

## Formation en médecine d'urgence au Canada : tirer les leçons du passé pour préparer l'avenir

Tim Rutledge, MD

VOIR ARTICLE CONNEXE À LA PAGE 104

ENGLISH VERSION ON PAGE 108

La médecine d'urgence est reconnue au Canada comme une spécialité depuis un quart de siècle. Or, deux questions se posent : en quoi notre discipline se distingue-t-elle et sommes-nous prêts à faire face aux défis qui se présenteront dans les années à venir? À ce stade-ci, il semble approprié de réfléchir à ce que nous avons appris au cours des 25 dernières années et de nous pencher sur des questions difficiles concernant les futurs besoins en médecine d'urgence des Canadiens et des Canadiennes.

On peut facilement comprendre pourquoi la notion « médecin d'urgence » au Canada n'est pas claire. Nos effectifs se composent de praticiens provenant de divers milieux et possédant des titres de compétence tout aussi variés. Au Canada, il existe deux voies distinctes menant à l'obtention d'un certificat en médecine d'urgence (MU) agréé par deux collèges différents. De plus, les résultats du sondage national auprès des médecins effectué en 2004 indiquent que la majorité des médecins pour qui la salle d'urgence constitue le principal milieu de pratique ne détiennent aucun certificat spécialisé en MU.<sup>1</sup> Ceci n'est pas surprenant, compte tenu du fait que nos programmes de résidence ne produisent pas suffisamment de diplômés pour répondre à la demande. Bon nombre de médecins d'urgence ont été formés « sur le tas » et ont ainsi acquis des connaissances considérables.

Notre double système de formation est plutôt le fruit d'opinions politiques que de planification judicieuse. À la fin des années 70 et au début des années 90, les deux collèges canadiens ont été sollicités pour établir des programmes de formation en médecine d'urgence, proposition

qu'ils ont tous deux rejetée au départ. Certains membres du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (CRMCC) étaient réticents à accepter la MU comme une spécialité, et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) craignait que la création d'un programme spécialisé n'entraîne la fragmentation de la médecine familiale, préoccupation encore présente de nos jours. Ainsi, un comité conjoint a été créé pour décider qui était le mieux placé pour héberger cette nouvelle discipline et déterminer le format optimal de son programme de formation. (Communication verbale : Paul Rainsberry, directeur général associé, médecine familiale universitaire, janvier 2008). Les deux collèges ne sont pas parvenus à un consensus en raison d'objectifs politiques mal orientés. Ils ont donc créé leurs propres programmes de formation en MU dont les idéologies et les objectifs diffèrent.<sup>2,3</sup> Pour les partisans du CMFC, la médecine d'urgence était synonyme de prestation de soins actifs primaires et représentait un prolongement naturel du programme de résidence en médecine familiale. Le programme de troisième année CMFP (MU) a été conçu pour les diplômés en médecine familiale qui veulent acquérir des compétences spécialisées en MU, et le premier examen en vue d'un certificat a eu lieu en 1982. De son côté, le CRMCC, qui cherchait à placer la médecine d'urgence au même niveau que les autres spécialités, a mis au point un programme conçu pour former des urgentologues universitaires. Le premier examen du CRMCC en vue d'obtenir la désignation FRCPC avec certificat de spécialiste en médecine d'urgence a eu lieu en 1983.

Directeur de la formation médicale, Hôpital général de North York, Toronto (Ont.) et professeur agrégé, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ont.)

Les opinions exprimées dans les éditoriaux sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement celles du *JCMU* ou de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

*JCMU* 2008;10(2):111-3

Et voici qu'un quart de siècle plus tard, nous avons une discipline divisée, avec deux programmes de formation comportant des objectifs visiblement distincts. Ce que nous avons appris cependant, c'est que les diplômés de ces deux programmes ne peuvent être facilement placés selon les plans de carrière prévus. Dans le vrai monde, les médecins d'urgence issus de ces deux programmes entreprennent diverses carrières qui se chevauchent considérablement. Il a été suggéré qu'il s'agit peut-être là d'un échec des deux programmes à atteindre leurs objectifs.<sup>4</sup> À mon sens, cela met clairement en évidence le fait que les carrières évoluent au fil du temps. Il serait dommage que nos options de carrière soient limitées indûment en raison d'une décision prise à l'école de médecine.

J'estime qu'il est temps que nous abordions une question essentielle : peut-on vraisemblablement justifier la poursuite de deux programmes distincts de formation pour une seule discipline? Les médecins d'urgence canadiens sont nombreux à avoir communiqué leur opinion à ce sujet, certains avec beaucoup de passion.<sup>2-11</sup> Ce sujet comporte de nombreuses questions délicates qui risquent de semer la zizanie. En 1998, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a créé un groupe de travail afin de consulter les médecins d'urgence au Canada et d'étudier la possibilité d'établir un programme de formation unifié.<sup>12</sup> Cette initiative n'a pas fait long feu, car le groupe de travail a rapidement déterminé qu'un consensus ne serait pas obtenu. Je considère que les avantages de remettre cette question sur le tapis dépassent les risques. Un franc débat sur le sujet pourrait et même devrait favoriser la collaboration et au final renforcer notre discipline.

Notre système actuel fonctionne-t-il bien? Du côté positif, la qualité des soins d'urgence au Canada est en général excellente. Les spécialistes de la médecine d'urgence du milieu de la recherche universitaire ont apporté une énorme contribution au monde de la littérature. Habituellement, les médecins d'urgence issus des deux programmes travaillent bien ensemble et, au cours de leurs carrières, se sont rarement heurtés à des obstacles. Les chefs de file de notre discipline, qu'il s'agisse d'universitaires, de chercheurs, d'administrateurs ou de leaders politiques, sont issus des deux programmes d'études.

Une discipline divisée comporte néanmoins des inconvénients évidents. Certains services d'urgence ont adopté des politiques de recrutement exclusives. On a privé des résidents d'un des programmes d'études d'acquérir une expérience clinique précieuse auprès de membres de la faculté de l'autre programme. Cette situation est déplorable, car il y a au pays d'excellents enseignants en médecine d'urgence dans chacun de ces programmes. La coexistence

de ces deux programmes mène inévitablement à une rivalité pour l'obtention de ressources et entrave la possibilité de travailler en synergie. Qui plus est, l'existence de deux profils d'études porte à confusion pour les étudiants en médecine qui envisagent une carrière en MU. Il leur est en effet difficile de choisir le programme le plus approprié.<sup>8</sup> Comme ces deux programmes ont des objectifs précis qui vont au-delà de la formation de médecins d'urgence cliniciens compétents, ils sont, par nature, tous deux inefficaces. En fait, on pourrait aller jusqu'à dire que le Canada n'a pas de programme visant précisément à former des médecins d'urgence cliniciens.

Il est temps d'entamer un dialogue sur la structure optimale et la fonction que devrait prendre la formation en médecine d'urgence. La pratique de la médecine d'urgence est de plus en plus complexe. Face aux changements démographiques menaçants de la population et de nos effectifs, nous devons trouver un moyen efficace de former un nombre important de médecins d'urgence clinique. Malheureusement, aucun des deux programmes existants n'est en mesure de le faire. Le CMFC (MU) peut sembler le programme le plus efficace. Or, le nombre de cours portant sur la médecine familiale sur une période de 3 ans dépasse de beaucoup ce dont ont besoin les résidents qui comptent pratiquer la médecine d'urgence à temps plein. Les décideurs craignent aussi les effets secondaires de ce profil d'études, car ils tendent à éloigner les médecins qui ont reçu une formation en médecine familiale d'une pratique intégrale. Le programme FRCPC(MU) du Collège royal est, quant à lui, long et, conformément à sa vocation universitaire, forme des médecins d'urgence qui ont tendance à œuvrer dans des centres de soins de troisième ligne, ne travaillant souvent qu'à temps partiel en pratique clinique.

Ce qu'il nous faut, c'est un seul programme de résidence en médecine d'urgence pouvant former effectivement et efficacement des médecins d'urgence compétents. J'estime que nous pouvons accomplir cet objectif avec un programme triennal et que la médecine familiale devrait comporter une voie d'accès. Par surcroît, toute formation pertinente devrait être reconnue, réduisant ainsi la durée du programme pour les diplômés en médecine familiale. Outre le programme de base en médecine d'urgence, un programme additionnel d'un à deux ans devrait être offert à ceux et celles qu'une sous-spécialité ou une carrière universitaire intéressent. La souplesse d'un tel programme offrirait aux diplômés un grand choix de carrières tout en unifiant la formation en MU.

On ne sait trop si l'un ou l'autre de nos collègues nationaux serait suffisamment adaptable pour mettre au point un tel programme et en assurer l'agrément. Il pourrait s'agir d'une occasion pour les collèges de collaborer à un

programme agréé conjointement. Il est probable que notre discipline ne concorde pas avec les mandats de ces deux collèges, car nous sommes à la fois spécialistes et généralistes. C'est pourquoi la possibilité de créer un collège canadien de médecins d'urgence, tel qu'il a été suggéré précédemment<sup>2</sup> est une solution qui mérite d'être envisagée.

Les programmes de résidence devraient être conçus avec deux objectifs en tête : 1) répondre aux besoins en formation des étudiants; 2) former des diplômés qui pourront répondre aux besoins de la population. Idéalement, les intentions politiques de collèges ou de départements universitaires, les besoins des enseignants ou les exigences en matière de services des hôpitaux universitaires ne devraient pas entraver ces objectifs. Partant de ce fait, deux points me préoccupent relativement à la formation en médecine d'urgence postdoctorale.

Premièrement, il importe que nous formions des médecins d'urgence qui puissent pratiquer dans toutes sortes de milieu et que nous évitions la tendance actuelle de former des médecins pour les centres hospitaliers universitaires en milieu urbain. Les diplômés doivent être conscients des réalités que présentent les divers cadres de pratiques.

Tous les programmes en MU devraient offrir des rotations de base dans des centres de soins communautaires et des centres hospitaliers en milieu rural leur offrant divers points de vue et où ils pourront acquérir une expérience précieuse.

Deuxièmement, je pense que le tronc commun de tous les programmes en MU devrait comprendre des rotations en médecine familiale. Songez au nombre de fois que nous conseillons aux patients de consulter leur médecin de famille. Nos diplômés doivent comprendre les réalités de la pratique en médecine familiale et ce qui peut être vraisemblablement accompli dans une clinique communautaire. Ceci permettrait également aux futurs médecins de famille de mieux comprendre les facteurs qui influent sur la décision que prennent les médecins de famille de diriger leurs patients vers les services d'urgence. Outre leurs points de vue utiles sur le système que les enseignants en médecine familiale offrent, il y a de nombreuses leçons à tirer de leurs pratiques, tout particulièrement le fait qu'ils favorisent une approche humaine et axée sur le patient. J'ajouterais qu'il y a plus de chevauchement entre les rôles des médecins de famille et des médecins d'urgence que ce qui est généralement reconnu. Je ne peux pas nier que personnellement, ma formation en médecine de famille m'a été d'une grande utilité.

Peu importe la forme qu'épouseront les programmes de formations postdoctoraux à l'avenir, nous devons en arriver à ce que la MU au Canada soit vue par tout un chacun comme une discipline unique. Notre système d'éducation devrait favoriser des liens de collaboration et de soutien

parmi tous les médecins qui pratiqueront la MU. Je n'ai malheureusement pas la réponse à toutes les questions difficiles que nous devons débattre, mais un principe fondamental me semble évident : l'unicité de la médecine d'urgence est indéniable et son programme de formation devrait être unifié. J'estime qu'il est temps que l'ACMU tienne un forum national à ce sujet. Cette association professionnelle qui est nôtre doit jouer un rôle clé dans l'aiguillage de la formulation d'une vision partagée sur ce que devrait être la médecine d'urgence au Canada et sur ce qu'elle sera. L'ampleur de notre succès relativement à ces enjeux aura un impact sur la santé de notre discipline et, à son tour, sur le système de soins de santé dans son ensemble.

**Conflits d'intérêts :** Le Dr Tim Rutledge est titulaire du certificat CMFP (MU) et fellow du Collège des médecins de famille du Canada. Il est professeur agrégé au département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto.

**Mots clés :** formation, médecine d'urgence, certificat, résidence, agrément

## Références

1. Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada. Sondage national des médecins 2004. Disponible sur : [www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2004\\_Survey/2004nps-f.asp](http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2004_Survey/2004nps-f.asp) (Consulté le 7 janvier 2008).
2. Etherington J. An immodest proposal: the future of emergency medicine training in Canada. CAEP Communiqué 1997-98; Winter:16-9.
3. The FRCPC vs. the CCFP(EM) [Lettres à la rédaction]. Voir l'échange de correspondance dans : CAEP Communiqué 1998; Spring:7-9.
4. Ducharme J, Innes G. The FRCPC vs. the CCFP(EM): Is there a difference 10 years after residency? CAEP Communiqué 1997; Fall:1-4.
5. The FRCPC vs. the CCFP(EM) [Lettres à la rédaction]. Voir l'échange de correspondance dans : CAEP Communiqué 1997-98; Winter:7-13.
6. Murray M. Challenges for 1998 [Lettre du président]. CAEP Communiqué 1997-98; Winter:14-15.
7. On unified training [Lettres à la rédaction]. Voir l'échange de correspondance dans : CAEP Communiqué 1998; Summer:7-11.
8. Gray S. Emergency residency training [Lettre à la rédaction]. CAEP Communiqué 1998; Fall:5.
9. Ducharme J. Preparing emergency physicians for the future. CMAJ 2003;168:1548-9.
10. Steiner IP. Emergency medicine practice and training in Canada. CMAJ 2003;168:1549-50.
11. How to train emerg docs. Voir l'échange de correspondance dans : CMAJ 2003;169:389-92.
12. Grunfeld AF. The Task Force on Emergency Medicine Training. CAEP Communiqué 1998; Summer:1-2.

**Correspondance :** Dr Tim Rutledge, Hôpital général de North York, 4001, rue Leslie, pièce 630N, Toronto ON M2K 1E1; [t.rutledge@utoronto.ca](mailto:t.rutledge@utoronto.ca)