

# L'enseignement de la pédiatrie et les soins aux enfants

Luc Chicoine<sup>(1)</sup>

## Résumé

Plusieurs se demandent quel est et quel sera le rôle du pédiatre dans notre milieu. L'évolution des études médicales nous apporte une réponse à cette question. Dans la province de Québec les omnipraticiens sont maintenant insuffisamment formés pour s'occuper adéquatement des enfants et les "médecins de famille" n'ont pas la formation minimale recommandée par les organismes officiels. Une réforme de l'internat est suggérée. Il faudrait donc augmenter la production de pédiatres entraînés de façon à pouvoir faire face aux problèmes changeants de leur clientèle et notre société.

**O**n s'est longtemps demandé quel sera le rôle du pédiatre dans la distribution des soins. La réponse à cette question a de l'importance pour établir les priorités pédagogiques des futurs pédiatres et aussi pour décider des quotas de résidence. En effet il y a une relation étroite entre le rôle d'un pédiatre et le nombre de pédiatres nécessaires pour remplir ce rôle.

Localement la question ne doit plus se poser, car l'évolution de la pédiatrie et de notre société nous montre que le pédiatre a hérité d'un rôle précis ; de plus l'orientation des études médicales ne laisse aucune alternative à ceux qui ont à coeur la santé des enfants. Ce rôle a été distribué par les autorités universitaires et celles de la Corporation sans que les pédiatres ne puissent intervenir autrement que pour protester, souvent "a posteriori".

On sait qu'en Angleterre il y a peu de pédiatres et que ceux-ci sont formés pour servir de consultants ; les soins primaires sont donnés par les omnipraticiens. Le système français a établi une pédiatrie hospitalière dissociée de la réalité et une pédiatrie extrahospitalière qui n'a pas d'accès aux facilités des hôpitaux. C'est un système périmé. Aux États-Unis, il y a toujours eu deux types de pédiatres : celui qui fait de la pratique générale en ayant

accès à un centre hospitalier et celui qui pratique la pédiatrie académique ou surspécialisée en milieu hospitalier le plus souvent comme consultant. La pédiatrie canadienne a évolué parallèlement à celle des États-Unis et le type de pratique est très semblable dans les deux pays. Il y a cependant quelques différences dans la pratique et la formation des pédiatres canadiens et américains. Les américains sont entraînés en trois ans à pratiquer une pédiatrie surtout de soins primaires et souvent de médecine familiale ; celui qui désirera faire une pratique universitaire fera habituellement 1 à 2 ans supplémentaires. Au Canada, on a longtemps formé en 4 ans des pédiatres de type "consultant" qui, en pratique, pour la majorité, travaillent à l'hôpital et au bureau à tous les niveaux de soins, mais surtout primaires et secondaires.

On rencontre maintenant dans certains grands centres américains 2 programmes de résidence en pédiatrie : un programme traditionnel de 3 ans et un programme "Primary Care" de 3 ans aussi. La différence entre les 2 programmes n'est que de quelques mois de soins tertiaires remplacés par du temps aux soins ambulatoires. Dans notre milieu, il n'existe qu'un programme mais on prévoit assez de temps facultatif pour que chaque résident se taille un programme correspondant à ses aspira-

1) M.D., directeur du département de pédiatrie, Hôpital Sainte-Justine, 3175, Chemin Sainte-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1C5 et Université de Montréal.

Article reçu le : 6.4.82  
Avis du comité de lecture le : 12.4.82  
Acceptation définitive le : 16.4.82

tions de pratique ; et le type de pratique peut varier presque à l'infini, du bureaucrate à l'intensiviste, du surspécialiste au généraliste, en milieu rural ou en milieu urbain. Cette liberté de choix et d'orientation a été très salubre et elle a conduit à une situation où environ 30% des actes médicaux sont donnés par des pédiatres et 70% par des omnipraticiens ou les médecins de famille. Est-ce trop de soins primaires par des spécialistes ou trop de soins pédiatriques par des omnipraticiens ? L'évolution de l'enseignement pré-gradué pédiatrique nous donne la réponse.

A l'Université de Montréal, la durée des stages de pédiatrie a diminué de façon très importante depuis environ 10 ans. En effet, vers 1969-70 l'étudiant en médecine recevait sa licence de pratique après avoir complété 24 semaines de pédiatrie (8 au pré-externat, 8 à l'internat rotatoire). Ensuite, cette durée a diminué vers 1973 à 21 semaines (5-8-8) puis en 1974-75 à 13 à 21 semaines, parce que l'internat est devenu facultatif en pédiatrie. Enfin, pour l'année 1980-81 la pédiatrie est tombée à 10 à 22 semaines ( $10 \pm 4 \pm 8$ ). En conséquence, certains médecins obtiendront leur permis de pratique après avoir complété seulement 10 semaines de pédiatrie, souvent 2½ ans avant le début de leur pratique. A l'internat multidisciplinaire 81-82, 22% (27 candidats) n'ont pas choisi d'effectuer un stage de pédiatrie et 56 font actuellement un internat unidisciplinaire sans aucun contenu pédiatrique. Les nouveaux diplômés de juin 1983 ne seront donc pas tous assez compétents pour s'occuper de soins des enfants, car seuls certains d'entre eux seront assez motivés pour choisir des stages électifs de pédiatrie ; les autres risquent de provoquer une baisse dans la qualité des soins à moins que les pédiatres ne prennent leur place.

On reçoit maintenant des demandes pour un entraînement supplémentaire post-internat pour certains généralistes qui réalisent leur déficience en pédiatrie ; ceux qui ne réalisent pas leur déficience nous inquiètent davantage.

A Québec, il n'y a que 8 semaines de pédiatrie clinique au pré-gradué. A McGill, l'externat est aussi de 8 semaines et à Sherbrooke de 11 semaines (3 + 8).

Il est vrai que la qualité et la densité de l'enseignement ont fait de grands progrès durant la même période, mais cette amélioration qualitative ne

peut compenser pour la réduction de temps, surtout si l'on considère que l'exposition à la pédiatrie peut être unique et située au tout début des études cliniques. Certains diplômés de 1982 prolongeront leurs études en effectuant 24 mois de médecine familiale dont le contenu obligatoire pédiatrique n'est que de 8 semaines aux universités de Montréal, Laval et Sherbrooke et de 16 semaines à McGill ; c'est très loin du minimum de 24 semaines recommandées par l'"American Academy of Pediatrics" et de 20 semaines préconisées par l'"American Academy of Family Physicians". Ces diplômés auront donc une durée d'étude en pédiatrie semblable à celle de leurs confrères omnipraticiens d'avant 1974. Le centre de formation en médecine familiale de la Cité de la santé à Laval a réalisé cette déficience de ses résidents et il a institué pour 81-82, en collaboration avec le département de pédiatrie universitaire, un stage supplémentaire d'un mois en médecine de l'adolescence, portant ainsi le stage total à 3 périodes au lieu de 2. Cet entraînement en pédiatrie de nos médecins de famille est plus court en Amérique du nord ; considère-t-on chez nous que l'enfant a si peu de place dans une famille ? Sans enfant, une "famille" devient un couple. Seuls les diplômés de médecine familiale de McGill pourront se vanter globalement d'une certaine compétence en pédiatrie ; ce sera la "contre-revanche" des berceaux.

Toutes les statistiques nous montrent qu'il y a beaucoup moins d'enfants dans notre population vieillissante. Cependant notre société, qui se permet une planification familiale et même une sélection quantitative et qualitative des foetus à qui elle permet de se rendre à terme, devrait considérer comme plus importants les enfants qu'elle a et leur donner le plus de soins possibles. Ce serait la meilleure façon de façonner des adultes en santé et des vieillards plus actifs et plus autonomes. Le pédiatrie a un rôle de plus en plus important à jouer dans les périodes déterminantes qui orientent la qualité de la vie : la période périnatale et l'adolescence. Le début et la fin de l'évolution de l'enfant vers l'âge adulte sont des périodes des périodes déterminantes pour la qualité de vie des individus et l'orientateur de notre société.

Il faut se questionner sérieusement lorsqu'un curriculum accorde plus de temps à l'obstétrique-gynécologie qu'à la pédiatrie (obstétri-

que qui n'est pas pratiquée par la plupart), plus d'attention à la planification familiale qu'à la puériculture et plus d'exemples d'avortements provoqués que de ressuscitations de nouveau-nés. Dans les circonstances actuelles il est donc nécessaire et essentiel que les pédiatres s'occupent le plus possible de soins des enfants ; il faudra aussi prévoir produire plus de pédiatres pour remplacer les omnipraticiens moins bien formés et moins motivés pour les soins pédiatriques. Le vide qu'ils laisseront ne pourra pas être rempli par les "médecins de famille" qui, aux États-Unis, entrent en compétition avec les pédiatres pour les soins primaires et preventifs, mais qui ne sont pas tous de taille à le faire dans notre milieu.

Quel traitement doit-on appliquer à notre milieu pour prévenir qu'il produise des médecins de première ligne relativement peu compétents en pédiatrie ? L'enseignement pré-gradué devrait comprendre un enseignement plus important de la croissance et du développement de la conception à la mort. Cet aspect devrait être étudié dans son ensemble et aussi dans tous les systèmes et on pourrait espérer qu'une meilleure compréhension de l'évolution de l'enfant pourrait favoriser une sensibilisation à l'involution chez le vieillard. Les aspects psycho-affectifs et sociaux devraient être également enseignés de façon adaptée à notre société.

Après des études en sciences fondamentales, l'enseignement de la pédiatrie pourrait se continuer de façon semblable aux stages cliniques d'aujourd'hui en mettant l'emphase sur les problèmes courants, la pédiatrie ambulatoire et les aspects preventifs. Cette préparation de base devrait être complétée par un internat où il y a un minimum de contacts avec les enfants. Tant qu'il n'y aura pas de permis restrictifs de pratique, nous croyons qu'un internat de 2 ans, ou une résidence de 2 ans en médecine familiale, devrait être obligatoire pour tous et que ces 2 années devraient avoir un contenu pédiatrique d'au moins 4 mois avec un programme adapté aux besoins des enfants et aux nécessités de la pratique. Ainsi les premiers responsables des soins aux enfants pourraient être des médecins qualifiés, dont il faudrait maintenir la compétence par de l'enseignement continu planifié.

Le contenu de l'enseignement pré-gradué et surtout celui de l'enseignement post-gradué devrait aussi

mieux tenir compte de la modification rapide dans l'incidence des problèmes chez les enfants. Les maladies infectieuses et contagieuses ont beaucoup diminuées à cause surtout des mesures d'hygiène préventives, des vaccins et des antibiotiques ; les maladies nutritionnelles carencielles ont fait place en partie à des maladies de surabondance. Cependant beaucoup de problèmes ont surgi ou se sont aggravés qui demandent notre attention : la surconsommation des médicaments et drogues hallucinogènes, la liberté sexuelle, l'augmentation de la morbidité psychosociale, des troubles familiaux, des troubles scolaires, des problèmes d'adaptation à l'adolescence. Certes les médecins et les pédiatres ont un rôle à jouer dans la prévention et le traitement de tous ces troubles psycho-sociaux mais notre société actuelle, par ignorance probablement, a tendance à pêcher par excès en "médicalisant" toutes les situations sociales et comportementales qu'on considère encore comme déviantes, mais qu'il faudra possiblement bientôt considérer comme normales dans une société déviante.

Le pédiatre de demain devra faire la part des choses et trouver sa place avec les autres para-médicaux dans le contrôle de ces nouveaux problèmes. C'est dans ce domaine des troubles psycho-sociaux que devra s'orienter une recherche planifiée car nous connaissons peu sur les causes et encore moins sur le traitement prophylactique. Les pédiatres, comme les enfants, sont souvent des témoins passifs des événements qu'ils interprètent au

meilleur de leurs connaissances, mais avec une nette insatisfaction et une compétence très douteuse. Cette compétence est très difficile à trouver car la sociologie est encore en pleine évolution. On n'enseigne bien que ce que l'on comprend bien et l'incompétence des professeurs frise celle des élèves. On peut noter quelques percées heureuses : la médecine de l'adolescence, le problème des enfants maltraités et les soins aux handicapés. Avant de réformer notre programme dans ce sens, il faudrait que la faculté et la pédiatrie forment ses propres compétences et qu'elles recyclent ses professeurs. Nous ne sommes prêts à entreprendre que peu de réforme ; les autres devront attendre, faute d'expertise. Ces changements devront aussi être appliqués à l'enseignement continu pour que les pédiatres maintiennent et acquièrent des connaissances conformes aux besoins actuels des enfants et adolescents. On devra aussi favoriser l'enseignement continu par stages courts ou à temps partiel dans des domaines où le praticien en a besoin.

Mais tout ne sera pas non-organique : il existe aussi une demande croissante de soins pour les handicapés qui survivent de plus en plus, et les malades chroniques qui augmentent, sans compter le traitement de plus en plus complexe des maladies à transmission sexuelle, le conseil génétique et diététique, les problèmes presque vierges de la pharmacologie pédiatrique et la toxicologie pédiatrique, l'oncologie, la rhumatologie, l'immunologie, sans compter la pédiatrie d'ur-

gence et de soins intensifs.

Dans un premier temps la pédiatrie a élargi son champ d'action en englobant les soins périnataux et l'adolescence, il lui reste maintenant à progresser vers d'autres domaines encore brumeux mais où on voit déjà des lueurs de connaissance.

On ne peut cependant manquer d'être inquiets au sujet de la qualité des soins donnés par les non-pédiatres dans les années qui viennent. Cette baisse prévue entraînera aussi indirectement une hausse des coûts globaux à court terme et à long terme aussi car rien n'est plus coûteux dans le domaine de la santé que la pauvre qualité. Espérons que nos dirigeants de tous les niveaux prendront conscience des risques courus et qu'ils apporteront des correctifs sans tenir compte des contingences politiques. Le seul guide et critère devra être les besoins des enfants.

---

## summary

---

Because general practioners are not competent enough to take care of children, pediatricians will continue to assure all levels of the care of children. A reform in pediatric teaching is suggested.

---

## bibliographie

---

### 1. American Academy of Pediatrics :

The future of pediatric education. A report by the task force on pediatric education", 1981.

### 2. Pless I.B. :

The changing force of primary pediatrics, Ped. Cl. N. Amer., 1974 ; 21 : 223.