



# ÉNONCÉ DE POSITION

Principes sur les disciplines  
d'entrée et le cadre de la réforme  
de l'enseignement médical

Novembre 2015

Médecins résidents du Canada (MRC)  
représente plus de 10 000 médecins  
résidents à travers le Canada. Établis en  
1972, nous sommes un organisme à but  
non lucratif offrant à nos membres une  
voix nationale unie. MRC collabore avec  
les autres organismes nationaux de santé  
dans le but d'encourager l'excellence  
dans la formation, le mieux-être et  
les soins axés sur le patient.

# Principes sur les disciplines d'entrée et le cadre de la réforme de l'enseignement médical

Lorsque le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (Collège royal) fut créé par une Loi du Parlement en 1929 afin de superviser l'enseignement médical postdoctoral au Canada, il n'y avait que deux spécialités : la médecine générale et la chirurgie générale. En 1954, le Collège de la pratique générale du Canada (qui deviendra le Collège des médecins de famille du Canada [CMFC] en 1967) fut créé avec le mandat d'établir un programme de formation postdoctorale menant à l'accréditation en médecine familiale.

Au fil du temps, le nombre de disciplines de formation en résidence reconnues par le Collège royal et le CMFC a considérablement augmenté. Le nombre de disciplines et de surspécialités maintenant disponibles pour les stagiaires postdoctoraux inclut 29 spécialités du Collège Royal, 36 surspécialités et 16 programmes agréés de domaines de compétence ciblée (diplômes), ainsi que 19 domaines de compétences avancées en médecine familiale.<sup>1</sup>

Selon le rapport Maudsley (1996), le processus par lequel les disciplines d'entrée en formation médicale postdoctorale (FMPD) sont créées est régi par une prémisse générale :

« L'objectif principal de l'enseignement médical spécialisé postdoctoral est de préparer un nombre et une gamme convenable de médecins consultants et de chirurgiens avec les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour répondre aux besoins de la société canadienne. »<sup>2</sup>

Les disciplines d'entrée, c'est-à-dire les programmes de formation auxquels s'inscrivent les étudiants en médecine au début de leur résidence, sont depuis longtemps un sujet d'intérêt et de discussion. Ce document présente l'état actuel des disciplines d'entrée dans le système d'enseignement médical postdoctoral canadien et suggère des principes pour leur évaluation au niveau national.

## Besoins sociétaux

Les disciplines d'entrée ont un profond impact social dans le cadre des soins de santé, où les médecins résidents jouent un rôle double en tant que stagiaires postdoctoraux et fournisseurs de soins de santé :

« ... les établissements d'enseignement médical remplissent une double fonction : en tant qu'établissement d'enseignement, ils répondent aux besoins d'éducation et de formation de ses étudiants, et en tant que composante du système de soins de santé, ils ont la responsabilité de comprendre et de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé. »<sup>3</sup>

---

1 Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *Directions for Residency Education, 2009. A Final Report of the Core Competency Project*. Février 2009, Ottawa.

2 Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *Final Report of the Task Force to Review Fundamental Issues in Specialty Education* (Maudsley Report). Ottawa, 1996. p. 1.

3 White, Kerr L. and Julia E. Connelly. *Redefining the Mission of the Medical School in "The Medical School's Mission and the Population's Health"*, Foreword p. v.

En tant que structure de base de l'enseignement médical postdoctoral, la gamme des disciplines d'entrée guide ultimement le nombre de médecins vers différentes spécialités et différents endroits à travers le pays. Puisque l'enseignement médical postdoctoral au Canada est subventionné en grande partie par le gouvernement, tous les citoyens et citoyennes contribuables sont investis dans la formation en médecine et s'attendent à ce que la gamme de médecins réponde à leurs besoins où ils vivent.

## Prise de décision concernant les disciplines d'entrée

Le système d'enseignement médical est actuellement dans une période de changements importants. Au fur et à mesure que l'enseignement médical axé sur les compétences est mis en place et que le système de soins de santé est soumis à des tensions croissantes à cause des pressions démographiques, tous les aspects du système d'enseignement médical ont fait l'objet d'un examen approfondi.<sup>4</sup> La plupart des disciplines d'entrée, à l'exception de la médecine familiale et des domaines de compétences approfondies du CMFC, sont en fait établies par le comité des spécialités du Collège royal.<sup>5</sup> Ce comité examine régulièrement les disciplines d'entrée et les surspécialités et considère le bon équilibre et le bon type de spécialistes afin de répondre aux besoins des patients canadiens. Bien que la définition de chaque discipline d'entrée a évolué et a été adaptée au fil des ans, très peu ont été supprimées.<sup>6</sup> De plus, ni le gouvernement ni les autres organismes médicaux nationaux ne participent aux décisions concernant les disciplines d'entrée.<sup>7</sup>

En revanche, la planification des ressources humaines en santé (RHS) est ancrée dans le principe que la distribution des spécialistes devrait servir et être responsable envers la population canadienne. La planification des RHS attire constamment l'attention des gouvernements et des intervenants en enseignement médical. Le système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER) a été établi en 1986 par le biais d'un partenariat entre les gouvernements fédéraux/provinciaux/territoriaux et les organismes médicaux nationaux avec le mandat de recueillir des données démographiques et de formation des stagiaires postdoctoraux.<sup>8</sup> CAPER publie des données annuelles concernant les démographiques, les spécialités et les emplacements de tous les médecins résidents postdoctoraux. Ces données ont avisé plusieurs autres groupes possédant un intérêt dans la planification des RHS.

En 1992, la Conférence des sous-ministres de la santé a établi le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale (CNCFMP)<sup>9</sup> composé de représentants des gouvernements provinciaux et fédéraux et des organismes médicaux nationaux. Son mandat est d'examiner plusieurs enjeux en planification des RHS, y compris la transférabilité de la formation et la surproduction perçue de médecins spécialistes. Plus récemment, les préoccupations en planification des RHS ont poussé les gouvernements fédéraux et provinciaux à créer et à financer le groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux qui inclut des intervenants en médecine et des représentants des gouvernements.<sup>10</sup> Le groupe de travail s'active sur une variété de questions en RHS, y compris la modélisation de la fourniture des ressources humaines en santé au Canada.

---

4 White, Kerr L. and Julia E. Connelly. *Redefining the Mission of the Medical School in "The Medical School's Mission and the Population's Health"*, Foreword p. v.

5 Carraccio, Carol. *Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies*. *Academic Medicine*. 2002; 77 : 361-7.

6 Forum médical canadien. *Report of the Working Group on the Common PGY-1*. Co-Chairs : Dr. Sarita Verma and Dr. James Clarke. Approuvé par le Forum médical canadien aux fins de discussion, Juin 2004.

7 Verma S, Birtwhistle M. Letter to Dr. Mikhael and Dr. Kline, Juin 4, 2003.

8 Association médicale canadienne. *Adapting To The New Reality. First Invitational Conference On Flexibility In Career Choice*. Rapport préliminaire. Ottawa, 1997. <http://www.caper.ca>

9 Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale

10 Conférence des sous-ministres de la Santé, Juin 2012

## La généralité dans les disciplines d'entrée

En médecine, la généralité est définie comme étant :

« Une philosophie de soins qui se traduit par un engagement envers l'étendue et la variété de la pratique au sein de chaque discipline et une collaboration avec l'équipe de soins de santé dans son ensemble afin de répondre aux besoins des patients et de la collectivité. »<sup>11</sup>

Les nouvelles technologies médicales et le corpus croissant d'informations et de connaissances médicales ont rendu le domaine des soins de santé plus complexe. Cette complexité croissante est accompagnée d'un phénomène de spécialisation et de surspécialisation au sein de la profession médicale et du système d'enseignement médical. Des préoccupations ont fait surface du fait que ce niveau de spécialisation lors de la formation médicale ne permet pas aux médecins de desservir de manière optimale les besoins des patients canadiens, puisque la généralité garantit la coordination des soins.<sup>12</sup>

La reconnaissance que les disciplines d'entrée devraient promouvoir les compétences générales parmi les stagiaires postdoctoraux n'est pas un développement récent. En 1998, le Collège royal a publié le rapport Langer, intitulé « Un nouvel examen des spécialités et surspécialités du Collège royal », qui recommande une approche où « les spécialités sont regroupées dans des catégories génériques comportant des éléments communs concernant les principes et les approches. »<sup>13</sup> Le rapport cite « l'amélioration de la flexibilité pour les choix de carrière parmi les stagiaires » comme un avantage d'une telle approche. Les organismes médicaux nationaux ont publiquement exprimé leur volonté d'encourager et de favoriser une culture de généralité parmi les médecins praticiens, et Médecins résidents du Canada (MRC) croit que cela devrait être également associé à la formation en résidence.

Il semble y avoir actuellement un écart entre les programmes d'enseignement médical postdoctoral et le désir de promouvoir la polyvalence et la généralité chez les stagiaires. Les programmes de formation médicale postdoctorale sont formés par les stages obligatoires que doivent accomplir les médecins pour être jugés compétents et admissibles de subir l'examen d'accréditation (ou de certification) et de pratiquer indépendamment dans le domaine de leur choix. Ceci est déterminé par le CMFC et le Collège royal et oriente la formation et la pratique future des médecins résidents. Certaines structures de stages mettent l'accent sur les concepts et les compétences qui encouragent la poursuite de la surspécialisation au long de la résidence, ce qui peut nuire au développement de la généralité lors de la pratique. La perte de la généralité au profit de la spécialisation peut nuire à la diversité des compétences et des expériences requises par les diplômés afin de leur permettre de servir dans des endroits et des contextes où l'on a le plus besoin d'eux.

## Les doubles rôles du médecin résident

Au fur et à mesure que le nombre de surspécialités augmente, les résidents sont répartis parmi un plus grand nombre de stages de surspécialisation. Cependant, puisque les résidents jouent un double rôle en tant que stagiaire et fournisseur de soins de santé, certains programmes peuvent souhaiter maintenir des postes de formation pour les besoins en services actuels, comme les quarts de travail et apporter de l'aide lors de procédures, plutôt que des objectifs à long terme, comme celui de répondre aux besoins de la po-

11 Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *Report of the Generalism and Generalist Task Force*, Juillet 2013.

12 Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *Report of the Generalism and Generalist Task Force*, Juillet 2013.

13 Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. *A Re-examination of the Royal College specialties and subspecialties* [rapport Langer]. Ottawa, 1996.

pulation ou préparer les résidents pour des occasions de pratique à l'avenir. Demander aux résidents de compléter un stage dans le simple but d'offrir des services entrave leur capacité d'effectuer des stages qui peuvent mieux les préparer à répondre aux besoins variés des communautés canadiennes. La responsabilité envers le public canadien doit l'emporter sur les considérations comme combler les besoins en service des programmes individuels.

## Les disciplines d'entrée aujourd'hui

Il est de plus en plus à craindre que le système actuel des disciplines d'entrée ne produise pas des effectifs médicaux qui répondent le mieux aux besoins des patients canadiens. L'accès aux soins médicaux est un droit humain fondamental et il est de la responsabilité de notre système de soins de santé public de satisfaire aux besoins de tous les Canadiens et Canadiennes. Il appartient donc au système de formation postdoctorale de développer la bonne combinaison, le bon type et la bonne distribution de médecins pour faire en sorte que le système continue de fonctionner le plus efficacement possible afin d'offrir les meilleurs soins qui soient.

Médecins résidents du Canada (MRC) a élaboré une série de principes à l'intention des éducateurs médicaux, les autorités sanitaires et les gouvernements à prendre en considération lors de discussions concernant la réforme des disciplines d'entrée et du système de l'enseignement médical.

MRC croit que la combinaison des disciplines d'entrée en formation médicale postdoctorale, ainsi que leur capacité à répondre aux besoins du système de soins de santé au Canada, doit continuellement être réévaluée afin d'assurer que celle-ci soit conforme aux besoins de la société et des patients, des compétences générales convenables et de la flexibilité de carrière et de pratique.

# Principe N° 1

## Responsabilité sociale

### Justification

La société canadienne contribue au financement de l'enseignement médical avec les attentes que les stagiaires postdoctoraux pratiquent la médecine et offrent des services médicaux qui répondent le mieux aux besoins des patients. Il n'est pas clair que l'augmentation du nombre de disciplines d'entrée et la surspécialisation ont permis d'améliorer les soins de santé pour les patients canadiens, et il n'existe pas non plus un système pour évaluer ceci actuellement ou à l'avenir.

### Appel à l'action :

1. Les disciplines d'entrée et les postes de résidence devraient être attribués en fonction des besoins sociétaux.
2. Un processus d'évaluation devrait être établi pour analyser régulièrement la capacité de chaque discipline à répondre aux besoins des patients canadiens.
3. Les décisions concernant les disciplines d'entrée devraient être explicites en ce qui concerne leurs conséquences sur la planification de la main-d'œuvre des médecins.

4. Les programmes de résidence devraient former les médecins afin qu'ils aient un savoir-faire diversifié favorisant l'employabilité et une réponse aux besoins de la population de patients.
5. La combinaison des disciplines d'entrée ou les postes de résidence dans les centres universitaires ne devraient pas être déterminés par les besoins en services (voir principe 4).
6. Les universités et les gouvernements devraient s'efforcer de maintenir un rapport adéquat entre les postes de formation de premier cycle et postdoctoral, tout en permettant de la flexibilité pour les transferts entre les programmes.

## Principe N° 2

### Coordination des décisions concernant les disciplines d'entrée

#### Justification

Malgré l'importance fondamentale des disciplines d'entrée en planification des ressources humaines en santé, la bonne combinaison de disciplines d'entrée et de surspécialités n'a pas été un sujet de discussion aux tables nationales comme le Groupe de planification des effectifs médicaux. Les décisions concernant les spécialités et les surspécialités restent la seule autorité du Collège royal et du CMFC, avec peu de surveillance ou de contribution de la part des autres intervenants et peu de paramètres de succès, voire aucun.

#### Appel à l'action :

1. Un groupe de travail national pancanadien devrait être créé afin d'examiner la combinaison actuelle de disciplines d'entrée et de surspécialisation en médecine et de travailler en collaboration avec le Groupe de planification des effectifs médicaux de sorte qu'aucun organisme ne peut à lui seul mandater leur création, leur maintien ou leur retrait. Le groupe de travail devrait inclure des organismes d'étudiants en médecine et de résidents, des intervenants nationaux en médecine, le Collège royal et le CMFC et les gouvernements fédéraux/provinciaux/territoriaux.
2. Ce groupe de travail mixte sur les disciplines devrait examiner les sources de données nationales afin de préparer des recommandations concernant les disciplines d'entrée. Les décisions concernant ces disciplines devraient être prises de façon collaborative parmi les intervenants.
3. Les décisions concernant la création, le maintien ou le retrait des disciplines d'entrée devraient être prises indépendamment (c.-à.-d. à l'extérieur) du processus de désignation des spécialités du Collège royal.
4. Les sondages nationaux auprès des médecins et des résidents devraient poursuivre leurs efforts afin de déterminer si les étudiants de premier cycle en médecine utilisent les données disponibles concernant les besoins de la population lors de la prise de décision à propos des programmes de résidence et les sites futurs choisis pour la pratique de la médecine.

# Principe N° 3

## Adaptabilité en formation en résidence

### justification

Tandis qu'auparavant, tous les diplômés en médecine commençaient leur formation postdoctorale avec un « internat par rotation », les étudiants en médecine et les résidents sont désormais tenus de choisir leur cheminement de carrière pendant les premières années de leurs années de formation en médecine, souvent avant d'être exposés à tous les stages cliniques fondamentaux. Ceci empêche les stagiaires de prendre une décision vraiment éclairée. Il existe un nombre limité d'options pour la réintégration ou le changement de spécialités et ces occasions ne sont pas guidées par les besoins des patients canadiens.

### Appel à l'action :

1. Les politiques de transfert des programmes de formation postdoctorale devraient être mieux structurées et coordonnées pour permettre la flexibilité lors de la formation en résidence, surtout pour les résidents qui désirent transférer vers des domaines de la pratique médicale qui répondent aux besoins de la population.
2. Les résidents devraient avoir la possibilité de suivre une formation dans des sites généralistes et communautaires tout au long de leur formation, y compris des sites ruraux et éloignés.
3. Les médecins praticiens devraient avoir la permission de s'inscrire à un deuxième programme de résidence ou de subir des examens pour faciliter leur accès aux effectifs dans les domaines requis par la population.
4. Les demandes pour les services aux hospitalisés ne doivent pas nuire aux expériences généralistes/ambulatoires.
5. Les facultés de médecine devraient promouvoir les programmes généralistes qui n'encouragent pas l'orientation précoce vers les disciplines de résidence.

# Principe N° 4

## Les programmes de formation médicale postdoctorale les plus appropriés pour la pratique future

### Justification

Tandis que certains programmes de résidence possèdent des programmes d'enseignements innovateurs afin de simplifier la transition vers la pratique, d'autres programmes peuvent obliger tous les résidents à compléter un ensemble cohérent de stages. Il est rare que les programmes de résidence permettent aux résidents d'orienter leur formation vers un environnement de pratique spécifique. Par exemple, un résident en chirurgie générale avec un intérêt vers la pratique communautaire générale peut encore être requis de compléter un grand nombre de stages surspécialisés dans des milieux universitaires tertiaires, mais ne pourrait pas obtenir la formation requise (p. ex. en obstétrique) pour atteindre ses objectifs professionnels.

**Appel à l'action :**

1. Les exigences de services aux centres universitaires ne devraient pas être utilisées pour déterminer les postes de disciplines d'entrée ou les stages de résidence obligatoires.
2. Les stages postdoctoraux devraient être définis par une orientation pédagogique qui répond aux besoins de la population desservie par la pratique future du résident. Chaque stage lors de l'enseignement postdoctoral du résident devrait avoir des objectifs pédagogiques précis.
3. Les programmes de formation postdoctorale devraient assurer que tous les résidents aient accès à des occasions de formation dans des environnements d'apprentissage diversifiés pertinents aux domaines de pratique future prévus, y compris des milieux communautaires et ruraux.
4. Les programmes de formation postdoctorale devraient soutenir la planification de carrière et les programmes de mentorat au sein de la formation médicale postdoctorale afin d'aider les résidents à identifier leurs forces professionnelles et les diverses occasions de pratique.
5. Un programme et un horaire servant à évaluer régulièrement les programmes de formation médicale postdoctorale qui considèrent les données nationales sur la main-d'œuvre, les besoins de la population et les objectifs de carrière des résidents devraient être établis.



222, rue Queen, bureau 402, Ottawa ON K1P 5V9  
Téléphone : 613-234-6448 | Télécopieur : 613-234-5292 | [info@residentdoctors.ca](mailto:info@residentdoctors.ca)

[residentdoctors.ca](http://residentdoctors.ca)