

# La formation et la pratique en médecine d'urgence au Canada: célébrons le passé pour évoluer vers l'avenir

Le Groupe de travail collaboratif sur l'avenir de la médecine d'urgence au Canada: Douglas Sinclair, MD\*<sup>†</sup>; Riyad B. Abu-Laban, MD, MHSc<sup>§¶</sup>; Peter Toth, MD, BSc, MSc<sup>¶||</sup>; Constance LeBlanc, MD<sup>\*\*††</sup>; Pamela Eisener-Parsche, MD<sup>††¶¶</sup>; Jason R. Frank, MD, MA(Ed)<sup>§§|||</sup>; Brian Holroyd, MD, MBA<sup>\*\*\*†††</sup>

## EXÉCUTIF RÉSUMÉ

La formation et la certification en médecine d'urgence (MU) au Canada consistent actuellement en deux voies de formation qui sont supervisées par deux collèges nationaux indépendants. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (le Collège royal) et le Collège des médecins de famille du Canada (le CMFC) offrent indépendamment des programmes de formation des résidents en médecine d'urgence dont les exigences et les objectifs sont différents (FRCPC-MU et CCMF(MU), respectivement). À l'origine, chaque programme était censé répondre à des besoins sociétaux différents en matière de santé. Dans les faits, les produits de ces programmes de formation se chevauchent énormément, et ont évolué pour satisfaire différemment les besoins de la population par rapport aux rôles que les deux collèges avaient prévu de jouer au départ, ce qui a entraîné de nombreux débats au sein du milieu de la médecine d'urgence au Canada.

Nous vous invitons à consulter le rapport intégral en ligne, sur l'un des sites Web des partenaires trilatéraux (ACMU, CMFC et Collège royal), ou en suivant ce lien: [www.caep.ca/resources/collaborative-working-group-final-report](http://www.caep.ca/resources/collaborative-working-group-final-report)

## PARAMÈTRES DU PROJECT

Le principal objectif que le Collège royal et le CMFC ont en commun est de veiller à ce que les diplômés en urgentologie dispensent des soins de grande qualité aux

patients qui se présentent dans les unités d'urgence partout au Canada. Le Groupe de travail collaboratif sur l'avenir de la médecine d'urgence au Canada (le Groupe de travail collaboratif) a été formé en 2013 dans le but de fournir des recommandations à l'Association canadienne des médecins d'urgence (l'ACMU), au CMFC et au Collège royal et était composé de sept (7) membres: le président et deux (2) membres nommés par chaque organisation, à savoir l'ACMU, le CMFC et le Collège royal. Le mandat du Groupe de travail collaboratif, y compris les rôles et les responsabilités, les membres, et le processus de prise de décisions figurent dans l'annexe A du rapport final.

Le présent rapport décrit les activités, les constatations et les recommandations du Groupe de travail collaboratif, dans le but ultime de préciser un cheminement qui améliore la formation et les soins en médecine d'urgence au Canada. Éclairé par la formation et la pratique actuelle et passée, le rapport du Groupe de travail collaboratif vise principalement à tracer la voie de l'avenir pour la médecine d'urgence au Canada.

## APPROCHE DU PROJECT

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour saisir les données et les synthétiser afin que le Groupe de travail puisse les étudier, notamment:

- Analyse de documents historiques, d'initiatives, et des points de vue du milieu de la médecine d'urgence – La documentation pertinente a fait l'objet d'un examen

Du \*St. Michael's Hospital, Toronto, ON; †Faculté de médecine et ‡Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto, ON; §Département de médecine d'urgence, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC; ¶Hôpital général de Vancouver, Vancouver, BC; ||Hôpital de la vallée du crédit, Trillium Health Partners, Mississauga, ON; \*\*Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie, Halifax, NS; ††QEII Centre des sciences de la santé, Halifax, NS; ‡‡Département de médecine familiale et §§Département de médecine d'urgence, Université d'Ottawa, Ottawa, ON; ¶¶Bruyère Soins continus, Ottawa, ON; |||Education spécialisée, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa, ON; \*\*\*Département de médecine d'urgence, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton, AB; and et le †††Réseau clinique stratégique d'urgence, Alberta Health Services, Edmonton, AB.

**Correspondance avec:** Douglas Sinclair, St. Michael's Hospital, 30 Bond Street, Toronto, ON M5B 1W8; Email: [sinclaird@smh.ca](mailto:sinclaird@smh.ca)

afin de bien comprendre les points de vue déjà décrits ou publiés du milieu de la médecine d'urgence, de se pencher sur les conclusions d'études publiées, et de revoir d'anciennes initiatives sur ces questions.

- Analyse comparative des voies de formation CCMF (MU) et FRCPC-MU – Une comparaison des buts, des objectifs, des parcours de formation et de la certification des deux voies a été réalisée.
- Élaboration de questions clés – D'octobre 2013 à février 2014, le Groupe de travail collaboratif a élaboré une série de questions clés (annexe B du rapport final) en harmonie avec les rôles et les responsabilités définis dans le mandat du groupe. Après avoir élaboré ces questions, effectué des recherches et déterminé que l'information actuellement disponible était plutôt limitée, on a décidé de réaliser un sondage national sur la formation en médecine d'urgence et les besoins de ressources humaines en santé.
- Communication avec les doyens aux études médicales postdoctorales des universités – Le 16 septembre 2014, une lettre a été envoyée par courrier aux dix-sept doyens aux études médicales postdoctorales des universités canadiennes pour leur demander leur point de vue sur les deux voies de formation indépendantes menant à une certification en médecine d'urgence au Canada.
- Sondage national sur la formation en médecine d'urgence et les besoins de ressources humaines en santé – À l'été 2015, un sondage a été effectué auprès des médecins certifiés CCMF(MU) et FRCPC-MU, des médecins CCMF intéressés par la médecine d'urgence, des résidents CCMF(MU) et FRCPC-MU, et des chefs des unités d'urgence. Le conseil d'éthique de la recherche de l'Université Dalhousie a approuvé ce sondage.
- Autres activités et communications avec des intervenants clés. Au cours de son mandat, le Groupe de travail collaboratif a communiqué avec plusieurs groupes et intervenants. Une liste des communications se trouve à la page 27 du rapport final.

#### **PRINCIPALES CONCLUSIONS TIRÉES DU SONDRAGE NATIONAL SUR LA FORMATION EN MÉDECINE D'URGENCE ET LES BESIIONS DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ**

Les conclusions tirées du sondage national effectué auprès des médecins certifiés CCMF(MU) et FRCPC-MU,

des médecins CCMF, des résidents en médecine d'urgence et des chefs des unités d'urgence étaient essentielles pour déterminer le contexte actuel des soins d'urgence au Canada, les perceptions sur les voies de formation, ainsi que les besoins en matière de formation et de ressources humaines en santé, actuels et futurs.

#### ***Profils de pratique des médecins exerçant actuellement la médecine d'urgence***

- Les médecins qui détiennent un certificat en médecine d'urgence exercent principalement dans des centres urbains plus ou moins grands. Les détenteurs d'une double certification ou du certificat FRCPC-MU exercent la médecine d'urgence presque exclusivement dans de grands centres universitaires en milieu urbain, tandis que le profil de pratique des détenteurs de la désignation CCMF(MU) est plus varié, ceux-ci exerçant dans des établissements urbains plus ou moins grands. Ces conclusions correspondent aux résultats des résidents en médecine d'urgence, la majorité des résidents FRCPC-MU et CCMF(MU) ayant indiqué qu'ils désirent pratiquer la médecine d'urgence à temps plein en milieu urbain.
- La proportion de détenteurs d'un certificat CCMF (MU) dont la pratique comporte un volet de médecine familiale est extrêmement faible dans toutes les unités d'urgence. L'exercice de la médecine d'urgence occupe la plus grande partie de la pratique clinique de tous les médecins détenant un certificat en médecine d'urgence.
- Les médecins détenteurs d'un certificat CCMF (non-MU) sont plus susceptibles de fournir des soins d'urgence en milieu rural, et constituent la vaste majorité de médecins qui fournissent des soins d'urgence dans les régions rurales et éloignées.

#### ***Harmonisation de la formation et de la pratique***

- La majorité des répondants qui exercent actuellement la médecine d'urgence (FRCPC-MU, CCMF (MU), CCMF) estiment que leur voie de formation les a adéquatement préparés à leur pratique clinique.
- Le taux d'efficacité du programme menant à la certification CCMF (non-MU) pour la pratique de la médecine d'urgence est plus susceptible d'être évalué positivement dans les petits centres.

- Les médecins certifiés et les chefs des unités d'urgence qui exercent à l'extérieur des régions rurales ou éloignées, ainsi que les stagiaires des deux programmes, ont la forte impression que la seule et unique formation CCMF (non-MU) est insuffisante afin d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer la médecine d'urgence. Ces chefs d'unités d'urgence et ces médecins certifiés ont souligné que leur plus grande inquiétude concerne la seule et unique formation CCMF (non-MU) pour exercer la médecine d'urgence dans les grands centres.
- Les réponses qualitatives des répondants ont indiqué que la préparation en vue de la pratique après l'obtention du diplôme dépend de la voie de formation et du milieu où ils ont l'intention d'exercer.
  - Selon le milieu où se trouve l'unité d'urgence, de 40 % (grands centres universitaires urbains) à 62,5 % (régions éloignées) des chefs d'unités d'urgence établies dans différents milieux ont indiqué que leurs besoins de personnel n'étaient pas entièrement comblés.
  - Les grands centres universitaires en milieu urbain (manque de personnel dans les unités d'urgence équivalant à une couverture de 11,3 heures par jour) et les grands établissements non universitaires en milieu urbain (manque de personnel dans les unités d'urgence équivalant à une couverture de 15,4 heures par jour) sont ceux qui rapportent faire face au plus grand nombre d'heures non couvertes.
- La majorité des chefs d'unités d'urgence prévoient une hausse du volume annuel de patients et une pénurie de personnel critique.

### ***Réflexions concernant l'approche actuelle pour la certification en médecine d'urgence au Canada***

- Les répondants au sondage ont indiqué les forces et les défis liés à deux collèges et à une double certification à l'égard de la formation des résidents en médecine d'urgence. De nombreux répondants ont plaidé en faveur d'un programme de formation unifié; toutefois, le Groupe de travail collaboratif considère que cela n'est pas possible pour le moment.
- Une analyse qualitative des données du sondage a révélé les quatre principales forces et les quatre principaux défis de l'approche actuelle.
  - Forces: L'approche actuelle comble les besoins canadiens, répond à l'immense superficie du Canada et à la répartition de la population et convient aux divers contextes, comprend les rôles de chaque type de praticien, et les deux voies forment des urgentologues compétents.
  - Défis: L'exposition insuffisante au contenu dans les deux voies, la durée inadéquate des programmes de formation, les inégalités entre les voies de certification, et le décalage entre les objectifs des programmes et la pratique.

### ***Répartition des médecins et besoins de personnel***

- Les besoins de personnel actuels ne sont pas entièrement couverts, peu importe le milieu où se trouve l'unité d'urgence.

### **CONSÉQUENCES DES CONSTATATIONS**

#### ***Manque actuel d'urgentologues certifiés et hausse prévue du déficit en ressources humaines en santé au cours de la prochaine décennie***

Le Groupe de travail collaboratif a élaboré un modèle concernant les ressources humaines en santé en vue de déterminer la pénurie actuelle et prévue d'urgentologues au cours de la prochaine décennie. Le modèle a permis de conclure qu'il manque actuellement 478 urgentologues au Canada. En l'absence d'une expansion de la capacité de formation de résidents en médecine d'urgence, ce manque devrait s'élever à 1071 urgentologues d'ici 2020 et à 1518 urgentologues d'ici 2025. La méthodologie, les limites et les hypothèses de ce modèle peuvent être trouvés à la page 66 du rapport final.

#### ***Décalage entre les objectifs des voies de formation des certifications FRCP-C-MU et CCMF(MU) et la réalité de la pratique de la médecine d'urgence pour les diplômés des programmes***

Les sondages effectués auprès des médecins détenant une certification en médecine d'urgence et les résidents en médecine d'urgence ont indiqué qu'une proportion substantielle de répondants est insatisfaite de l'approche actuelle en ce qui a trait à la formation et aux soins au Canada. Ce courant sous-jacent d'insatisfaction semble être attribuable à une multitude complexe de facteurs qui

divisent le milieu de la médecine d'urgence. Au sein d'une discipline relativement petite comme la médecine d'urgence, cette division est suffisamment intense pour entraîner une certaine animosité entre les détenteurs des différentes certifications et peut présenter d'importants défis dans le cadre d'un système de soins efficace.

Les données de notre sondage donnent à penser que le milieu de la médecine d'urgence semble préoccupé par le fait que certains médecins se retrouvent dans un rôle clinique pour lequel ils ne sont pas préparés à la fin de leur formation. Les problèmes concernant l'état de préparation des diplômés certifiés CCMF(MU) ou FRCPC MU pour exercer dans divers contextes semblent découler d'un décalage entre les objectifs de la formation et la réalité de la pratique.

#### *Médecins certifiés CCMF(MU)*

Le programme menant à la désignation CCMF(MU) consiste actuellement en deux années de médecine familiale, suivie d'une année de formation en médecine d'urgence. La courte durée de la formation en médecine d'urgence représente un défi pour les résidents du programme en ce qui concerne le respect de toutes les exigences en matière de compétences pour la pratique de la médecine d'urgence à temps plein à la fin de la formation. Les réponses qualitatives au sondage ont indiqué qu'il faut examiner la possibilité d'augmenter l'exposition des résidents aux secteurs essentiels de la médecine d'urgence et, étant donné les objectifs ultimes de carrière de ces futurs médecins, la possibilité de diminuer leur exposition à la médecine familiale clinique.

#### *Médecins certifiés FRCPC-MU*

Des répondants au sondage ont soulevé la question de la durée de cinq ans du programme menant à la désignation FRCPC-MU et de l'exposition limitée des résidents aux aspects de la médecine familiale clinique, en particulier les transitions des soins et les soins communautaires. Les résultats du sondage donnent à penser qu'il serait profitable que les diplômés du programme acquièrent une meilleure compréhension de la manière dont les soins dispensés dans les unités d'urgence s'intègrent dans le continuum de soins des patients.

#### *État des soins d'urgence en milieu rural au Canada*

De nombreux soins d'urgence dans les régions rurales et éloignées sont actuellement dispensés par des médecins

détenant une certification CCMF qui possèdent peu de formation en médecine d'urgence. Les résultats du sondage ont indiqué que le milieu de la médecine d'urgence (les détenteurs de la certification CCMF(MU) et FRCPC-MU, les résidents en médecine d'urgence des deux programmes et les chefs d'unités d'urgence des grands centres) a la forte impression que le programme de formation de deux années pour l'obtention de la certification CCMF(non-MU) n'est pas suffisant pour préparer adéquatement les médecins à pratiquer la médecine d'urgence comme principale discipline.

#### ***Préparation pour la pratique: appui d'une norme de soins pour le « patient zéro »***

Le Groupe de travail collaboratif a tenu compte d'un élément important pour analyser les données et effectuer des recommandations, à savoir qu'une des composantes primordiales de la pratique en médecine d'urgence veut que le « patient zéro » (le premier patient qu'un diplômé d'un programme de formation soigne à la fin de sa formation à titre de médecin traitant) mérite d'excellents soins dans tous les contextes, peu importe la certification du fournisseur de soins. Les énoncés consensuels suivants ont éclairé la vision et les recommandations du Groupe de travail collaboratif.

#### ***Hypothèses:***

1. Les deux voies de formation en médecine d'urgence au Canada sont de grande qualité et efficaces sur le plan pédagogique.
2. Les deux voies de formation attirent des apprenants de grande qualité.
3. Le Canada a actuellement besoin de plusieurs voies de formation pour dispenser efficacement aux Canadiens des soins d'urgence dans tous les contextes.
4. Le Canada a également besoin d'une formation en médecine d'urgence axée sur les régions rurales en vue de pouvoir répondre efficacement aux besoins des patients dans ce contexte.
5. Les deux programmes de formation en médecine d'urgence ne sont pas identiques, en raison de leur conception, de leur durée, de leurs expériences éducatives et de leurs objectifs.
6. Les différences et les distinctions entre les diplômés des deux programmes évoluent au fil du temps, à

mesure que les professionnels modifient la portée de leur pratique et approfondissent leurs connaissances pendant leur carrière.

### **Concepts proposés:**

1. Les deux programmes ne peuvent produire des diplômés identiques.
2. Il existe des différences qualitatives et quantitatives entre les diplômés des deux programmes à la fin de leur formation.
3. Les diplômés détenant une certification CCMF(MU), en raison de leur formation en médecine familiale et de leurs compétences, possèdent des compétences supplémentaires en tableaux cliniques qui chevauchent les soins ambulatoires en médecine familiale, y compris sans s'y limiter, des aptitudes générales en communication, en psychiatrie et en obstétrique, ainsi qu'une intégration avec la collectivité.
4. Les diplômés détenant une certification FRCPC-MU, en raison de leur longue formation en médecine d'urgence, possèdent des compétences supplémentaires, y compris sans s'y limiter, une expérience des soins intensifs, des compétences avancées en réanimation et en toxicologie, des compétences en pédiatrie, en recherche et, un degré d'expérience élevé en gestion de patients gravement malades.
5. Les différences qualitatives et quantitatives énumérées au numéro 4 ci-dessus sont plus évidentes chez les patients les plus malades et dans les situations où les patients se présentent à l'urgence dans des états plus complexes et inhabituels.
6. En raison des différences dans les programmes d'études, les apprenants de la certification FRCPC-MU reçoivent une formation supplémentaire dans certains domaines, notamment l'administration, la recherche et les soins précédant une hospitalisation.
7. Malgré ces différences majeures, la collaboration entre les collègues pour le perfectionnement des compétences en vue de dispenser des soins dans tous les cas qui se présentent à l'urgence est requise pour tous les apprenants en vue de pouvoir satisfaire en toute sécurité les besoins du « patient zéro ». Il semble que les diplômés du programme menant à la certification FRCPC-MU, en tant que spécialistes en médecine d'urgence, dépasseront ces exigences dans certains domaines. Parallèlement, la norme de soins requise pour être cliniquement compétent en

vue de dispenser des soins d'urgence doit être équivalente pour les diplômés du programme CCMF(MU) et du programme FRCPC-MU pour les cas courants dans les unités d'urgence des milieux où ils travaillent.

8. Grâce à l'expérience acquise, la sophistication des soins d'urgence dépassera les compétences minimales mentionnées ci-dessus pour les diplômés des deux programmes de formation; toutefois, les diplômés du FRCPC-MU bénéficient d'une meilleure formation et exposition officielle à la fin de leur formation que les diplômés du CCMF(MU).

Afin de progresser, les décisionnaires doivent mettre de l'avant des approches qui servent à la fois les patients en médecine d'urgence et les unités d'urgence. La réalité actuelle de la pratique au Canada est que les diplômés des deux programmes, le CCMF(MU) et le FRCPC-MU travaillent côte à côte cliniquement dans divers contextes, plus couramment dans de grands centres urbains. Les deux collègues peuvent avoir un effet positif sur les soins des patients en élaborant en collaboration des fondements parallèles de formation pour la prestation de soins en médecine d'urgence.

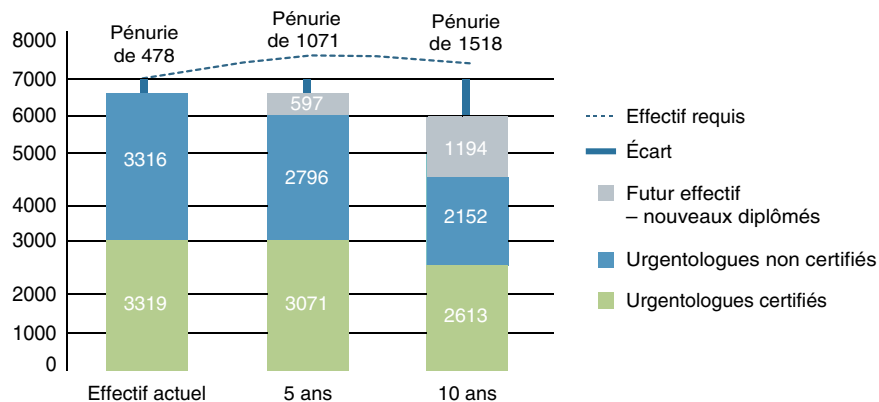
### **VISION ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL COLLABORATIF**

Les recommandations suivantes résument la vision collective du Groupe de travail collaboratif, et ont été formulées après avoir soigneusement analysé les résultats de la recherche et communiqué avec des intervenants clés. Les recommandations proposent un ensemble de mesures que les partenaires trilatéraux pourraient prendre pour favoriser l'avancement de la formation et de la pratique de la médecine d'urgence au Canada.

#### ***Pénurie de ressources humaines en santé***

Nous évaluons qu'il manque actuellement 478 urgentologues au Canada. Ce déficit équivaut en gros à la taille du corps étudiant d'une faculté de médecine canadienne. En l'absence d'une expansion de la capacité de formation de résidents en médecine d'urgence, cette pénurie devrait s'élever à 1071 médecins d'ici 2020 et à 1518 médecins d'ici 2025 (Figure 1).

Nous recommandons que l'ACMU, le CMFC et le Collège royal travaillent en collaboration en vue de plaider en faveur d'une forte expansion de la capacité de



**Figure 1.** Pénurie actuelle et prévue d'urgentologues à l'échelle nationale (à l'exception des régions éloignées)

formation de résidents en médecine d'urgence pour être en mesure de remédier à la pénurie actuelle et future d'urgentologues certifiés Canada. L'ACMU, le CMFC et le Collège royal sont encouragés à collaborer pour corriger le déficit actuel et futur de ressources humaines en santé en médecine d'urgence, évaluer le juste équilibre de médecins nécessaires pour combler ce déficit et plaider pour une expansion de la capacité des programmes selon le genre de diplômés requis en fonction de divers contextes. De plus, en consultation avec les deux collèges, les ministères provinciaux responsables de la santé doivent aussi travailler avec les bureaux d'études postdoctorales des facultés de médecine de leur province afin d'accroître le nombre de postes de diplômés en médecine d'urgence au Canada.

Conformément à sa mission de promouvoir les intérêts des urgentologues et de la spécialité au Canada, l'ACMU doit également recommander l'expansion des programmes de certification en médecine d'urgence, et veiller à ce que les regroupements influents soient tenus responsables de l'avancement de cette question.

### **Harmonisation des programmes de formation des résidents en médecine d'urgence du CMFC et du Collège royal**

Les besoins des patients sont satisfaits avec l'approche actuelle en matière de certification en médecine d'urgence au Canada; toutefois, certaines améliorations semblent nécessaires afin de rehausser l'efficacité et, conséquemment, les soins et l'utilisation des ressources pédagogiques. On prévoit qu'il y aura un continuum de médecins diplômés des programmes menant à la désignation CCMF(MU) et FRCPC-MU qui occuperont une variété de postes dans des unités

d'urgence canadiennes, le contexte de pratique de chaque médecin correspondant à ses compétences.

Le Groupe de travail collaboratif ne recommande pas un seul et unique programme de certification en médecine d'urgence; toutefois, l'appui considérable que cette solution continue de recevoir dans le milieu de la médecine d'urgence montre qu'il faut apporter des améliorations importantes au statu quo. Nous recommandons que les programmes menant à la désignation CCMF(MU) et FRCPC-MU réforment leurs objectifs de formation selon les buts suivants.

### **Programme menant à la désignation FRCPC-MU**

Le Collège royal doit se concentrer sur le perfectionnement de compétences importantes pour que les diplômés puissent dispenser des soins d'urgence aux patients qui se présentent dans les unités d'urgence de centres de soins communautaires, tertiaires, régionaux et urbains.

- Le Groupe de travail collaboratif pense que la mise en œuvre de l'approche par compétences du Collège royal de la formation en résidence à l'exercice de la médecine spécialisée dans le cadre du projet La compétence par conception peut répondre aux préoccupations relatives au programme de certification FRCPC-MU.
- Au cours du passage vers l'approche par compétences, le Collège royal devrait examiner le programme de certification FRCPC-MU pour y intégrer des compétences accrues en ce qui concerne le lien entre les soins primaires et d'urgence et le vaste continuum de soins dispensés à l'extérieur des unités d'urgence.
- Il faudra prêter une plus grande attention aux routes de pratique destinées aux diplômés du programme de certification FRCPC-MU pour obtenir une

formation harmonisée et efficiente. Par exemple, ajouter des compétences additionnelles pour les diplômés à la recherche d'une formation supplémentaire pendant leur résidence au Collège royal (dans des domaines comme l'éducation, l'administration, la recherche, les SMU, la toxicologie, etc.) et inversement se concentrer sur les compétences pertinentes pour ceux qui visent une pure pratique clinique de médecine d'urgence.

#### *Programme menant à la désignation CCMF(MU)*

Les données du sondage effectué par le Groupe de travail collaboratif sur les résidents et les médecins certifiés CCMF(MU) indiquent qu'une vaste majorité de diplômés du programme exercent ou ont l'intention d'exercer à temps plein la médecine d'urgence et non une combinaison de la médecine d'urgence et de la médecine familiale. Nous recommandons que le CMFC concentre ses efforts sur l'examen de la structure, des buts et des objectifs du programme pour faire en sorte que les diplômés soient compétents à la fin de leur formation et satisfaire la norme de soins relative au « patient zéro ».

- Les diplômés du programme de certification CCMF (MU) doivent posséder les compétences nécessaires pour dispenser des soins d'urgence aux patients dans de nombreux contextes, notamment dans les unités d'urgence de grands centres urbains, de centres de soins communautaires et régionaux de même que dans de plus petites unités d'urgence.
- Le programme d'études de la formation pour l'obtention de la certification CCMF(MU) doit faire l'objet d'un examen détaillé fondé sur l'approche par compétences pour s'assurer d'inclure les compétences nécessaires pour pratiquer en toute confiance la médecine d'urgence à temps plein à la fin de la formation. Au cours de cet examen, il importe de souligner que même si le programme pouvait continuer d'être suivi en trois ans, l'ajout de l'approche par compétences entraînerait certainement des modifications au programme traditionnel de deux ans plus une année et donnerait lieu à un autre arrangement en matière de rotation ou d'objectifs, ou, à une prolongation de la durée de la formation en médecine d'urgence.
- En raison des besoins variés des différents milieux où sont situées les unités d'urgence des détenteurs de

la certification CCMF(MU), l'ajout de quelques compétences essentielles au programme devrait être dicté par le futur contexte de pratique. La nature des deux années précédentes de formation pour la certification CCFP devrait également être examinée en fonction de chaque apprenant, étant donné qu'il existe une variabilité entre les programmes, particulièrement si l'accent est mis sur un centre rural ou urbain.

#### **Besoins de ressources humaines en santé dans les régions rurales et éloignées**

Les besoins de ressources humaines en santé dans les régions rurales et éloignées sont complexes, et il est peu probable que l'éventail complet des besoins de personnel en médecine d'urgence puisse être comblé par des médecins certifiés CCMF(MU) et FRCPC-MU dans un avenir prochain. La planification des ressources humaines en santé dans les régions rurales et éloignées nécessite un examen de nombreux soins médicaux autres que les seuls soins d'urgence. L'examen du programme CCMF (non-MU) et des problèmes liés aux soins d'urgence ne faisait pas partie du mandat du Groupe de travail collaboratif; toutefois, nous avons formulé quelques recommandations générales que nous vous communiquons brièvement en ce qui concerne le programme CCMF et la prestation des soins d'urgence.

Le CMFC est encouragé à examiner soigneusement les conclusions relatives aux régions rurales et éloignées et, étant donné que de nombreux médecins certifiés CCMF comblent les besoins de personnel essentiels en médecine d'urgence dans ces milieux, à réfléchir aux modifications à apporter au programme CCMF pour veiller à ce que les diplômés qui ont l'intention de travailler dans ces milieux aient acquis les compétences nécessaires pour dispenser des soins d'urgence. Nous recommandons que le CMFC, la Société de la médecine rurale du Canada, et d'autres intervenants clés continuent de travailler en collaboration afin de trouver des solutions pour offrir des soins d'urgence optimaux dans les régions rurales du Canada.

#### **Future collaboration des programmes CCMF(MU) et FRCPC-MU**

Une collaboration entre les deux collèges en ce qui concerne les programmes de résidence CCMF(MU) et

FRCPC-MU doit être mise en œuvre et tendre vers l'obtention de compétences cliniques pour chaque résident, selon leur trajectoire et contexte de pratique ultime, à la fin de la formation.

Nous recommandons que les deux collèges apportent des changements majeurs et collaborent aux questions relatives à leurs programmes de formation en médecine d'urgence et à l'évolution future de l'éducation et de la certification en médecine d'urgence au Canada, y compris sans s'y limiter:

- Collaboration entre le CMFC et le Collège royal en vue de clarifier, d'élaborer et de distinguer les buts de chaque programme, de souligner leurs différences, et ultimement, de veiller à ce que les compétences cliniques du « patient zéro » et les compétences non cliniques soient atteintes, et à ce que les deux programmes soient efficaces et efficaces dans l'atteinte de leurs objectifs.
- Optimisation des soins dispensés aux patients en élaborant en collaboration les fondements parallèles des soins d'urgence pour les deux voies de formation, ainsi que l'élaboration conjointe de jalons pour les soins cliniques selon l'approche par compétences pour les tableaux cliniques courants.
- Nominations d'observateurs l'un pour le compte de l'autre au sein des comités pertinents y compris sans s'y limiter le Comité de spécialité en médecine d'urgence du Collège royal et le Comité du programme CCMF(MU).

#### **Accès aux données du Groupe de travail collaboratif pour de futures activités de recherche**

Les résultats quantitatifs et qualitatifs du sondage national effectué par le Groupe de travail collaboratif sur la médecine d'urgence représentent une importante ressource collective pour les partenaires trilatéraux (l'ACMU, le CMFC et le Collège royal), de même que pour le milieu canadien de la médecine d'urgence, tant aujourd'hui qu'à l'avenir.

Les partenaires trilatéraux ou les membres du milieu de la recherche en médecine d'urgence devraient tous avoir accès aux données recueillies par le Groupe de travail collaboratif pour de futures initiatives de recherche. L'accès devrait être accordé exclusivement à des fins de recherche ou d'améliorations aux soins d'urgence dispensés à la population canadienne, et non à des fins commerciales. Il faudrait élaborer un

processus de demande officielle et le Groupe de travail collaboratif devrait continuer d'exister (ou un nouveau comité des partenaires trilatéraux pourrait être formé) afin d'examiner les demandes d'accès aux données brutes du sondage. L'accès serait autorisé sur approbation des trois partenaires trilatéraux et d'un conseil canadien d'éthique pour la recherche. Les partenaires trilatéraux devraient déterminer à l'avance d'autres facteurs concernant l'accès aux données du sondage comme la mécanique du projet, la propriété intellectuelle et la confidentialité.

La Figure 23 du rapport final fournit des exemples de futures questions de recherche potentielles auxquelles pourraient répondre les données du sondage réalisé par le Groupe de travail collaboratif.

#### **CONCLUSIONS**

Depuis la fin des années 1970, la formation en médecine d'urgence au Canada, de même que la pratique, a connu des transformations majeures. Avant d'être reconnue comme une discipline distincte au Canada, la médecine d'urgence était pratiquée dans les unités d'urgence par des médecins sans formation officielle

en urgentologie ou sans connaissance exhaustive des exigences propres à l'exercice de celle-ci. Pendant ce temps, les médecins qui dispensaient des soins dans les salles d'urgence ont déterminé le besoin sociétal d'une pratique consacrée aux personnes gravement malades ou blessées. La constitution de l'ACMU en 1978 et l'élaboration de programmes de résidence en médecine d'urgence par le Collège royal et le CMFC au début des années 1980 ont répondu efficacement aux besoins de la population canadienne. La médecine d'urgence est devenue une discipline universitaire et le milieu canadien de la médecine d'urgence est désormais reconnu internationalement pour l'excellence de ses soins cliniques, de son éducation et de ses recherches.

À mesure que la discipline continue d'évoluer et que les besoins en soins d'urgence des Canadiens deviennent de plus en plus complexes, en partie à cause de l'augmentation de la population vieillissante, le milieu de la médecine d'urgence doit maintenir des attentes élevées à l'égard de la formation et de la pratique de soins compétents dans tous les contextes.

Les recommandations formulées par le Groupe de travail collaboratif ne sont pas un jugement sur les variations actuelles en matière d'expérience et de certification au sein du milieu de la médecine d'urgence



d'aujourd'hui, mais représentent plutôt une vision collective pour l'avenir fondée sur les constatations du premier sondage exhaustif réalisé auprès de l'ensemble du milieu canadien de la médecine d'urgence (incluant les chefs des unités d'urgence, les médecins praticiens certifiés en médecine d'urgence par le Collège royal ou le CMFC, ainsi que tous les résidents en médecine d'urgence) et d'autres sources de données et d'analyses effectuées par le Groupe de travail collaboratif.

Le Groupe de travail collaboratif a déterminé qu'il existe une pénurie importante d'urgentologues, qui s'accroîtra à l'avenir, et a recommandé la prise de mesures urgentes pour remédier à ce problème. De plus, nous avons élaboré plusieurs stratégies pratiques pour le Collège royal et le CMFC afin d'améliorer et d'harmoniser les programmes de résidence en vue de rehausser les soins d'urgence et l'utilisation des ressources pédagogiques. Nous avons recommandé que l'ACMU continue d'être un partenaire important et un défenseur de la mise en œuvre de ces recommandations.

Le présent rapport et les recommandations qu'il contient représentent une contribution majeure à l'égard de l'amélioration des soins d'urgence pour tous les Canadiens en facilitant des changements significatifs à la formation et à la pratique. Nous remercions les partenaires trilatéraux pour leur vision qui ont établi le Groupe de travail collaboratif et exhortons tous les intervenants pertinents à participer le plus tôt possible pour que nos recommandations soient mises en œuvre au cours de la prochaine année.

**Remerciements:** Le Groupe de travail collaboratif sur l'avenir de la médecine d'urgence au Canada souhaite remercier sincèrement Mme Mona Bates, adjointe de direction au président du groupe de travail, dont l'expertise organisationnelle et le souci du détail ont grandement contribué à la réussite de ce projet. Aussi, le groupe de travail tient à remercier l'Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui, en vertu d'un contrat, a contribué à l'analyse et à la rédaction du rapport.