

LA DISCIPLINE DE L'OMNIPRATIQUE -

Une carte de route - un guide
pour la formation de
l'omnipraticien - une discussion
concernant l'enseignement de
l'omnipraticque

Pierre L. Delva

L.R.C.P., M.R.C.S. (Londres)
M.B.B.S. (Londres)
F.R.C.P. (C) (pédiatrie)
C.S.P.Q. (santé communautaire)
F.C.C.M.G. (génétique humaine)
C.C.F.P. (C)(médecine familiale)

Professeur titulaire en médecine sociale
et préventive
Directeur de la section de
médecine familiale du département
de médecine sociale et préventive
de l'Université de Montréal.

I N D E X

Introduction

Quel est le travail de l'omnipraticien dans son bureau?

Soins intégrés et globaux

La carte de route de la discipline de l'omnipratique

Les principes de base

Le contenu de la discipline

la médecine clinique plus spécifique
à l'omnipratique

la médecine clinique traditionnelle

la médecine sociale

la médecine pérventive

La séquence du contenu dans le curriculum

La hiérarchie dans le curriculum

Le curriculum prépare-t-il à l'omnipratique?

Les unités de formation, les modèles, sont-ils
valables?

La pertinence du cours de médecine actuel

Le cours de médecine au niveau sous-gradué
(pré-M.D.)

Le cours de médecine au niveau post-gradué.
(post-M.D.)

Le programme post-gradué (post-M.D.) en
médecine familiale/omnipratique

Conclusions

Références

Tableau I : Carré de Kerr-White

Tableau II : Raisons pour 100 consultations en
omnipratique de bureau

Tableau IV : Contenu de l'omnipratique

Annexes I : La médecine holistique

" II : La classification COMPRI

Une discipline est une branche de la connaissance (6). Dans cet article, nous essayerons d'expliquer ce que c'est que la discipline de l'omnipratique. Certaines disciplines sont plus faciles à définir que d'autres, l'omnipratique plus difficile qu'une sous-spécialité médicale ou chirurgicale, telle la chirurgie cardiaque ou la pneumologie. Mais il faut le faire: l'objectif primaire de cet article sera rencontré si ces quelques lignes peuvent susciter un débat, en plus de l'objectif secondaire qui est d'informer. Il y a 5 groupes de médecins dont les omnipraticiens, qui représentent de loin le plus grand de ces cinq groupes:

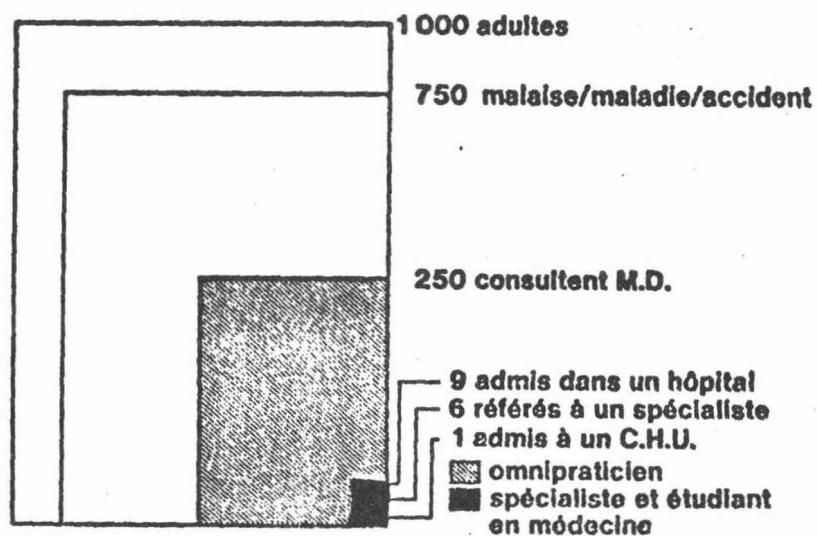
1. Les médecins qui s'occupent de populations, de groupes d'individus, de collectivité: ici nous parlons des spécialistes en santé communautaire; et il y en a de plusieurs sortes, des experts en médecine du travail, en santé maternelle et infantile, en épidémiologie, etc...

2. Les omnipraticiens, qui s'occupent des problèmes de santé d'un individu dans son contexte familial et social. C'est sur le travail que fait ce groupe que cet article se penche. Ils doivent avoir une vision holistique de la médecine. (Annexe I)

3. Les spécialistes de systèmes, cardiologues, néphrologues, neurologues, etc... et il y en a une douzaine. Ils s'occupent vraiment de maladies organiques plutôt que de problèmes de santé.

4. Les chirurgiens qui enlèvent ou réparent des organes ou des parties du corps, ou qui maintenant les remplacent.

5. Les spécialistes "techniques", radiologues, pathologistes, etc... Ces deux derniers groupes communiquent comparative-ment peu avec leurs patients, alors qu'une capacité pour



De 1000 adultes (âgés de plus de 16 ans) suivis pendant un mois,
 750 auront certains malaises, accidents ou maladies pendant le mois
 250 consulteront un médecin;
 9 seront admis dans un hôpital;
 6 seront référés à un collègue spécialiste;
 1 sera admis dans un CHU

Tableau I :

communiquer et donner de l'enseignement à ses patients est essentielle pour l'omnipraticien.

Un enseignement spécifique est nécessaire pour chacun de ces cinq groupes. Malheureusement, ce n'est pas ce qui se passe.

D'abord, que fait l'omnipraticien ? Il donne des conseils concernant la santé à une certaine population. Parmi ceux-ci, il y en a quelques uns chaque mois qui deviennent malades: des petites et des moins petites maladies !! Souvent la pathologie de la maladie est secondaire, et les problèmes psycho-sociaux prédominent. Il y a aussi beaucoup de patients avec des problèmes de santé à long terme. De 1000 adultes (âgés de plus de 16 ans) suivis pendant un mois, 750 auront certains malaises, accidents ou maladies pendant le mois; 250 consulteront un médecin, 9 seront admis dans un hôpital, 6 seront référés à un collègue spécialiste, et 1 sera admis dans un centre hospitalier universitaire (3). Entre parenthèse, l'étudiant en médecine est exposé, pendant son cours de médecine, à ce dernier patient plutôt qu'au 249 autres qui consultent en général d'abord leur omnipraticien. Le tableau I* démontre d'une façon visuelle ces faits. La deuxième question auquel il faut répondre est la suivante: quelles sont les raisons pour les 250 consultations ?

Il est difficile de répondre objectivement à cette question parce qu'il est difficile de "classifier objectivement" les différentes raisons pour les contacts omnipraticiens/clients dans un bureau.

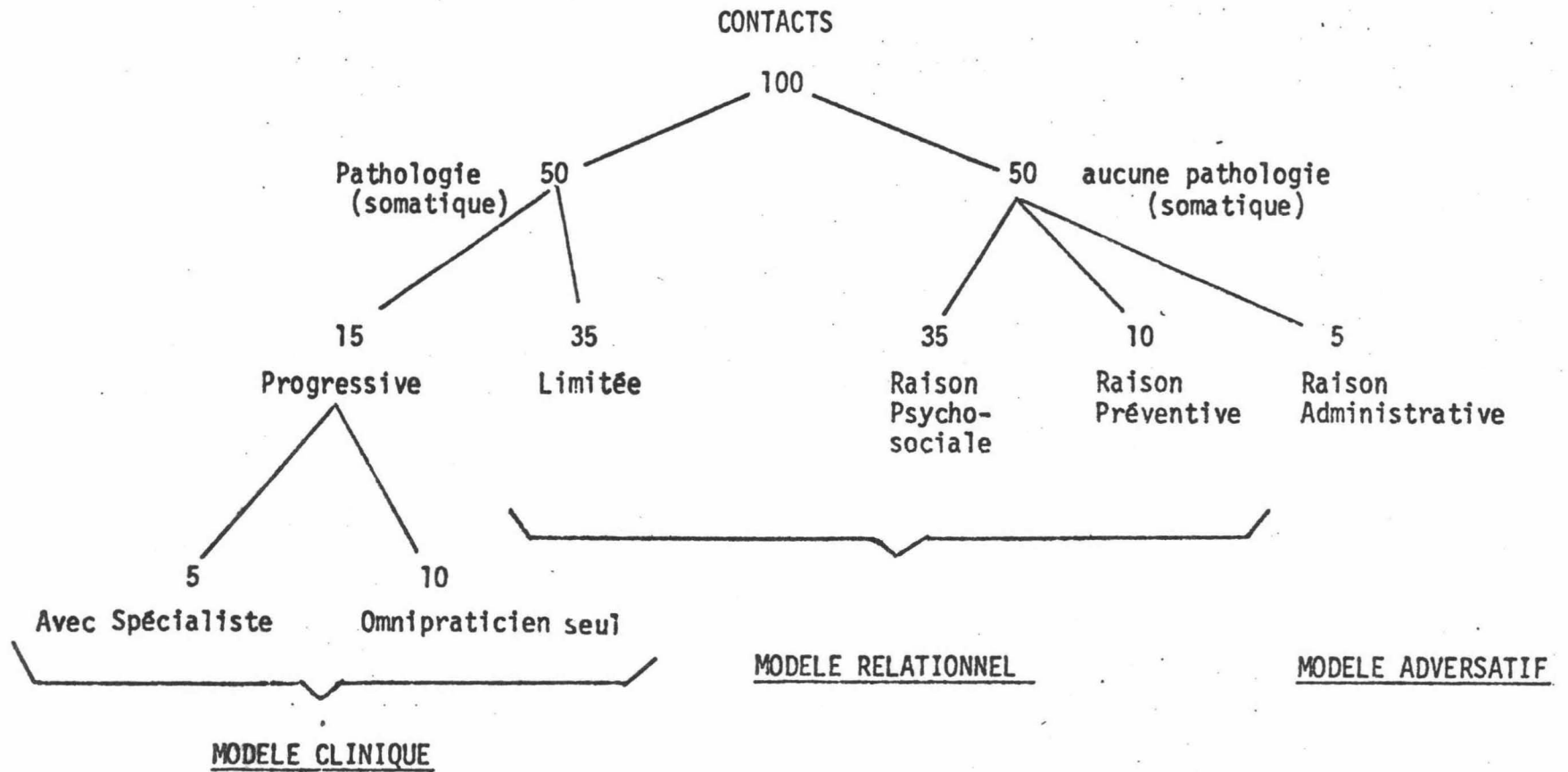
Mais d'une façon générale, comme l'indique le tableau II,** 50 p.cent des contacts ont pour raison un problème surtout somatique avec une pathologie organique, tandis que les autres 50 p. cent ont un problème sans pathologie organique:

* voir page 20

** voir page 21

TABLEAU II voir texte p. 2,3,4, (Carmichael)

Contenu de la médecine de l'omnipraticien



Considérons d'abord le premier groupe avec problème somatique;

- A. dans 35% des cas, il s'agit d'une maladie aigüe en général mineure, par exemple une grippe, un mal de gorge, une indigestion, des douleurs musculaires; le rôle de l'omnipraticien est alors celui de conseiller. Il doit évidemment dépister les maladies plus graves, mais en général les problèmes sont mineurs.
- B. dans 15% des cas, il s'agit d'une maladie chronique, 5% suivis avec un collègue spécialiste et 10% par l'omnipraticien seul. Ici l'omnipraticien fonctionne surtout comme clinicien.

Considérons maintenant le deuxième groupe sans problème somatique:

- C. dans 35% des cas il s'agit d'un problème familio-psycho-social, par exemple un problème courant de la vie, séparation, difficultés avec le conjoint ou avec les gens avec qui on travaille, naissances, dépressions en général temporaires, chômage. L'omnipraticien fonctionne comme conseiller, et non comme clinicien.
- D. dans 10% des cas il s'agit d'un examen préventif: l'omnipraticien fonctionne encore une fois comme conseiller, avec une composante technique, pour, par exemple, dépister des cancers, (col, sein, intestins), des problèmes de santé pendant l'enfance (visuel, auditif, du comportement), ou pour donner des immunisations.

- E. dans 5% des cas, finalement, il s'agit de contacts pour des raisons administratives (certificat) qui suscitent souvent une certaine hostilité entre l'omnipraticien et son client: pourquoi par exemple faut-il produire un certificat quand on est malade pour plus de trois jours avec une grippe que l'on peut très bien traiter soi-même? Il faut téléphoner, sortir, attendre, peut-être payer de l'argent inutilement. L'omnipraticien doit agir comme fonctionnaire ce qui n'est pas gratifiant pour lui.

Donc, l'omnipraticien est principalement conseiller pour 80% des contacts qu'il a avec les gens (les groupes A,C et D ci-dessus). Pour ceci, il doit être expert dans le domaine des relations humaines et de l'andragogie. Pour 15% des consultations il doit agir comme clinicien (groupe B) et pour 5% il doit faire face à sa propre hostilité, et souvent à l'hostilité de son client. On pourrait dire qu'il doit appliquer le "modèle relationnel" 80% des fois, le "modèle clinique" 15% des fois, et le "modèle adversatif" 5% des fois. (1)

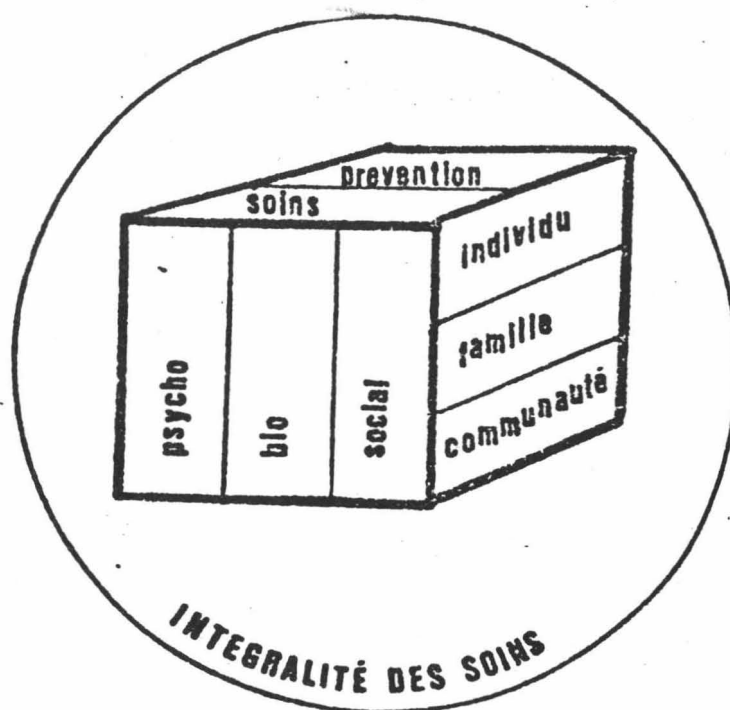
Ce qui a été écrit à date représente essentiellement le travail de bureau, et non le travail à l'hôpital (sur les étages, à l'urgence), ou le travail dans la communauté propre (industrie, centre d'accueil, services de santé dans les écoles et les Cégeps, etc..). L'essentiel du travail de l'omnipraticien c'est tout de même le travail de bureau, que ce soit dans un bureau privé ou dans un CLSC.

On peut donc s'apercevoir maintenant que l'omnipraticien doit donner des soins intégrés globaux (comprehensive care). La

façon la plus simple pour illustrer ce concept de soins globaux a été décrite par Medalie (5).

Médalie considère un cube où les trois axes concernent d'abord la personne qui vous consulte, sa famille et la communauté dans laquelle il oeuvre, puis la nature des problèmes de santé qui ont le plus souvent des aspects psycho-bio-sociaux, et finalement la nature des services qui sont d'ordre "soins", (care) et/ou d'ordre préventif (tableau III). Dans un hôpital, au lieu des 18 dimensions du cube, on donne en général des soins d'ordre biologique à un individu. Il est difficile de concevoir ce que c'est que des soins intégrés dans un hôpital.

TABLEAU III



Il faut aussi comprendre que le pourcentage de clients atteints de problèmes de santé à long terme augmente, suite au vieillissement de la population, et suite à la technologie accrue de la médecine. En général on peut dire que 30% actuellement de notre population utilise beaucoup de services gouvernementaux, 15% d'une façon continue, et 15% d'une façon épisodique mais intensive par moment (7). Et 90% de ces services sont médicaux.

Ayant défini très rapidement la nature des consultations d'un omnipraticien dans son bureau, on peut maintenant présenter une carte de route, un guide pour la formation de l'omnipraticien. Pour l'apprentissage à une discipline, (2) n'importe laquelle, il faut une carte de route; cette carte de route doit comprendre au moins six chapitres:

1. Quels sont les principes de base de la discipline?
2. Quel est son contenu, et de là ses objectifs?
3. Quelle est la séquence dans le curriculum? Quel est l'ordre par lequel le contenu est présenté?
4. Quelle est la hiérarchie dans le curriculum? Quelle est la base pour l'assignation de la séquence?
5. Le curriculum prépare-t-il les gradués pour ce qu'ils devront faire?
6. Les unités de formation, les modèles, sont-ils valables?

Les six chapitres seront maintenant analysés brièvement. Il y a peut-être 24 principes de base de l'omnipraticien; ils sont brièvement présentés, par ordre d'importance; (2)

1. L'omnipraticien voit plus souvent la maladie à ses débuts que les autres médecins.

2. la connaissance des ressources communautaires est essentielle pour le management des problèmes de santé.
3. le management est souvent basé sur le pronostique plutôt que le diagnostique: il faut promouvoir la santé, et ceci est l'objectif principal. La qualité du handicap, et la durée de vie sont plus importants qu'un diagnostic précis dans bien des cas.
4. le temps est un outil de diagnostique et de management: cela prend du temps pour que le patient fasse face à son problème de santé, et cela prend beaucoup de patience de la part de l'omnipraticien qui doit l'accompagner à travers cette expérience.
5. une maladie est souvent non différenciée à ses débuts: le dernier professionnel à voir le patient est toujours avantagé.
6. il faut comprendre les réactions du patient face à sa maladie pour donner des soins adéquats; et ceci est encore plus vrai pour le professeur médecin dans son rôle comme enseignant.
7. la maladie doit être analysée dans le contexte de la vie de famille
8. en omnipratique, un examen physique régional est souvent suffisant
9. une maladie peut se présenter par un "signal" qui n'a

apparemment rien à voir avec la maladie: par exemple un patient déprimé menacé de renvoi parce que son travail est moins bon suite à un problème thyroïdien. Souvent aussi, la vraie raison de la visite n'est soulevée qu'à la fin de la consultation.

10. L'omnipraticien doit faire face à une incertitude constante dans l'évaluation et le management des problèmes de santé de son patient: il doit se sentir sûr dans son insécurité.
11. Les facteurs psycho-sociaux font partie intégrale de chaque problème. Le comportement du patient face à un problème varie; de même, la compliance face au management décidé ensemble par le médecin et son patient.
12. L'omnipraticien doit être conscient de la santé de la communauté - le style de vie, les industries, les petites épidémies, par exemple.
13. Le soulagement de la détresse est un souci fondamental pour l'omnipraticien.
14. L'omnipraticien est le médecin de premier contact.
15. L'omnipraticien doit souvent faire face au management d'un patient atteint d'une maladie chronique affectant plusieurs systèmes.
16. Le dossier médical utilisé par l'omnipraticien doit être bref et utile.

17. l'omnipraticien doit encourager son patient à prendre sa santé en main, et à améliorer son style de vie.
18. un problème mineur peut aboutir à une discussion concernant un problème de santé plus important.
19. une grande partie du travail de l'omnipraticien est basée sur la relation patient/médecin, relation qui peut devenir très personnelle et intime.
20. les problèmes courants sont fréquents, mais un symptôme rencontré fréquemment n'est pas nécessairement associé avec une maladie courante.
21. l'omnipraticien doit prendre une décision pour le management de chacun des problèmes de santé de ses nouveaux patients. Il ne peut jamais dire: "je regrette, je ne peux rien faire pour vous"; s'il ne sait quoi faire, il doit demander l'opinion pertinente d'un consultant médecin ou non.
22. les demandes de consultation sont fréquentes, et ceci implique une grande variété de consultants professionnels.
23. il y a beaucoup de patients qui ont des maladies chroniques, d'origine somatique, ou/et émotive, et beaucoup de patients avec des maladies aiguës à court terme.
24. la connaissance des modes de présentation des maladies est une aptitude importante à acquérir.

Ayant décrit en grandes lignes le travail de l'omnipraticien, et ayant énoncé les 24 principes de l'omnipraticque par ordre d'importance, nous sommes en mesure de présenter le contenu de la discipline de l'omnipraticque. Ce contenu (adapté de Hennen ⁽²⁾) pourrait être divisé en quatre; premièrement, la médecine clinique plus spécifique à l'omnipraticque; puis en deuxième lieu la médecine clinique traditionnelle; troisièmement la médecine sociale, et quatrièmement la médecine préventive. Considérons donc ces items l'un après l'autre:

1. La médecine clinique spécifique à l'omnipraticque:

D'abord l'omnipraticien doit être expert dans l'identification des problèmes de santé et la discussion du management de ces problèmes avec son patient. Les 24 problèmes de santé les plus courants dans une étude récente canadienne, par ordre de fréquence, sont les suivants (4):

	<u>100 cas</u>
1. infection respiratoire des voies supérieures, pharyngite	16
2. anxiété/dépression	10
3. hypertension	6
4. une dermite et/ou éruption	6
5. des problèmes de famille	6
6. la contraception	5
7. bronchite (toux)	5
8. douleur abdominale	5
9. obésité	4
10. lacération	4
11. otite moyenne aiguë	4
12. maux de tête	3
13. mal dans le bas du dos	3
14. grossesse	3

15.	infections de la peau	2
16.	contusion	2
17.	problèmes menstruels	2
18.	mal dans le bras ou la jambe	2
19.	mal dans une articulation	2
20.	infection urinaire	2
21.	conditions mal définies	2
22.	entorses et foulures	2
23.	verrues	2
24.	fracture	2

L'omnipraticien doit développer les aptitudes et les attitudes nécessaires pour se sentir confortable devant ces problèmes: chaque patient est différent, avec son passé spécifique, sa propre carrière, sa propre capacité de se prendre en charge, sa propre capacité de suivre un programme fait sur mesure après discussion (compliance); la réaction du patient, le degré d'acceptation d'une maladie ou d'un problème de santé à long terme doit toujours être pris en considération. L'omnipraticien doit s'ajuster à chaque contact avec un même patient. Il ne peut être directif avec certains patients, et doit l'être avec d'autres. Il doit faire face à toute sorte de monde. Son travail est spécifique, car l'omnipraticien doit être prêt à aider les patients à long terme pour tous leurs problèmes de santé, et non pas juste ces problèmes reliés à un système (os, coeur, reins, etc..). Il doit accepter ses propres limites et référer au besoin: ceci est fondamental; si l'omnipraticien réfère tous ses patients, il ne prend pas ses responsabilités au sérieux; s'il ne réfère pas assez, il se croit bien supérieur. Il doit être accessible, ne pouvant pas faire attendre ses patients pour des rendez-vous; d'un autre côté il ne doit pas négliger ses besoins personnels ni ceux de sa famille.

On peut aisément voir que l'omnipraticien mérite une formation universitaire spécifique à long terme.

2. La médecine clinique traditionnelle

Dans le domaine de la médecine clinique traditionnelle, il y a la médecine interne et la pédiatrie. Ici, la classification COMPRI (priorité des compétences, voir l'annexe II) est utile. Cette classification permet de diviser les maladies en 3 groupes. Le premier inclut celles que l'omnipraticien devrait pouvoir manager seul. Le deuxième, que l'omnipraticien peut manager avec l'aide d'un consultant, et le troisième où l'omnipraticien est le lien entre le consultant, le patient et la famille, mais ne manage pas la maladie proprement dite. L'omnipraticien ne doit avoir qu'une connaissance superficielle des maladies de ce troisième et dernier groupe, tandis qu'il doit avoir une connaissance approfondie des problèmes de santé appartenant au premier groupe. Il doit aussi être capable le plus souvent de faire face à l'obstétrique normale, la gynécologie de bureau, la psychologie médicale qui est vraiment une psychiatrie de première ligne, la chirurgie mineure et la traumatologie, aux soins épisodiques donnés dans une salle d'urgence, et, ce qui devient de plus en plus important, la gériatrie. Pour tout ceci, il doit évidemment être capable de prendre une histoire de cas, de compléter un examen physique, de consulter des collègues de toutes sortes d'une façon judicieuse, d'élaborer une liste des problèmes de santé et/ou de diagnostics, de suggérer avec le patient un plan pour le management de chacun de ces problèmes, et d'encourager la relance, le suivi, du patient.

3. La médecine sociale

Dans le domaine de la médecine sociale, l'omnipraticien

doit être expert dans le domaine de la relation patient-médecin, de la famille (structure, fonction, inter-relations); il doit comprendre comment la communauté où il travaille fonctionne, ses composantes, industries, agriculture, religion, revenus moyens, taux de chômage, etc.. doit comprendre ce que c'est que la santé communautaire, les services disponibles, les hôpitaux, centres d'accueil, foyers d'accueil, l'écologie de son territoire, le travail d'équipe; il doit avoir certaines connaissances en administration, et doit pouvoir faire face aux problèmes d'éthique, la consultation, l'avortement, la contraception, la mort, l'euthanasie, les relations médico-gouvernementales, etc.. Vaut-il mieux faire un pontage qui coûte \$15,000., ou aider plus nos chômeurs?

4. La médecine préventive

Finalement, dans le domaine de la médecine préventive, l'omnipraticien doit pouvoir évaluer les risques à la santé, comprendre ce que c'est que les différents niveaux de prévention, doit pouvoir donner des conseils en anticipation (anticipatory guidance), doit être expert dans l'identification de bonne heure de certaines maladies (dépistage de masse, sélectif, individuel), et aussi de la réhabilitation. Le tableau IV* résume le contenu de l'omnipraticien. Pour chacun des items il faut évidemment des objectifs d'apprentissage. Ce n'est pas ici que nous pouvons les présenter, mais ceci ne veut pas dire qu'ils ne doivent être élaborés.

Le troisième et le quatrième chapitre de notre carnet de route, soit la séquence des différents chapitres du contenu dans le curriculum, et la hiérarchie, soient la base pour l'assignation de la séquence, sont faciles à comprendre. Il est évident que cette séquence et cette hiérarchie sont essentielles dans un curriculum adéquat.

TABLEAU IVCONTENU DE L'OMNIPRATIQUE (Adapté de Hennen,(2))

Médecine clinique plus spécifique à l'omnipratique:

Les problèmes de santé plus spécifiques à l'omnipratique (p.10)

Les habiletés cliniques propres à l'omnipratique
(p.6,7,8,9 - les principes)

Le comportement du patient face à la maladie:

- la "carrière du patient à travers la maladie
- se soigner soi-même
- la compliance.

Médecine clinique traditionnelle: l'entrevue, l'histoire de cas,
l'examen physique, l'investigation,
la liste de problèmes, le management:

Médecine interne] Voir Annexe II, classification COMPRI.
Pédiatrie]
L'obstétrique normale
La gynécologie de bureau
La psychologie médicale, psychiatrie de première ligne
La chirurgie mineure
La traumatologie
Les soins épisodiques d'une salle d'urgence
La gériatrie.

La médecine sociale:

La relation patient-médecin
La famille (structure, fonction, inter-relations).
La communauté (structure et services disponibles).
L'écologie du territoire
Le travail d'équipe et l'administration (au sens large)
Les problèmes d'éthique
L'épidémiologie.

La médecine préventive:

L'évaluation des risques à la santé
Les différents niveaux de prévention
Les conseils en anticipation
Le dépistage (de masse, sélectif, individuel)
La réhabilitation.

Le cinquième chapitre de notre carte de route soulève la question suivante: "Le curriculum prépare-t-il les jeunes médecins à l'omnipratique"? Et le sixième et dernier chapitre se demande si "Les unités de formation, les modèles, sont-ils valables"? Les lignes qui suivent essayeront d'analyser brièvement ces deux questions, ainsi que la séquence et la hiérarchie de la matière dans le curriculum, sous l'en-tête "La pertinence du cours de médecine actuelle".

LA PERTINENCE DU COURS DE MEDECINE

Ici, il y aura quatre paragraphes: une description brève du cours de médecine au niveau sous-gradué (pré-M.D.), au niveau post-gradué (post-M.D.), du nouveau programme de médecine familiale (omnipratique) et une conclusion. Ce qui suit s'applique au curriculum des facultés de médecine du Canada et des Etats-Unis d'Amérique, et ne vise pas particulièrement les universités francophones québécoises (Montréal, Laval, Sherbrooke). Pour aider à comprendre ce qui s'est passé, il nous faut d'abord faire brièvement un retour en arrière. Les spécialités en médecine datent seulement des années 20: jusqu'alors, presque tous les médecins étaient généralistes. Certains oeuvraient surtout dans un domaine particulier, tels la chirurgie, l'obstétrique. Mais tous avaient la même formation, qui était une formation d'omnipraticien. Pour une année supplémentaire, le jeune médecin allait souvent en Europe ou aux Etats-Unis pour acquérir une expérience plus poussée dans un champs donné. Pendant la première moitié du siècle, donc, des omnipraticiens avec de l'expérience formaient les nouveaux omnipraticiens.

Mais depuis les années 50, le nombre de spécialités augmente sans cesse. Il y en a maintenant une quarantaine. Ce qu'il faut

apprécier c'est que 95% du corps enseignant d'une faculté de médecine aujourd'hui est composé de spécialistes de toutes sortes, et que, malgré ce changement, tous les jeunes médecins qui finissent leur internat ou une année de résidence, dans n'importe quelle matière, sont baptisés "omnipraticiens", qu'ils deviennent spécialistes ou non, et ceci sans avoir eu pendant leurs cours de médecine une exposition planifiée à l'omnipratique, leurs enseignants hospitalo-universitaires n'ayant eu qu'une expérience limitée dans cette matière.

Le cours sous-gradué (pré-M.D.) dure quatre ans en général (5 ans à l'Université de Montréal, et à l'Université de la Saskatchewan). La première année (18 mois à Montréal), la phase I, comprend en général les sciences de base (anatomie, physiologie, épidémiologie et statistique, biochimie, sciences du comportement, pharmacologie, etc.). La deuxième année, (18 mois à Montréal), la phase II, présente l'approche par système: il y en a 10 en tout, et pour chacun d'eux on a développé une approche systématique et multidisciplinaire; par exemple, anatomistes, physiologistes, pathologistes et cliniciens aborderont ensemble les aspects anatomiques, physiologiques, pathologiques et cliniques des maladies du coeur (système cardiovasculaire): 2 - 4 semaines sont en général dévouées à chaque système. La troisième et la quatrième années, la phase III, dévouée à la médecine clinique dans un hôpital (4e et 5e année à l'Université de Montréal). L'étudiant passera de 8 à 16 semaines dans différents services, (médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, psychiatrie, électifs). A l'Université de Montréal, pendant les cinq années du cours, entre 200 et 225 heures sont dévouées à un enseignement plus pertinent à l'omnipratique, sciences du comportement, etc..mais ceci d'une façon décousue, et l'étudiant ne peut comprendre qu'avec difficultés le lien entre ces cours et l'omnipratique. L'omnipraticien

ne participe que marginalement à l'enseignement de la phase I et II, et ne participe pour ainsi dire pas à l'enseignement de la phase III. Pendant les 3 phases l'étudiant est donc exposé à une succession de cours portant surtout sur les pathologies du corps humain: il n'est pour ainsi dire pas exposé à la personne, aux problèmes de santé de cette personne dans son contexte psycho-bio-social; il n'est pas exposé à la famille, ni à la communauté; il passe son temps soit à l'université, soit dans un hôpital en général superspécialisé.

Le cours post-gradué (post M.D.) dure de 1 à 5 ans en général: il faut une année post-graduée dans n'importe quelle matière pour obtenir une licence de pratique. En général, les futurs omnipraticiens prennent une année "d'internat multidisciplinaire" dans un hôpital universitaire, et ils passeront quelques semaines (souvent quatre semaines) dans une succession de services spécialisés - périnatalogie, pédiatrie générale, obstétrique, gynécologie, orthopédie, urgence, cardiologie, néphrologie, chirurgie générale, etc.. Le futur omnipraticien fera très probablement une année supplémentaire, le plus souvent en médecine interne. Mais rarement sera-t-il exposé à la médecine de l'omnipraticien! Il ne comprendra ce que c'est qu'après en avoir fait l'expérience plus tard, alors que son collègue spécialiste continuera à faire, après son cours, ce qu'il a appris à faire pendant son cours spécialisé qui dure au moins quatre ans.

Pour parer aux problèmes soulevés, les omnipraticiens de beaucoup de pays se regroupèrent pendant les années 50 et 60 en collèges ou académies, the American Board of Family Medicine, the Royal Australian College of General Practitioners, le Collège des médecins de famille du Canada, etc... Il y a aussi une organisation mondiale très développée, WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General/Family Practice), qui tient,

entre parenthèse, sa dixième réunion mondiale à Singapour au mois de mai 1983. WONCA regroupe à date 25 collèges nationaux. Le Collège des médecins de famille du Canada a été très influent lors de la création de cet organisme. Il a développé dans les années 60 un programme de résidence de deux ans en médecine de famille, après lequel le résident peut se présenter à un examen. Le collège canadien regroupe maintenant 6000 membres, dont plus 600 au Québec, et la moitié du total a passé avec succès l'examen du collège; cet examen est très bien conçu, et est devenu un modèle qui a été copié par d'autres pays. L'examen comprend une partie clinique standardisée, avec des acteurs professionnels et des examinateurs qui jouent des rôles. Les candidats sont observés à travers un miroir unidirectionnel. L'entrevue que le candidat fait avec l'acteur/professionnel/client est évaluée à l'aide de formules spécialement conçues pour le cas particulier. Le programme de résidence en médecine de famille, qui existe depuis 1970 au Québec, dure deux ans, et consiste en un minimum de 16 semaines dans une unité de médecine de famille, avec de plus 36 semaines (un total de 52 semaines) où le résident assure une continuité de soins à ses patients/clients au moins 1/2 journée par semaine. Cette formation spécifique n'est pas encore idéale, mais c'est une voie dans la bonne direction. Les 16 facultés de médecine du Canada ont tous développé des unités d'enseignement de l'omnipratique (family practice units).

Comme conclusion, on peut donc reconnaître deux gros problèmes: Il y a 600 nouveaux médecins qui obtiennent leur M.D. chaque année au Québec. Deux cents d'entre eux entreront en spécialité, 120 à peu près dans des programmes de médecine familiale plus spécifiques à l'omnipratique, et 280 autres futurs omnipraticiens qui suivront des programmes qui ne sont pas spécifiques à l'omnipratique. Il y a peu d'autres facultés (droit, génie, etc.) qui produisent deux sortes de "finissants" pour un objectif bien

défini, une sorte mieux formée que l'autre: il faut donc absolument arriver à ce que tous nos nouveaux omnipraticiens puissent avoir une formation spécifique au travail qu'ils font faire: ils doivent être tous exposés à des modèles valables. Pour le moment il y a un manque de ressources qui n'est pas amélioré par la conjoncture économique actuelle. Il y a aussi une incapacité de la part des conseils des différentes facultés de médecine à accepter que l'omnipratique soit une branche spécifique de la médecine, et que ceci requiert des modèles de formation spécifiques.

Le deuxième problème c'est qu'il faut changer notre cours sous-gradué pour le rendre plus pertinent au futur omnipraticien: ceci permettra une séquence et une hiérarchie logiques dans le curriculum; c'est seulement alors que l'on pourra maintenir que le curriculum préparera le jeune étudiant à l'omnipratique. En 1983, il ne le fait pas. Mais changer un curriculum universitaire n'est pas facile, et tout le monde a peur d'innovations!

Pierre. L. DELVA
Professeur titulaire en médecine sociale
et préventive.
Directeur de la section de médecine
Familiale du département de médecine
sociale et préventive
de l'Université de MONTREAL.
Cette documentation nous a été confiée
par le Dr Jean de BUTLER.

LE MOUVEMENT HOLISTIQUE DE SANTE

Cinq critères caractérisent le mouvement holistique de santé

1. La santé est définie en termes positifs et non en termes négatifs tels l'absence de maladie, d'un handicap d'une norme hors de l'ordinaire.
2. La responsabilité individuelle pour la santé et pour la maladie.
3. Les travailleurs dans le domaine de la santé se doivent d'éduquer et de travailler avec les personnes avec qui ils ont affaire pour les aider à comprendre ce que c'est que la santé.
4. Le système de santé doit être orienté vers les composantes des maladies qui ont rapport avec le domaine social, avec l'environnement, et avec le comportement du patient face à sa maladie.
5. Les moyens naturels et non-invasifs sont utilisés autant que possible pour promouvoir la santé: nutrition, exercices, relaxation, méditation.

The Holistic Health Movement: a survey & critique - Kopelman L. & Molkop J. - The Jnl. of Medicine & Philosophy 6 (1981) 209-235.

LA CLASSIFICATION "PRIORITE DES COMPETENCES"
(COMPRI). L'omnipraticien doit acquérir un comportement, certaines connaissances et des habiletés à des niveaux différents d'après le schéma suivant:

- Compri I : Haute priorité - soins exclusifs - problèmes de première ligne
- Comportement : l'omnipraticien doit avoir un comportement efficace lorsqu'il est mis en face à des problèmes qui requièrent des soins définitifs.
 - Concepts : l'omnipraticien doit être capable d'évaluer et de prendre totalement en charge 90% des problèmes de santé.
 - Habiletés : l'omnipraticien doit avoir l'habileté de demander, d'exécuter et d'interpréter seul des examens supplémentaires (laboratoire, radiologie, techniques de management) pour 90% des problèmes de santé.
- Compri II : Priorité intermédiaire - soins partagés - problèmes de 2e ligne
- Comportement : l'omnipraticien doit avoir un comportement efficace lorsqu'il est mis face à face à des problèmes de santé qui requièrent des soins partagés.
 - Concepts : une consultation est en général requise pour certains aspects du management de ces problèmes
 - Habiletés : l'omnipraticien reconnaît le besoin pour des examens et des techniques supplémentaires, mais en général, demande une consultation pour l'interprétation et le management.

- Compri III : Priorité moindre - support/éducation - problèmes de 3e ligne
- Comportement : l'omnipraticien doit être compétent dans l'approche des soins tertiaires, donnant du support (émotif et éducatif) au malade et à sa famille.
- Concepts : l'omnipraticien doit avoir une certaine connaissance et une perception professionnelle, mais ne doit pas nécessairement comprendre complètement ces problèmes et une consultation avec transfert est requise pour diagnostic et traitement; l'omnipraticien retient un rôle supportif et éducatif pour les soins continus de son malade et de sa famille.
- Habilités : l'omnipraticien connaît l'existence d'examen et de techniques supplémentaires, mais transfère le patient pour leur exécution. L'omnipraticien est responsable pour diriger son client à une source appropriée de soins, et éduque son malade et sa famille quant aux techniques, au traitement et aux conséquences de ceux-ci.

TAYLOR R.B.: The Clinical Content of Family Medicine. In: Taylor R.B. ed., Family Medicine: Principles and Practice. New York: Springer-Verlag. 1978: 358,359.

Références:

- 1 CARMICHAEL L.P.: The relational model: Paradigm of of Family Medicine - J.Fla. Med.Assn. 1980; 67:860 - 862
- 2 HENNEN, Brian K.E. : General Practice in the Newcastle Undergraduate Curriculum - Newcastle, Australia - 1982 -
A discipline map for general practice and an evaluation of general practice in the first four years of a five year curriculum.
- 3 WHITE K.L., WILLIAMS T.F., GREENBERG B.G. The Ecology of Medical Care - N.E.J.Med. 1961; 2: 885-892
- 4 COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA: top 25 problems in the department of family medicine in the University of Western Ontario Family Medical Centres 1977. Toronto: 1981 (Educational Objectives for Certification in Family Medicine, p.26).
- 5 MEDALIE, J.H.: The Three Faces of Comprehensive Care - In: Medalie J.H. ed. Family Medicine, Principles and Applications, Baltimore Williams and Wilkins 1978:18.
- 6 ROBERT, P.: Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, 1981.
7. RUESCH J. Knowledge in Action: communication, social operations and management. New York: Jason Aronson, 1975: 182.