

Pourquoi la formation médicale est-elle si difficile à poursuivre?

Les opinions exprimées dans cet éditorial sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne ou ses filiales.

Une fois la résidence terminée, la poursuite de la formation médicale se révèle difficile. Il n'existe pas de programme clair à suivre et les médecins doivent créer leur propre calendrier dont l'évaluation s'échelonne sur de longues périodes. Autrefois, nous disposions de ressources limitées en matière de formation médicale continue (FMC). En théorie, les objectifs et les mandats de la FMC ont depuis élevé la barre pour ce qui est des apprentissages. Et pour y arriver, il a fallu plus de ressources, ce qui a donné lieu à une multiplication des cours et programmes de formation agréés par les sociétés médicales. Ainsi, graduellement, l'offre de ressources s'est adaptée à la demande. Reposant d'abord sur la participation à des activités de formation en personne lors de congrès généraux et de symposiums en médecine de spécialité, la FMC a évolué. Nous avons désormais accès à une foule d'activités de formation en présentiel ou en ligne et à de la documentation écrite. Nous devrions donc constater une meilleure adéquation et une amélioration globale de la qualité de nos environnements professionnels. Mais si l'on exclut la difficulté de mesurer l'impact des activités de formation, la FMC que suivent les médecins en exercice porte-t-elle fruit? Comment changer les habitudes de pratique? Avons-nous même adopté les nouvelles lignes directrices de pratique cliniques proposées à mesure que les essais cliniques prospectifs randomisés et contrôlés se multiplient? Peut-on exercer un contrôle sur le niveau de connaissances acquises au sortir des facultés de médecine? Peut-on garantir la qualité de l'enseignement prodigué? Toutes ces questions sont valides, mais elles demeurent sans réponse claire.

Nous savons qu'il faut du temps pour que les fruits de la recherche aient un réel impact sur la pratique clinique¹. S'il faut 10 ans pour y parvenir, c'est bien sûr trop long, compte tenu des investissements en temps et en argent nécessaires pour mener des recherches de qualité. Les services de santé nationaux font un bon boulot en s'assurant que les nouvelles technologies et interventions en santé soient bien réglementées, économiquement applicables aux pathologies ciblées, et intégrées à l'offre de soins en tenant compte des capacités d'achat et des stratégies de déploiement. Tout ce processus peut s'échelonner sur environ une décennie, mais se fonde généralement sur de bonnes données probantes. La formation manque encore de rigueur, mais elle pourrait avoir un plus grand impact sur la santé

des malades. On ne s'entend toujours pas sur la meilleure façon de dispenser la formation continue aux médecins en exercice². La participation individuelle à des congrès et à des webinaires permet de combler des lacunes au plan des connaissances; mais encore faut-il que les médecins choisissent les bonnes activités. Cela exige probablement plus de structure. Certaines activités offertes par l'entreprise privée proposent une transmission des connaissances fondées sur des données probantes en prenant pour acquit que les médecins assimileront l'information et modifieront leur pratique en conséquence. Un groupe d'orthopédistes de l'Université McMaster a mis en ligne un service intéressant (n'impliquant aucun conflit d'intérêts d'ordre économique pour les auteurs) qui offre des connaissances destinées à percoler à travers des décisions fondées sur des données probantes. En théorie, ces données probantes, en quelque sorte vulgarisées, devraient modifier la pratique en chirurgie. Il n'y a malheureusement aucune façon de le vérifier. Si on en juge par les messages commerciaux livrés en clips de 6 secondes à la génération montante, on voit que la capacité d'attention diminue constamment. Assiste-t-on à la même tendance en médecine? Nous ne sommes pas une instance professionnelle habilitée à appliquer ce genre de processus ou à en mesurer la portée. On dirait que les progrès ont été immenses dans tous les domaines de la chirurgie. Les techniques et dispositifs novateurs se multiplient, mais la pratique reste collée aux apprentissages faits durant la résidence. Malheureusement, nous ne savons toujours pas comment modifier les habitudes de pratique et en prendre la mesure, le cas échéant.

Edward J. Harvey, MD; Chad G. Ball, MD, MSc

Affiliations : Corédacteurs en chef, *C7S*; Département de chirurgie, Université McGill, Montréal, Qc (Harvey); Département de chirurgie, Université de Calgary, Calgary, Alb. (Ball).

Intérêts concurrents : E.J. Harvey est cofondateur et responsable de l'innovation médicale de NXTSens Inc.; cofondateur et médecin-chef de MY01 Inc. et de Sensia Diagnostics Inc.; et cofondateur et directeur de Strathera Inc. Son établissement bénéficie du soutien de J et J DePuy Synthes, Stryker, MY01 et Zimmer. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Citation : *Can J Surg* 2023 August 29; 66(4). doi:10.1503/cjs.010323

Références

1. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med* 2011;104:510-20.
2. Cheng C, Papadakis J, Umakanthan B, et al. On the advantages and disadvantages of virtual continuing medical education: a scoping review. *Can Med Educ J* 2023;14:41-74.