte aux résidents.

### **Comment former des médecins de famille en deux ans ?**

*Éléments de réflexion du Collège des médecins de famille du Canada<sup>1</sup>*

C'est en pratiquant la médecine familiale, dans un contexte de soins globaux et continus, au contact de médecins de famille enseignants et de leurs patients, que les résidents ont de meilleures chances de parfaire leur maîtrise de la discipline.

C'est en créant un sentiment de compétence par l'exécution répétée de tâches authentiques, complexes et qui ont un sens que les résidents peuvent le mieux bâtir leur identité de médecin de famille, leur fierté professionnelle et leur compréhension de la discipline qu'ils ont choisie.

Parce qu'elle est de très courte durée et que les objectifs à atteindre sont nombreux et ambitieux, la formation doit être la plus efficace possible. La meilleure façon d'y arriver est de centrer l'expérience pédagogique

---

*Le Dr Gilbert Sanche, médecin de famille, est professeur agrégé de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal (DMFMU). La Dr<sup>e</sup> Suzanne Laurin, médecin de famille, est professeure adjointe de clinique au DMFMU. La Dr<sup>e</sup> Marie-Claude Audétat, psychologue, est responsable du développement professoral au DMFMU.*

### **Encadré**

#### **Centrer la formation sur la médecine familiale**

- Les directeurs de programme de médecine familiale doivent avoir l'autorité sur l'ensemble de la formation.
- La médecine familiale doit être au cœur de l'apprentissage.
- Les principaux milieux d'apprentissage doivent être des milieux de pratique de la médecine familiale.
- La plupart des enseignants doivent être des médecins de famille.

que sur ce qui est réellement pertinent, soit l'exécution de tâches qui correspondent à la future pratique.

Pour mieux préparer les jeunes médecins à la complexité de la tâche du médecin de famille, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a choisi de promouvoir un concept de formation centré sur la médecine familiale.

### **Qu'est-ce qu'une formation centrée sur la médecine familiale ?**

Dans la formation centrée sur la médecine familiale, la majorité des enseignants sont des médecins de famille et les contextes et milieux d'apprentissage, de même que les problèmes et les patients auxquels les résidents sont exposés, correspondent à la réalité de la pratique d'un médecin de famille.

Ainsi, voici les éléments nécessaires pour que la formation soit centrée sur la médecine familiale<sup>1</sup> (*encadré*) :

1. Les directeurs de programme de médecine familiale doivent avoir l'autorité sur l'ensemble de la formation. Les objectifs d'apprentissage et le contenu

du *curriculum* sont définis par les directeurs de programme de médecine familiale et non par les divers responsables des stages en médecine spécialisée.

2. La médecine familiale doit être au cœur de l'apprentissage. Les résidents doivent être exposés de façon régulière et soutenue à des problèmes complexes et indifférenciés et doivent agir comme des médecins de famille en offrant des soins longitudinaux et continus à un groupe de patients.
3. Les principaux milieux d'apprentissage doivent être des milieux de pratique de la médecine familiale. Le contexte de l'apprentissage doit être pertinent et adapté aux besoins d'un futur médecin de famille. Les résidents apprennent en travaillant dans des milieux diversifiés de première et de deuxième lignes qui ressemblent étroitement à ceux de leur future pratique.
4. La plupart des enseignants doivent être des médecins de famille. Les résidents apprennent en travaillant plus souvent avec des cliniciens qui ont recours à une approche généraliste pour résoudre les problèmes et qui peuvent transmettre et enseigner l'expertise en médecine familiale.

### **Comment passer à une formation centrée sur la médecine familiale ?**

#### *L'expérience de l'Université de Montréal*

La transformation du programme de résidence de médecine familiale de l'Université de Montréal a commencé en 2007. Considérons deux des principes qui ont guidé cette réforme : la sélection d'activités cliniques dont la pertinence et le potentiel d'apprentissage sont élevés ainsi que l'intégration et la répétition de ces activités tout au long de la formation.

#### *Le choix des activités d'apprentissage clinique*

Au lieu de structurer son programme autour de stages dans différentes disciplines, la direction du programme s'est intéressée aux compétences que les résidents doivent acquérir, puis a trouvé les meilleures activités cliniques à leur offrir pour y parvenir. Ainsi, certains enseignements cliniques qui étaient auparavant confiés à des médecins spécialistes, souvent en contexte hospitalier, ont été rapatriés en médecine familiale, afin de s'assurer que l'exposition clinique des résidents est suffisante et que l'encadrement pédagogique est de qualité.

#### *L'intégration et la répétition des activités de formation*

Le programme de médecine familiale est passé d'un modèle classique à structure « horizontale », soit une sé-

rie de stages successifs, à un modèle à structure « longitudinale ». Dans ce modèle dit intégré, plusieurs activités cliniques et pédagogiques autrefois concentrées dans un stage de quatre semaines sont maintenant réparties et répétées à différents moments des deux années durant les périodes de stage de médecine familiale. Notons que certains stages ont conservé un format de quatre semaines, soit pour des raisons pratiques (stage en régions éloignées, par exemple), soit parce que l'apprentissage intensif y est plus profitable (stages où le résident doit apprendre à gérer des urgences, par exemple).

Ainsi, le stage de chirurgie a été aboli en 2007 à cause de son faible rendement pédagogique. Le stage de médecine familiale s'est alors prolongé de quatre semaines et des activités d'apprentissage permettant d'atteindre les compétences nécessaires en chirurgie y ont été intégrées. Depuis, les résidents, tout au long des deux années de résidence :

- pratiquent des techniques de petite chirurgie, au sein même de l'unité de médecine familiale (UMF), sous la supervision de médecins de famille ;
- travaillent avec des chirurgiens dans des services de consultations externes qui les exposent à des maladies qu'ils auront à traiter et qui répondent à des besoins d'apprentissage utiles pour le médecin de famille (chirurgie colorectale, ORL, clinique du sein, etc.) ;
- reconnaissent et traitent les problèmes aigus à indication chirurgicale lors de leurs stages à l'urgence ;
- traitent les complications postopératoires pendant leurs gardes et à l'urgence.

La formation des médecins de famille repose dorénavant sur un partage de l'enseignement entre médecins de famille et médecins spécialistes selon des critères de pertinence et de potentiel d'apprentissage. Les médecins de famille, maintenant responsables de l'acquisition d'un plus grand nombre de compétences cliniques, ont des contacts plus fréquents avec les résidents et jouent un rôle de modèle auprès d'eux en les supervisant dans des contextes variés qui correspondent à la réalité de la pratique de la médecine familiale au Québec.

### **Les enjeux**

Si elle est porteuse de sens, la mise en place d'une formation centrée sur la médecine familiale n'en est pas moins délicate. Elle amène la direction des programmes et celle des UMF à relever de nombreux défis :

#### *Ressources*

Les périodes de médecine familiale s'étant multipliées, les résidents sont plus présents dans les UMF et donc plus

nombreux en stage au même moment. Plus d'espace pour les activités cliniques et pédagogiques et davantage de médecins de famille enseignants sont nécessaires pour assurer une supervision de qualité.

La gestion des activités intégrées est complexe tandis que l'établissement et le suivi des horaires des résidents imposent de lourdes contraintes administratives.

### Contenus de formation

Bien qu'elles enrichissent l'exposition clinique, le grand nombre d'expériences pédagogiques périodiques amène un risque de fragmentation et de morcellement de l'apprentissage. Une exposition répétée et répartie sur une longue période est-elle plus profitable qu'un apprentissage intensif durant quatre semaines ? La recherche d'un équilibre entre le global et le spécifique, le continu et le fragmenté est essentielle. Le principe du meilleur apprentissage possible doit continuer de guider notre démarche.

### Gestion du stress des résidents

La multiplicité des activités cliniques dans une semaine nécessite des déplacements chronophages d'un lieu à un autre. Elle entraîne les résidents dans une course pour respecter les horaires et les force aussi à s'adapter rapidement à divers contextes et contenus sans transition. Les responsables doivent être conscients de ces contraintes et tenter de regrouper les activités cliniques.

### Compétences des enseignants en médecine familiale

Parce que l'enseignement repose davantage sur eux, les médecins de famille, responsables de certains apprentissages autrefois délégués aux médecins des autres spécialités, sont appelés à consolider et à accroître leurs compétences cliniques et pédagogiques. Les départements universitaires de médecine familiale doivent les soutenir dans leur formation.

### Collaboration pédagogique et clinique avec les médecins spécialistes et les autres professionnels

La formation centrée sur la médecine familiale ne doit pas exclure les collègues spécialistes. La contribution de ces derniers s'inscrit dans un nouveau partenariat en vertu duquel ils n'enseignent plus ce qu'ils jugent pertinent dans leur propre domaine d'expertise, mais ce qui est spécifiquement exigé par le programme de résidence en médecine familiale.

Cette transformation doit être l'occasion de mettre en place un modèle de pratique clinique et d'enseignement

qui intègre les autres professionnels de la santé, comme les infirmières, les physiothérapeutes et les pharmaciens.

La formation des médecins de famille doit préparer à la collaboration, compétence essentielle qui s'acquiert au contact de collègues dont l'expertise spécifique est différente et complémentaire. Les futurs médecins de famille gagneront à faire reconnaître et respecter la discipline qu'ils ont choisie en travaillant de concert avec les autres cliniciens.

### Évaluation des résidents

Les activités cliniques intégrées que les résidents effectuent hors de l'UMF représentent une zone aveugle pour les responsables de l'évaluation. En effet, ces derniers ne peuvent observer les résidents et évaluer leur niveau de compétences dans ces différents contextes. Ils doivent être attentifs à recueillir les informations relatives à leur performance dans toutes les activités cliniques qui composent le stage intégré de médecine familiale.

L'adoption d'une formation centrée sur la médecine familiale est souhaitable, mais sa mise en œuvre doit être réfléchie et progressive pour tenir compte de ces différents enjeux. Dans cette perspective, elle doit faire l'objet d'une évaluation périodique.

**C**OMMENT EXPLOITER de la façon la plus efficace possible cette courte période de résidence en médecine familiale ? Une formation centrée sur la médecine familiale est un élément de réponse.

Ce concept répond mieux aux besoins de formation des futurs médecins de famille, respecte les courants pédagogiques actuels, revalorise le rôle du médecin de famille et fait progresser la réflexion sur la discipline de la médecine familiale.

Pour toutes ces raisons, ce changement est incontournable et il est vraisemblable que le Collège des médecins de famille du Canada fera bientôt de ce concept une norme d'agrément<sup>2</sup> pour tous les programmes de médecine familiale au Canada. 📡

### Bibliographie

1. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E et coll. Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1. Mississauga. Collège des médecins de famille du Canada ; 2011. Site Internet : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/\\_PDFs/Triple\\_C\\_Compentency\\_FR\\_w\\_cover\\_Sep29.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/Triple_C_Compentency_FR_w_cover_Sep29.pdf) (Date de consultation : le 25 octobre 2011).
2. Gutkin C. Nouveau cursus axé sur les compétences en médecine familiale. *Can Fam Physician* 2011 ; 57 (7) : 855.