



Le programme de résidence en psychiatrie : la première année de la formation postdoctorale, mise à jour 2014

M Natalie Husarewycz, MD, FRCPC¹; William Fleisher, MD, FRCPC²; Kurt Skakum, MD, FRCPC³

Le Comité de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada (APC) a revu et considérablement modifié l'énoncé de principes original¹ rédigé par le Comité permanent de l'éducation et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 6 décembre 2000; le conseil d'administration de l'APC a approuvé la publication de l'énoncé de principes révisé le 24 juillet 2014.

Introduction

Le programme de résidence en psychiatrie a bien évolué depuis la parution en 2001 de l'énoncé de principes de l'Association des psychiatres du Canada (APC) sur le sujet de la formation médicale durant la résidence¹. Plus précisément, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a publié un document sur les exigences de la formation spécialisée en 2007 d'abord, puis une version actualisée en 2009, qui précise les exigences de la première année de la formation postdoctorale². Selon ces exigences, « cette année de formation doit permettre d'acquérir une expérience générale de la médecine, *pertinente à la psychiatrie* » (italiques ajoutés)^{2, p 1}. Le contenu de la formation des 12 premiers mois de la résidence varie toujours à un certain degré dans les 17 universités canadiennes, une souplesse que permettent les exigences de la formation spécialisée établies par le CRMCC (voir le tableau 1).

Par ailleurs, le débat sur les compétences médicales que devrait posséder le psychiatre se poursuit dans la littérature. Il n'y a pas de consensus clair sur les expériences médicales les plus pertinentes en psychiatrie, non plus que sur la question de savoir si une démarche plus directive en ce qui a trait à la formation médicale serait avantageuse. Depuis la disparition de l'internat par rotation au début des années 1990, les opinions sont éminemment diverses quant aux connaissances et aux aptitudes médicales importantes et essentielles à inculquer à tout futur psychiatre généraliste, tout en veillant à ce que les résidents en psychiatrie soient préparés comme il se doit à l'exercice de la psychiatrie.

Compétences médicales du psychiatre

La littérature décrit abondamment les divers problèmes médicaux qui peuvent coexister avec des troubles psychiatriques. Ainsi, la dépression peut se manifester en parallèle à de multiples affections, notamment la

¹ Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

² Professeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

³ Professeur agrégé et directeur du programme de formation postdoctorale, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

© Tous droits réservés [2015]. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2000-40-R1.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

Tableau 1 : Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada²

1. Douze mois à titre de résident de première année en formation clinique de base

Une année de résidence clinique de base sous la direction d'un département universitaire de psychiatrie, dont la majorité doit être complétée avant le début de la deuxième partie. Cette année de formation doit permettre d'acquérir une expérience générale de la médecine, *pertinente en psychiatrie*, notamment des composantes fondamentales en médecine, en pédiatrie, en médecine familiale, en neurologie (la neuro-imagerie est fortement recommandée), en médecine d'urgence et en psychiatrie. L'année de formation clinique de base (première année de résidence) est intégrée aux années subséquentes de formation en psychiatrie. Les stages obligatoires ou optionnels en psychiatrie peuvent contribuer à l'achèvement des exigences fondamentales ou à l'acquisition des composantes longitudinales de la formation précisés aux sections 2 ou 3.

L'année est répartie en 13 blocs de 4 semaines et doit inclure ce qui suit :

1.1. De sept à neuf blocs de formation de base, comportant :

- 1.1.1. Trois blocs en médecine interne, en médecine familiale et/ou en pédiatrie. Les trois blocs peuvent être suivis au complet en médecine interne ou en médecine familiale ou une combinaison des trois, mais seulement un bloc en pédiatrie est autorisé. Une expérience en endocrinologie est fortement recommandée.
- 1.1.2. Un bloc en neurologie et un bloc en neuro-imagerie ou deux blocs en neurologie (une expérience en neuro-imagerie est fortement recommandée).
- 1.1.3. Un bloc en médecine d'urgence.
- 1.1.4. D'un à trois blocs en psychiatrie, qui incluent préférentiellement une expérience clinique en psychiatrie d'urgence et dans des soins psychiatriques partagés ou en collaboration. Si le résident suit plus d'un bloc en psychiatrie, cette formation doit contribuer à l'expérience de base en psychiatrie générale et doit être approuvée par le directeur du programme de résidence.

1.2. De deux à quatre blocs de formation sélective choisis dans les domaines suivants : gériatrie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie, neuro-imagerie, médecine familiale, soins palliatifs, psychiatrie ou recherche. Le nombre de blocs dans une discipline donnée ne doit pas dépasser deux, sauf pour la psychiatrie, où un seul bloc est permis.

1.3. Un bloc de formation optionnelle sous forme d'un stage en médecine ou en chirurgie, y compris en recherche.

maladie cardiovasculaire, des troubles gastro-intestinaux, des troubles douloureux, des troubles endocriniens, des maladies respiratoires, le cancer et plusieurs troubles neurologiques³⁻⁵. En ce qui concerne la schizophrénie, les affections médicales concomitantes et les comportements néfastes pour la santé, dont le diabète, la maladie cardiovasculaire, le tabagisme et l'obésité, sont nombreux et viennent hausser le taux de mortalité et altérer la qualité de vie⁶. Le trouble bipolaire est lui aussi associé à de nombreuses pathologies, comme des troubles génétiques, des troubles neurologiques, l'asthme, l'hypothyroïdie, le syndrome des ovaires polykystiques, l'insuffisance rénale, l'obésité et le diabète de type 2⁷. Certains troubles associés relèvent d'effets indésirables de médicaments employés dans le traitement de la maladie psychiatrique, tels les troubles métaboliques associés aux antipsychotiques atypiques. D'autres affections sont probablement le résultat de relations bidirectionnelles complexes. De plus, le trouble psychiatrique peut être l'une des manifestations d'une affection médicale à l'instar du trouble bipolaire dans la sclérose en plaques⁷.

Divers obstacles entravent l'accès aux soins médicaux pour nombre de personnes aux prises avec un trouble psychiatrique. Il peut s'agir des symptômes de la maladie, dont la paranoïa ou l'altération de fonctions

exécutives⁶. L'accès difficile tient également à la pénurie de médecins de famille, sujet hautement médiatisé; selon l'Association médicale canadienne, de quatre à cinq millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille⁸. L'on rapporte en outre que de 6 % à 20 % des patients évalués par un omnipraticien se voient diagnostiquer à tort un trouble mental alors qu'ils sont atteints d'une maladie physique⁹.

Dans un tel contexte, d'aucuns proposent que le psychiatre offre non seulement des soins de santé mentale, mais également des soins de santé physique aux patients atteints d'une maladie psychiatrique^{6,9}. Aux États-Unis, la création de programmes de formation combinée sur les soins de santé primaires et les soins psychiatriques intégrés est vue comme une solution aux problèmes mentionnés ci-dessus^{10,11}. À titre d'exemple, citons le Psychiatry Primary Care Education, mis sur pied en 1996, et le Psychiatry Primary Medical Care, créé en 1998. Ces programmes forment les résidents en psychiatrie à la prestation intégrée de soins médicaux primaires et de soins psychiatriques aux patients atteints d'une maladie mentale chronique. Notons également les nombreux programmes de résidence américains combinant la formation en médecine familiale et celle en psychiatrie, plus longs que la résidence en psychiatrie habituelle¹².

Bien que les diplômés de ces programmes se sentent mieux préparés à prendre en charge les problèmes médicaux, cette formation hybride ne semble pas augmenter le taux de dépistage ou de traitement d'affections médicales par le psychiatre¹³. Même les médecins formés à la fois en médecine familiale et en psychiatrie n'ont pas tendance à adopter la prestation de soins médicaux et psychiatriques intégrés¹². Bien des aspects retiennent sans doute les psychiatres d'offrir des soins médicaux primaires à leurs patients, notamment la question préoccupante de la pratique hors des paramètres de l'autorisation d'exercer, des contraintes de temps et le mode de rémunération qui n'est pas adapté à la prestation de soins intégrés.

Il y a quelques années, le CRMCC a officiellement reconnu des surspécialités dans la branche de la psychiatrie, à savoir la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie légale¹⁴⁻¹⁶. La formation surspécialisée qui donne droit au certificat de surspécialité dans ces disciplines comporte des exigences supplémentaires et allonge la résidence en psychiatrie; le cadre de compétences médicales nécessaires au psychiatre surspécialiste pourrait même être plus limité et l'intégration de soins médicaux généraux encore plus difficile.

C'est ainsi que dans le contexte actuel de la formation et de la pratique psychiatriques, il semble difficile de s'attendre à ce que le psychiatre soit un prestataire de soins médicaux et psychiatriques intégrés. Néanmoins, le psychiatre demeure un médecin. Certaines des recommandations formulées par Kathol¹⁷ et ses collègues sur les connaissances médicales les plus pertinentes en psychiatrie offrent un aperçu plus réaliste des compétences médicales que devrait posséder le psychiatre : savoir déterminer s'il y a lieu de procéder à une évaluation physique en plus de l'évaluation psychiatrique et comment la faire, savoir prescrire les analyses de laboratoire et les examens de radiologie le cas échéant puis interpréter et appliquer les résultats dans le cadre de l'évaluation psychiatrique, savoir traiter les troubles psychiatriques qu'éprouvent le patient aux prises avec un problème de santé physique et savoir interagir efficacement et dans un esprit de collaboration avec les omnipraticiens¹⁷.

Formation médicale pertinente en psychiatrie

La question de l'expertise médicale la plus pertinente en psychiatrie, sur laquelle mettre l'accent durant la résidence, divise toujours. Pour certains, des connaissances et des compétences fondamentales en neurologie, en endocrinologie, en immunologie, en pédiatrie, en gériatrie, en génétique, en techniques d'imagerie et en pharmacologie sont nécessaires à la compétence d'expertise du psychiatre¹⁸. Mais on ne sait

pas exactement si des stages distincts dans chacun de ces domaines sont nécessaires pour acquérir cette expertise. D'autres ont suggéré que la détection des complications médicales des traitements psychiatriques, le traitement de problèmes physiques de base, la maîtrise des indications de demande de consultation et le dépistage des urgences physiques fassent partie des objectifs précis de la formation médicale¹⁹. Dans certains cas, les manifestations psychiatriques d'une maladie physique grave concomitante sont attribuées à l'évolution d'un trouble mental préexistant, et apprendre aux résidents en psychiatrie à détecter ces situations peut sauver des vies¹⁹.

La capacité d'établir un diagnostic différentiel selon les manifestations et les signes observés chez le patient est une aptitude incontournable pour le médecin, et la capacité de déterminer les examens physiques, les analyses de laboratoire et les examens d'imagerie indiqués, et savoir interpréter leurs résultats, est une compétence essentielle qui elle aussi renforce l'identité de médecin du psychiatre. De plus, le psychiatre doit souvent intervenir dans la prestation de soins à des patients aux prises avec une maladie physique concomitante. Connaître et comprendre ces maladies et leur traitement, l'effet de l'interféron utilisé dans le traitement de l'hépatite C ou de la chimiothérapie en cas de cancer par exemple, peut faciliter le lien thérapeutique du psychiatre avec le patient et l'aider dans la compréhension de ses symptômes psychiatriques dans le contexte de sa maladie physique et des interactions potentielles des traitements psychiatriques¹⁹.

Gagnon propose que tous les programmes de résidence, en plus de prévoir des périodes consacrées à des stages obligatoires, sélectifs et optionnels, notamment ceux mentionnés dans les exigences de la formation établies par le CRMCC, déterminent des objectifs particuliers pour le résident en psychiatrie durant ces stages^{2,20}. Il offre des exemples précis de situations cliniques auxquelles le résident en psychiatrie devrait être exposé pendant les stages en médecine physique²⁰. La démarche de formation médicale en est une qui repose sur l'acquisition et le perfectionnement de compétences tout au long de la résidence en psychiatrie, plutôt qu'une approche définie dans le temps. D'après ce que disent les 17 facultés de médecine à propos de leurs exigences dans la première année de formation postdoctorale, la formation adopte encore le modèle de périodes de durée déterminée (voir le tableau 2). Nous ne savons pas vraiment si les 17 programmes de résidence canadiens ont de fait fixé des objectifs précis pour le résident en psychiatrie dans les périodes consacrées à la médecine physique. Certains aspects pratiques rendent la tâche difficile sans doute, notamment les modalités qui feraient en sorte que les programmes d'autres disciplines prévoient toutes ces situations cliniques durant les périodes en question.

Tableau 2 : Exigences individuelles des universités canadiennes pour la première année de résidence en psychiatrie^a

Dalhousie	
4 semaines	psychiatrie d'urgence ou en consultation-liaison
4 semaines	psychiatrie communautaire
8 semaines	médecine générale
8 semaines	neurologie
8 semaines	médecine d'urgence
4 semaines	médecine familiale
12 semaines	formation sélective
Laval	
1 mois	médecine d'urgence
3 mois	médecine familiale ou combinaison de 2 périodes de médecine interne et 1 période de pédiatrie
2 mois	neurologie
1 mois	neurosciences et recherche
2 mois	urgence psychiatrique
1 mois	consultation-liaison psychiatrique
1 mois	initiation aux compétences transversales
1 mois	formation sélective en médecine (gériatrie, pédiatrie, soins palliatifs, toxicomanie)
McGill	
16 semaines	formation sélective en psychiatrie
Le reste	formation sélective en médecine (par exemple, médecine familiale, médecine d'urgence, médecine interne, pédiatrie, neurologie et endocrinologie)
McMaster	
8 à 16 semaines	formation sélective (gériatrie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie, neuro-imagerie, médecine familiale, soins palliatifs, psychiatrie ou recherche)
4 semaines	optionnel (stage en médecine ou en chirurgie, y compris en recherche)
Formation de base (durée indéterminée)	médecine interne, médecine familiale, pédiatrie, neurologie, neuroradiologie, médecine d'urgence, psychiatrie
Memorial	
8 semaines	neurologie (4 semaines en neuro-imagerie)
8 semaines	médecine interne
4 semaines	médecine d'urgence pédiatrique
4 semaines	médecine d'urgence chez l'adulte
4 semaines	obstétrique
4 semaines	optionnel
12 semaines	psychiatrie (urgence ou à l'unité de court séjour)
4 semaines	psychiatrie en milieu hospitalier
4 semaines	optionnel
École de médecine du Nord de l'Ontario	
4 semaines	médecine familiale
8 semaines	psychiatrie
16 semaines	médecine
4 semaines	psychiatrie d'urgence
4 semaines	pédiatrie
8 semaines	neurologie et neuroradiologie
4 semaines	médecine d'urgence
4 semaines	optionnel
Université Queen's	
4 blocs	psychiatrie
1 bloc	médecine interne
1 bloc	neurologie
1 bloc	médecine d'urgence
1 bloc	médecine familiale
1 bloc	pédiatrie
1 bloc	gériatrie
1 bloc	médecine physique et de réadaptation
1 bloc	optionnel

suite

Tableau 2 (suite)

Université de Montréal

13 périodes notamment en médecine interne, médecine familiale, pédiatrie, neurologie et neuroradiologie

Université de Sherbrooke²⁵

3 périodes médecine familiale
 3 périodes médecine interne
 2 périodes neurologie
 Indéterminé possibilité de stages en gériatrie, en pédiatrie ou en gastroentérologie
 4 périodes psychiatrie générale (urgence, unité d'évaluation rapide et unité de soins intensifs)
 1 période recherche
 1 période urgences générales

Université de l'Alberta

12 semaines psychiatrie (toxicomanie, intervention de crise, service des urgences et psychiatrie)
 8 semaines médecine interne
 4 semaines cardiologie
 4 semaines médecine d'urgence
 4 semaines médecine familiale
 4 semaines neurologie en milieu hospitalier
 4 semaines neurologie aux consultations externes et réadaptation après traumatisme crânien
 8 semaines formation sélective (endocrinologie, gériatrie, soins palliatifs, médecine familiale, pédiatrie, recherche, neuropsychologie et surspécialités psychiatriques — un bloc au maximum)
 4 semaines congé

Université de la Colombie-Britannique

3 blocs médecine interne, médecine familiale ou les deux
 1 bloc pédiatrie
 1 bloc neurologie
 1 bloc neuro-imagerie
 1 bloc médecine d'urgence
 1 bloc psychiatrie d'urgence
 2 blocs psychiatrie
 3 blocs formation sélective ou optionnelle

Université de Calgary

4 semaines médecine familiale
 8 semaines psychiatrie
 16 semaines médecine
 4 semaines psychiatrie d'urgence
 4 semaines pédiatrie
 8 semaines neurologie
 4 semaines médecine d'urgence
 4 semaines optionnel

Université du Manitoba

4 semaines toxicomanie
 4 semaines médecine d'urgence
 4 semaines médecine familiale
 4 semaines médecine interne
 4 semaines neurologie
 4 semaines neuroradiologie (ou 4 autres semaines en neurologie)
 8 semaines pédiatrie
 4 semaines psychiatrie
 4 semaines congé
 4 à 12 semaines formation sélective (2 blocs au maximum dans une discipline, dont chirurgie générale, gériatrie, médecine interne, neurologie, clinique des troubles du mouvement, neuroradiologie, obstétrique et gynécologie, soins palliatifs, pédiatrie développementale, pédiatrie et recherche)
 Jusqu'à 4 semaines optionnel (spécialité médicale ou chirurgicale ou psychiatrie)

suite

Tableau 2 (suite)**Université d'Ottawa**

4 semaines	psychiatrie en milieu hospitalier
4 semaines	psychiatrie d'urgence
4 semaines	toxicomanie
4 semaines	psychiatrie dans des groupes insuffisamment desservis
4 semaines	unité d'enseignement clinique de médecine interne
4 semaines	neurologie
4 semaines	gériatrie
4 semaines	endocrinologie
4 semaines	neuroradiologie ou troubles du développement
4 semaines	médecine familiale
4 semaines	médecine d'urgence chez l'adulte
4 semaines	médecine d'urgence pédiatrique
4 semaines	soins palliatifs

Université de la Saskatchewan

12 semaines	médecine interne
4 semaines	gériatrie
4 semaines	psychiatrie
4 semaines	pédiatrie
4 semaines	neuro-imagerie
4 semaines	optionnel
4 semaines	médecine familiale
4 semaines	neurologie
4 semaines	urgence
8 semaines	formation sélective (minimum de 4 semaines dans une discipline : obstétrique et gynécologie, chirurgie, soins palliatifs, médecine familiale, médecine physique et de réadaptation et pédiatrie)
4 semaines	congé

Université de Toronto

2 mois	médecine interne
1 mois	médecine familiale ou pédiatrie
1 mois	neurologie
1 mois	médecine d'urgence
1 semaine	neuro-imagerie
1 mois	neurologie comportementale
1 mois	soins palliatifs
1 mois	Urgence psychiatrique
1 mois	Consultation-liaison psychiatrique
1 mois	psychiatrie et toxicomanie
1 mois	formation sélective (pédiatrie, obstétrique et gynécologie, chirurgie, médecine familiale, neurologie et gériatrie)
1 mois	optionnel

Université de Western Ontario

1 bloc	orientation approfondie
1 bloc	psychiatrie générale chez l'adulte
1 bloc	psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
1 bloc	psychiatrie d'urgence
1 bloc	médecine interne (unité d'enseignement clinique, soins ambulatoires ou endocrinologie)
1 bloc	médecine d'urgence chez l'adulte
1 bloc	médecine d'urgence pédiatrique
1 bloc	unité d'enseignement clinique en neurologie
1 bloc	neuroradiologie ou clinique de neurologie externe
1 bloc	médecine familiale
2 blocs	formation sélective (pas en psychiatrie)
1 bloc	optionnel (n'importe quelle spécialité)

^a Conformément à ce qui paraît sur le site Web de l'université ou d'après l'entretien avec un représentant des études médicales postdoctorales du programme, à moins d'indication contraire.

Des organismes voués à l'enseignement et à l'éducation médicale préconisent le passage d'un modèle d'éducation médicale axé sur des périodes de stage à un modèle centré sur l'acquisition et le perfectionnement de compétences. Par exemple, le Psychiatry Milestone Project est l'initiative commune de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education et de l'American Board of Psychiatry and Neurology²¹. Il précise les compétences particulières que devraient acquérir et perfectionner les résidents en psychiatrie aux États-Unis durant leur formation, les hiérarchise et détermine celles à posséder au moment de l'obtention du diplôme. Dans la dernière version du document, certains objectifs ont trait aux compétences médicales : déceler et traiter les manifestations psychiatriques courantes de maladies physiques (par exemple, un délirium induit ou une psychose induite par des stéroïdes) et de troubles médicaux ou neurologiques présents chez le patient psychiatrique, déceler des affections médicales courantes (par exemple, l'hypothyroïdie, l'hyperlipidémie et le diabète) chez le patient psychiatrique²¹. De même, le projet L'avenir de l'éducation médicale au Canada, issu de la collaboration entre le CRMCC et le Collège des médecins de famille du Canada, dans son rapport paru en 2012, formule 10 recommandations sur l'éducation médicale postdoctorale dans le but principal de favoriser l'enchaînement harmonieux des études de premier cycle, des études postdoctorales et de la pratique^{22,23}. Le projet, à l'instar du projet américain Milestone, insiste également sur un cursus axé sur les compétences, de préférence au modèle classique reposant sur des blocs de durée déterminée. Pour adopter cette formule, les éducateurs médicaux devront mettre en place un système d'évaluation des compétences médicales et devront prévoir plus de souplesse dans la formation²³. Alors que la formation fondée sur les compétences semble être la voie de l'avenir en éducation médicale, les programmes de résidence ne sont pas organisés actuellement pour offrir cette formation, la première année des études postdoctorales demeurant structurée par des stages de durée déterminée dans les 17 universités (voir le tableau 2). Il en va ainsi du CRMCC qui propose toujours des stages de durée déterminée dans ses exigences de la formation spécialisée².

Le cadre CanMEDS 2015, en cours d'élaboration par le CRMCC, tout en conservant les sept mêmes rôles CanMEDS fondamentaux, mettra l'accent sur la formation médicale fondée sur les compétences. Le cadre CanMEDS renouvelé déterminera des jalons d'acquisition et de perfectionnement de compétences pour les sept rôles que le médecin peut exercer au cours de sa carrière, y compris pendant la résidence et le développement professionnel continu²⁴.

Bien que les exigences en matière de stages au cours de la première année de la formation postdoctorale

varient à un certain point dans les 17 universités, les exigences de la formation spécialisée entérinées par le CRMCC ont-elles semblé-t-il mené à une plus grande uniformisation encore qu'en 2001, alors que nous nous penchions sur cette question¹. La formation de base comprend des stages en médecine générale, soit en médecine interne, en médecine familiale ou en pédiatrie, et des stages obligatoires en neurologie et en médecine d'urgence. D'après la description qui paraît sur leur site Web (consulté en 2013), la plupart des programmes de résidence incorporent ces éléments à la formation médicale postdoctorale en première année. L'uniformisation accrue de la formation est importante du point de vue de la transférabilité des titres et des compétences au pays et de la délimitation du champ d'exercice en vertu de l'autorisation d'exercer. En parallèle, la souplesse dans le choix des stages cliniques est importante pour les résidents de première année dans la consolidation de leur identité de médecin et dans l'approfondissement de leurs champs d'intérêt.

Conclusion

Au vu de ces observations, l'APC recommande ce qui suit :

1. L'expérience générale de la médecine physique fait partie intégrante du développement du psychiatre compétent. Cette formation devrait se dérouler dans divers milieux médicaux afin que le résident soit exposé à différentes situations cliniques. Le programme de résidence devrait veiller à ce que la formation médicale postdoctorale s'effectue dans divers milieux cliniques, notamment le milieu hospitalier, les consultations externes et le milieu communautaire.
2. Au cours de la première année des études médicales postdoctorales, le résident en psychiatrie devrait avoir la possibilité d'acquérir des habiletés dans la détection des urgences médicales, dans le dépistage des manifestations psychiatriques de maladies physiques, dans la prise en charge de problèmes de santé physique de base à l'unité de soins psychiatriques de l'hôpital, dans la surveillance des effets indésirables des médicaments psychiatriques, dans la prise en charge de la maladie psychiatrique chez le patient présentant également une affection physique, dont l'évaluation des interactions médicamenteuses, et savoir déterminer s'il y a lieu de procéder à des examens physiques, à des analyses de laboratoire ou à des examens d'imagerie dans le cadre de l'évaluation psychiatrique.
3. Le Comité de la spécialité de la psychiatrie du CRMCC devrait veiller à ce que les exigences de la formation spécialisée concordent toujours avec les buts et objectifs de la formation du psychiatre

compétent et vérifier que ces exigences font en sorte que le résident sera suffisamment préparé en vue de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie II. Réussir cet examen est une autre façon de consolider l'identité et la compétence de médecin du psychiatre.

4. Les exigences de la formation devraient toujours correspondre aux compétences médicales pertinentes dans l'exercice de la psychiatrie, et ne pas être conçues dans l'objectif de régler le problème de la pénurie d'omnipraticiens en faisant en sorte que les psychiatres prodiguent des soins physiques aux patients psychiatriques.
5. Compte tenu de la tendance actuelle à favoriser la formation fondée sur les compétences en éducation médicale, le Comité de la spécialité de la psychiatrie du CRMCC et ses partenaires à l'APC, les Coordinators of Psychiatric Education (COPE) et les représentants des surspécialités de la psychiatrie, devraient ensemble déterminer les compétences mesurables, en particulier les compétences médicales, que le psychiatre doit impérativement acquérir. Ils pourraient entreprendre cette tâche en formant un groupe de travail mixte où tous les organismes seraient représentés, qui cernerait précisément ces compétences biomédicales fondamentales, les mêmes partout au pays.

Reconnaissance

Les auteurs remercient Dre Sophie L'Heureux pour ces suggestions et son aide dans la préparation de cet Énoncé de principes.

Références

1. Varan L, Noiseux R, Fleisher W et coll. Le programme de résidence en psychiatrie : la formation postdoctorale de niveau 1. *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2001;46 (10 encart):1–11.
2. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie. Ottawa (ON): CRMCC; 2009.
3. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):149–152.
4. Chou SP, Huang B, Goldstein R, et al. Temporal associations between physical illnesses and mental disorders—results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Compr Psychiatry*. 2013;54(6):627–638.
5. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2007;19(4):289–303.
6. Casey DA, Rodriguez M, Northcott C, et al. Schizophrenia: medical illness, mortality, and aging. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(3):245–251.
7. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005;67(1):1–8.
8. Haggie J. Un médecin pour chaque Canadien et Canadienne — Une meilleure planification des ressources humaines en santé du Canada. Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne (AMC) au Comité permanent de la Chambre des communes sur les ressources humaines, le développement des compétences, le développement social et la condition des personnes handicapées — Faire face à la rareté de la main-d'œuvre dans les professions à forte demande. Ottawa (ON): AMC; 2012.
9. Garden G. Physical examination in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11:142–149.
10. Dobscha SK, Ganzini L. A program for teaching psychiatric residents to provide integrated psychiatric and primary medical care. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1651–1653.
11. Rohrbaugh RM, Felker B, Kosten T. The VA psychiatry–primary care education initiative. *Acad Psychiatry*. 2009;33(1):31–36.
12. Warner CH, Morganstein J, Rachal J, et al. Perceptions and practices of graduates of combined family medicine-psychiatry residency programs: a nationwide survey. *Acad Psychiatry*. 2007;31(4):297–303.
13. Dobscha SK, Snyder KM, Corson K, et al. Psychiatry resident graduate comfort with general medical issues: impact of an integrated psychiatry-primary medical care training track. *Acad Psychiatry*. 2005;29(5):448–451.
14. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Exigences de la formation surspécialisée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ottawa (ON): CRMCC; 2011.
15. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Exigences de la formation surspécialisée en psychiatrie légale. Ottawa (ON): CRMCC; 2011.
16. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Exigences de la formation surspécialisée en gérontopsychiatrie. Ottawa (ON): CRMCC; 2011.
17. Kathol RG, Kick SD, Morrison MF. Let's train psychiatric residents to use their medical skills to meet twenty-first century demands. *Psychosomatics*. 1997;38(6):570–575.
18. Martin L, Saperson K, Maddigan B. Residency training: challenges and opportunities in preparing trainees for the 21st century. *Can J Psychiatry*. 2003;48(4):225–231.
19. Lysak P. Medical training during psychiatric residency. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*. 2003 Aug.
20. Gagnon F. Basic clinical training. In: Leverette JS, Hnatko GS, Persad E, editors. *Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada*. Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 2009. p 57–70.
21. The Psychiatry Milestone Project: a joint initiative of The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Psychiatry and Neurology [Internet]. [lieu de publication inconnu]: Accreditation Council for Graduate Medical Education; novembre 2013 [cité le 26 janvier 2015]. À l'adresse : <http://acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/PsychiatryMilestones.pdf>.
22. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). L'avenir de l'éducation médicale au Canada : projet postdoctoral — Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada. Ottawa (ON): le Collège des médecins de famille du Canada, CRMCC; 2012.
23. Saperson K. Psychiatry residency education in Canada: past, present and future. *Acad Psychiatry*. 2013;37(4):238–242.
24. Frank JR, Snell LS, Sherbino J, éditeurs. L'ébauche du Cadre des compétences CanMEDS 2015 pour les médecins (Série III) [Internet]. Ottawa (ON): Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; septembre 2014 [cité le 26 janvier 2015]. À l'adresse : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_III_f.pdf.
25. Morra D, Torgerson C, Loblaw A, éditeurs. *Canadian medical residency guide: taking control of your future medical career and financial life*. 9^e éd. [Internet]. Toronto (ON): Royal Bank of Canada and Medical Career Services; 2011 [cité le 26 janvier 2015]. À l'adresse : <http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/core-units/student-affairs/RBC-2011-Canadian-Medical-Residency-Guide.pdf>.