

UNE PREMIÈRE  
LIGNE FORTE  
DE L'EXPERTISE  
DU MÉDECIN DE FAMILLE



02/2016  
ÉNONCÉ  
DE POSITION

**Publication du Collège des médecins  
du Québec**

Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8  
Téléphone : 514 933-4441  
ou 1 888 MÉDECIN  
Télécopieur : 514 933-3112  
Site Web : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)  
Courriel : [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

**Édition**

Service des communications

**Graphisme**

Uniform

**Révision linguistique**

Odette Lord

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à condition  
que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2016  
Bibliothèque et Archives Canada  
Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec  
ISBN 978-2-924674-00-0

© Collège des médecins du Québec,  
février 2016

**Notes :**

Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

Par ailleurs, pour alléger le texte, le terme « santé » est employé pour désigner plus largement « la santé et les services sociaux ».

## — Membres du groupe de travail responsable de la mise à jour de l'énoncé de position sur le rôle du médecin de famille

**DR JEAN-PIERRE BOUCHER**

Médecin de famille

Président du groupe de travail

**DRE JULIE LAJEUNESSE**

Médecin de famille

Vice-présidente du groupe de travail

**DR JEAN-BERNARD TRUDEAU**

Médecin de famille

Secrétaire adjoint

Collège des médecins du Québec

Secrétaire du groupe de travail

**DR ARMAND AALAMIAN**

Médecin de famille

Vice-doyen de l'enseignement médical des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles et des affaires professionnelles

Université McGill

**DRE DOMINIQUE DESCHÊNES**

Médecin de famille désignée par

le Collège québécois des médecins

de famille

**DR MARC GIRARD**

Médecin spécialiste en neurologie désigné

par la Fédération des médecins spécialistes

du Québec

**DR BERNARD MILLETTE**

Médecin de famille

Médecin-conseil à la Direction générale  
du Collège des médecins du Québec

**M. PIERRE PARENT**

Représentant du public

**DR CLAUDE RIVARD**

Médecin de famille désigné par la

Fédération des médecins omnipraticiens du  
Québec

## — Membres du groupe de travail responsable de la mise à jour de l'énoncé de position sur le rôle du médecin de famille

### LES PERSONNES ET ORGANISMES RENCONTRÉS ET/OU AYANT SOUMIS UN DOCUMENT

Personnes/organismes rencontrés :

- › Dre Marie-Dominique Beaulieu, médecin de famille, chercheuse et professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal
- › M. Pierre Blain, directeur général, Regroupement provincial des comités des usagers
- › M. Georges-Émile Bourgault et M. Michel Caron, Ordre des pharmaciens du Québec
- › Dre Marie-Josée Chouinard, psychiatre, Dre Suzie Benoît, médecin de famille et Mme Hélène Brouillet, psychologue, programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Est
- › Dre Maxine Dumas Pilon, présidente, Collège québécois des médecins de famille
- › Dre Diane Francoeur, présidente, Fédération des médecins spécialistes du Québec
- › Dr Louis Godin, président, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- › Dr Antoine Groulx, médecin de famille, directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés, Ministère de la Santé et des Services sociaux
- › Dre Yun Jen, présidente, Association médicale du Québec
- › Dr Yves Langlois, médecin de famille et Dr Mauril Gaudreault, médecin de famille, Comité directeur des activités médicales partageables, Collège des médecins du Québec
- › Dre Paule Lebel, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, codirectrice de la Direction collaboration et partenariat patient, professeure agrégée, Faculté de médecine, Université de Montréal
- › Dr Jean Pelletier et Dre Luce Pélissier-Simard, représentants des directeurs des quatre départements de médecine de famille/médecine d'urgence du Québec et des quatre programmes de résidence en médecine de famille du Québec
- › Dr Claude Rivard, médecin de famille, et Mme Julie Côté, gestionnaire, Clinique familiale des Hauts-Bois
- › Dre Andréanne Roy et Dr Philippe Karazivan, chercheurs, respectivement à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal, ayant réalisé des études autour des enjeux touchant la pratique des jeunes médecins de famille

## — Membres du groupe de travail responsable de la mise à jour de l'énoncé de position sur le rôle du médecin de famille

- › Dr Guy-Bertin Tcheumi, Dr René Wittmer et Mme Geneviève Coiteux, représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec
  - › Étudiants/étudiantes : Chanel Béland, Université de Montréal; Samuel Caron, Université Laval; Roselyne Choinière, Université de Sherbrooke; Annick Gauthier, Université McGill, représentants des Groupes d'intérêt en médecine de famille
  - › M. Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et Dre Véronique Déry, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, commissaire adjointe aux analyses et politiques de santé et de bien-être
  - › Mme Lucie Tremblay, présidente et Mme Geneviève Ménard, directrice-conseil, Direction, Affaires externes, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
- Personnes/organismes ayant soumis un document :
- › Ordre des ergothérapeutes du Québec
  - › Ordre des psychologues du Québec
  - › Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
  - › Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
  - › Ordre professionnel des diététistes du Québec
  - › Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

# — Table des matières

## 07/

### CHAPITRE 1

Le contexte des travaux du groupe de travail sur le rôle du médecin de famille

## 08/

### CHAPITRE 2

Affirmations pour une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille

## 10/

### CHAPITRE 3

Les attentes et les besoins en santé des citoyens et citoyennes du Québec

## 12/

### CHAPITRE 4

Les défis des soins et services de santé de première ligne au Québec

## 15/

### CHAPITRE 5

Le médecin de famille au Québec : rôles et enjeux

## 21/

### CHAPITRE 6

Le travail en équipe interprofessionnelle : une richesse et une nécessité

## 27/

### CHAPITRE 7

Des modèles de pratique de première ligne performants : les facteurs de succès

## 35/

### CHAPITRE 8

La médecine de famille et les médecins de famille : recrutement, formation, recherche et soutien à la pratique

## 40/

### CHAPITRE 9

Pour une première ligne de soins et de services de santé forte : des actions multicibles requises

## 43/

### CHAPITRE 10

La liste des affirmations et des recommandations

## 49/

### DES RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

# Chapitre 1/

## Le contexte des travaux du groupe de travail sur le rôle du médecin de famille

La mission du Collège des médecins du Québec (le Collège) est de veiller à ce que les citoyens du Québec puissent compter sur une médecine de qualité au service du public.

En 2005, le Collège publiait un énoncé de position sur le rôle du médecin de famille<sup>1</sup>. À l'automne 2014, dans un contexte d'évolution des pratiques inter-professionnelles, le Collège développait un cadre d'analyse pour évaluer les demandes de partage d'activités médicales. Ce cadre rendait nécessaire une révision de l'énoncé de 2005 sur le rôle du médecin de famille.

À la suite de cette décision et sans relation de cause à effet, le monde de la santé et des services sociaux au Québec a traversé une période d'intenses débats en 2015 avec le dépôt de plusieurs projets de loi visant notamment à transformer la pratique des médecins. Dans ce contexte, les défis de la médecine de famille seront grandissants, ce qui confirme la nécessité de revoir l'énoncé de position du Collège sur le rôle du médecin de famille.

<sup>1</sup> Collège des médecins du Québec (2005). *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*.

## Chapitre 2/ Affirmations pour une première ligne<sup>2</sup> forte de l'expertise du médecin de famille

Le Collège déclare dès maintenant que les affirmations qui suivent, en prélude au présent énoncé, sont incontournables pour prétendre à une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille. Ces affirmations sont à la fois la fondation et le ciment des recommandations qui suivront.

### AFFIRMATION N° 1

Comme le démontrent de nombreuses études, recherches et données probantes, un système public de santé et de services sociaux fort, performant, accessible et viable doit s'appuyer sur une première ligne robuste de soins et de services où le médecin de famille doit jouer un rôle primordial. Ainsi, par souci de qualité, d'efficacité, d'efficience et de consolidation, les ressources et le financement doivent être orientés en conséquence.

### AFFIRMATION N° 2<sup>3</sup>

Les médecins (*toutes spécialités confondues*) partagent collectivement la responsabilité sociale de répondre aux besoins en soins et services de santé de la communauté où ils exercent, et ils doivent adapter leur pratique aux besoins locaux (p. ex. : accessibilité en temps opportun pour soins aigus et suivis de clientèle), et ce, dans la mesure des moyens dont ils disposent. Par conséquent, la complicité du tandem « médecin de famille – médecin spécialiste » doit être étroite, efficace et se traduire par un accès convivial et privilégié.

<sup>2</sup> Le terme « première ligne » se réfère à la première ligne de soins et services sociaux accessible directement au citoyen. Les soins plus spécialisés, dits de deuxième et de troisième lignes, sont habituellement accessibles à la suite de l'intervention en première ligne.

<sup>3</sup> Voir à la fin de l'énoncé la liste complète des affirmations et recommandations.



**AFFIRMATION N° 3**

Les citoyens du Québec doivent pouvoir, s'ils le désirent, s'inscrire auprès d'un médecin de famille et être vus en temps opportun par celui-ci ou par un professionnel de l'équipe à laquelle il appartient.

**AFFIRMATION N° 4**

La mission première du médecin de famille est d'accepter la responsabilité du suivi à long terme des patients en première ligne (p. ex. : promotion de la santé, soins pour malaises aigus, suivi des maladies chroniques).

**AFFIRMATION N° 5**

La forte polyvalence individuelle de très nombreux médecins de famille québécois, qui sont à la fois présents en suivi de clientèle et en deuxième ligne de soins constitue une valeur ajoutée.

**AFFIRMATION N° 6**

La formation du médecin de famille, à la fois en sciences biologiques et en sciences humaines, ainsi que sa pratique polyvalente en première ligne le placent comme l'intervenant clé, le leader intégrateur et le *chef d'orchestre* de l'équipe de soins de première ligne. Il est le professionnel de la santé le plus apte à établir avec les patients, grâce au partage et à l'intégration des informations des autres membres de l'équipe de soins, une vision globale de leur état de santé, à coordonner leurs plans de soins et, si requis, à contribuer à les orienter dans le système de soins et de services de santé.

**AFFIRMATION N° 7**

La valorisation de la médecine de famille au sein de la société doit faire l'objet d'actions concrètes, compte tenu de son importance pour une première ligne forte. Tous les propos à l'encontre de cette valorisation de la médecine de famille, peu importe le milieu (enseignement, formation, pratique), doivent être dénoncés rapidement et des actions doivent être entreprises immédiatement pour les faire cesser.

## Chapitre 3/ Les attentes et les besoins en santé des citoyens et citoyennes du Québec

La consultation menée par le Collège de même que la littérature scientifique identifient plusieurs attentes, constats et besoins jugés prioritaires en lien avec la médecine de famille.

### L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ : LE CRI DU CŒUR!

Les Québécois sont fort attachés à leur système public de soins de santé et de services sociaux. Par contre, ils critiquent vivement, et avec raison, les problèmes d'accessibilité en temps opportun, à la fois aux professionnels de la santé (particulièrement aux médecins de famille et aux médecins spécialistes) et aux services diagnostiques et thérapeutiques.

Paradoxalement, les citoyens du Québec ont accès, sans barrières ou presque, aux médecins spécialistes consultants et aux examens et traitements s'ils sont hospitalisés et lorsqu'ils consultent à l'urgence. La situation est fort différente s'ils font leurs démarches en mode ambulatoire, notamment auprès d'un médecin de famille. Ils se heurtent alors à des délais ou encore ils doivent souvent payer pour accélérer l'accès à certains examens ou traitements.

Dans les faits, quoique des améliorations aient été apportées au cours des dernières années, l'accès en ambulatoire aux médecins spécialistes et aux plateaux techniques demeure un problème majeur pour les médecins de famille et les patients. C'est pourquoi il est important d'insister de nouveau sur le rôle attendu des médecins spécialistes afin que ces derniers concentrent leur niveau de prise en charge à la clientèle qui exige leur compétence particulière tout en se rendant disponibles auprès du médecin de famille afin de le soutenir dans son travail clinique.

## UNE PERSPECTIVE GLOBALE SUR LA SANTÉ DES INDIVIDUS, DES FAMILLES ET DES COMMUNAUTÉS

Les sociétés investissent des sommes importantes dans leurs systèmes de soins et de services de santé. En contrepartie, la littérature scientifique démontre que d'autres déterminants ont plus d'impact sur la réduction de la mortalité, de la morbidité et des coûts pour une société et doivent donc être pris en compte pour assurer la santé et le bien-être des citoyens (p. ex. : éducation et revenu, saines habitudes de vie, soutien social, environnement). L'ensemble de ces déterminants confirme l'importance de combiner les interventions de promotion et de prévention de la santé avec les approches curatives et aussi de tenir compte des liens entre les pensées, les émotions et les processus physiologiques des individus. La perspective systémique et globalisante pour évaluer et comprendre la santé d'une personne doit être valorisée par une approche biopsychosociale.

## UNE ÉCOUTE EMPATHIQUE ET RESPECTUEUSE

Les Québécois demandent à être traités avec efficacité, respect et humanité. Lorsqu'il s'agit de leur santé, les personnes souhaitent rencontrer un médecin de famille ou une équipe de professionnels qui travaille avec lui, qu'elles connaissent et qui les connaît et qui prendra le temps de les écouter avec compassion dans le respect de leur vécu, de leurs valeurs et de leurs idées.

## UNE COORDINATION DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ

De multiples facteurs biopsychosociaux peuvent expliquer un malaise, une maladie et en faciliter ou en entraver la solution ou l'atténuation. Cela implique qu'il peut être nécessaire de faire appel à des professionnels de champs d'exercice différents pour l'évaluation des problèmes de santé d'un patient. Cette multiplication des intervenants et des interventions peut amener de la confusion, des doubles emplois et des contradictions. Dans ce contexte, la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches soulève, pour le médecin de famille, le défi de la coordination des soins de santé afin d'intégrer toutes les données qui vont lui permettre d'élaborer un diagnostic différentiel et, ultimement, le diagnostic. Le partage des tâches entre les différents intervenants en santé et services sociaux devient un enjeu majeur de coordination qui requiert la bonne volonté de tous afin qu'ils soient à l'écoute des commentaires et suggestions des uns et des autres et aussi des patients et de leurs proches. Au surplus, chaque citoyen porte aussi une responsabilité vis-à-vis de sa santé et de l'autogestion de ses soins, dans la mesure du possible.

# Chapitre 4/ Les défis des soins et services de santé de première ligne au Québec

Plusieurs défis et enjeux exigent des actions vigoureuses et courageuses de la part de tous les acteurs (intervenants en santé, administrateurs, politiciens, formateurs, chercheurs) en partenariat avec les citoyens.

## DE 2005 À 2015, DES ENJEUX SIMILAIRES POUR LA MÉDECINE DE FAMILLE ET LA PREMIÈRE LIGNE

Plusieurs personnes et organismes rencontrés ont affirmé retrouver, dans l'énoncé de 2005, des enjeux similaires à la situation d'aujourd'hui. Ils notent que plusieurs recommandations n'ont pas fait l'objet de suivis et attendent encore d'être appliquées.

Bien que le document de 2005 demeure d'actualité par sa définition du rôle du médecin de famille, la modernisation de l'énoncé est nécessaire afin d'actualiser de nouvelles recommandations, incluant les moyens de vigie pour assurer leurs réalisations.

## UN ENVIRONNEMENT CHANGEANT ET EXIGEANT

Voici un rappel de quelques enjeux devant lesquels le Québec se trouve et qui créent d'énormes pressions sur le système de santé actuel et futur, pour son fonctionnement et son financement :

- › Un alourdissement des clientèles (p. ex. : hausse des maladies chroniques, identification accrue des problèmes de santé mentale, accroissement de la fréquence de la multimorbidité, vieillissement de la population).
- › La pression des innovations (p. ex. : médicaments, interventions, technologies) et le défi associé à leur coût, à leur sélection et à leur utilisation.

- › Un contexte social changeant (p. ex. : information multisource du public, multimédia, attentes élevées des citoyens, valeur importante accordée à la qualité de vie, dilemme des soins de fin de vie).
- › Une crise économique mondiale persistante qui mine les revenus de l'État et réduit le pouvoir d'achats des citoyens.
- › Le souhait de plusieurs personnes de demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible (p. ex. : soins à domicile pour les personnes âgées à mobilité restreinte, soins palliatifs pour l'accompagnement en fin de vie, traitements hors milieu hospitalier de certaines maladies aiguës et chroniques).
- › La nécessité de s'adapter en raison des changements sociétaux touchant l'accès à l'information et les moyens de communiquer (p. ex. : Web 2.0, médias sociaux, prise de rendez-vous par Internet, dossiers en ligne accessibles aux patients et aux intervenants, consultation à distance).

## DES VALEURS ET DES CHOIX PERSONNELS QUI ÉVOLUENT

Les plus jeunes générations de médecins, très branchées et fort présentes sur les réseaux sociaux font évoluer les valeurs de la société. Comme chez plusieurs autres citoyens, cette évolution privilégie un équilibre plus grand entre la qualité de la vie professionnelle et celle de la vie privée. Aussi, la nouvelle génération de médecins vit différemment la vocation de la médecine et recherche une pratique motivante qui permet de préserver cet équilibre. Cette situation pose assurément des défis intergénérationnels.

## POURSUIVRE LES EFFORTS POUR UN FINANCEMENT PLUS GRAND VERS LA PREMIÈRE LIGNE

En accord avec les données probantes en faveur d'une réorientation du système de santé de l'hôpital de soins aigus vers un réseau centré sur les gens au sein de leur communauté (redistribution des ressources et du financement vers la première ligne, comprenant les infrastructures et le fonctionnement), le Québec n'a pas complété le virage requis. Bien qu'on observe un réseau ambulatoire grandissant, une plus grande utilisation des services en CLSC, l'accentuation de l'implication de plusieurs types de professionnels en soins à domicile, force est de constater que les efforts sont à poursuivre et qu'ils ne se font pas ressentir significativement dans la pratique clinique quotidienne des médecins de famille. En lien avec cette dernière affirmation, il faut rappeler que les médecins qui pratiquent en cabinet, sauf les médecins non participants au régime public (phénomène qui demeure marginal<sup>4</sup>), sont rémunérés par l'État. La population ne saisit pas

<sup>4</sup> En décembre 2015 selon les chiffres de la RAMQ, il y avait près de 270 omnipraticiens/médecins de famille non participants sur un total de plus de 9 000 médecins de famille au Québec.  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf>

toujours cet état de fait et il arrive que les cabinets de médecins de famille soient associés au réseau privé. Il est important de défaire cette fausse équation afin de ne pas nuire au soutien aux médecins de famille et au développement d'une première ligne forte répondant avec efficacité et efficience aux besoins de santé de la population.

## DES SOLUTIONS CONNUES, RECONNUES ET DÉMONTRÉES EN SOUTIEN À LA MÉDECINE DE FAMILLE

Au Québec, pour soutenir efficacement la médecine de famille pour une première ligne forte capable de surmonter les défis et enjeux du système de santé et de services sociaux, certains éléments majeurs doivent être réunis :

- 1/ La reconnaissance et la valorisation de l'expertise du médecin de famille dans son rôle central de leader intégrateur (*chef d'orchestre*) de l'équipe de santé de première ligne.
- 2/ La forte collaboration entre les médecins de famille, les médecins spécialistes et les autres intervenants en santé et services sociaux en partenariat avec les patients et leurs proches.
- 3/ La mise en place en première ligne de modèles d'organisation de soins et de services de santé de qualité, accessibles, efficaces et efficients en interface dynamique avec un accès en temps opportun aux médecins spécialistes, aux plateaux techniques et aux consultations spécialisées.
- 4/ Une sélection soucieuse des qualités recherchées chez les futurs médecins de famille suivie d'une solide formation, de l'appui d'un secteur de recherche sur les soins et services de santé de première ligne dynamique et d'un soutien lors de l'installation en pratique des nouveaux diplômés.

# Chapitre 5/ Le médecin de famille au Québec : rôles et enjeux

Toutes les personnes et tous les organismes rencontrés par le groupe de travail du Collège ont reconnu le rôle central de leader intégrateur (intégration des informations de différentes sources en lien avec la santé des patients) que doit jouer en première ligne le médecin de famille à titre de *chef d'orchestre* de l'équipe de soins.

## RÔLE - LE MANDAT CENTRAL DU MÉDECIN DE FAMILLE

Comme il est mentionné dans l'énoncé de 2005, ainsi qu'affirmé dans la littérature internationale et par les organismes professionnels canadiens et québécois, le rôle principal du médecin de famille, le noyau central de sa pratique, est d'accepter la responsabilité du suivi<sup>5</sup>, tout au long de leur vie, des patients qui le choisissent. Ce rôle consiste autant à aider les patients à maintenir et à améliorer leur santé globale, à prévenir l'apparition des maladies, à évaluer et à traiter leurs malaises et maladies épisodiques et à effectuer le suivi de leurs problèmes chroniques de santé, tout en respectant leurs valeurs et leurs préférences.

## RÔLE - LES COMPÉTENCES ET TÂCHES PRINCIPALES DU MÉDECIN DE FAMILLE

La forte médiatisation des difficultés d'accessibilité aux soins porte ombrage au professionnalisme, à l'engagement et à la qualité des interventions de la grande majorité des médecins de famille du Québec. Il est parfois difficile pour le public et même pour les autres professionnels de la santé de saisir les particularités du travail du médecin de famille et la valeur ajoutée de ses interventions. Voici quelques éléments clés de la spécificité de son travail :

<sup>5</sup> Bien que l'expression *prise en charge* soit souvent utilisée en médecine, elle réfère à un caractère paternaliste dont nous souhaitons nous éloigner en valorisant plutôt un message positif d'engagement et de prise de responsabilité du médecin envers le patient. Il est donc suggéré d'éviter son emploi car, sauf en cas de problème de santé fort débilisant, le médecin conseille le patient et il ne décide pas à sa place comme pourraient le laisser penser les mots *prise en charge*. Nous avons retenu le terme « accepter la responsabilité du suivi » pour décrire une vision contemporaine en partenariat avec le patient.

- › Le médecin de famille est l'expert de la gestion des problèmes courants, de la détection des problèmes latents, aigus et chroniques, et de l'identification de maladies moins fréquentes qui peuvent s'avérer dangereuses, bien que traitables. L'identification des problèmes de santé, le diagnostic des maladies ainsi que l'établissement d'un plan d'investigation et de traitement constituent les assises de ses compétences professionnelles.
- › Le niveau élevé, en première ligne, de situations biopsychosociales concomitantes soulève souvent ambiguïtés et incertitudes sur les plans de l'identification, de l'évaluation et de la priorisation des problèmes et de leurs solutions potentielles. Ce contexte ajoute à la complexité et constitue une particularité du champ d'exercice de la médecine de famille. Le développement de la spécialisation en médecine et l'expansion des autres professions de la santé et des services sociaux confirment l'importance et la nécessité des fonctions *intégratrices* du médecin de famille.
- › Professionnel polyvalent, le médecin de famille développe avec les patients, au cours des années et des nombreuses occasions de rencontre, une relation à long terme qui favorise la confiance et renforce les liens thérapeutiques. Le défi du médecin de famille n'est pas uniquement de traiter un diabète, ni le diabète de Mme Tremblay (nom fictif), mais surtout d'accepter la responsabilité du suivi de Mme Tremblay, globalement, tout au long de sa vie, dans le maintien de sa santé et de son bien-être.
- › Professionnel de proximité, le médecin de famille adapte sa pratique aux besoins de sa communauté. Ainsi, tout en assurant le suivi à long terme de sa clientèle, il contribue collectivement, avec ses collègues et le réseau local, à la couverture des soins médicaux généraux, notamment à la salle d'urgence, à l'hôpital, au centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et à domicile.

## RÔLE - LES SOURCES DE L'EXPERTISE ET DES COMPÉTENCES DU MÉDECIN DE FAMILLE

La solide formation diversifiée du médecin de famille et sa pratique quotidienne contribuent à lui assurer une expertise et une expérience uniques pour l'évaluation globale de la santé et l'élaboration de plans de traitement ou d'atténuation des problèmes identifiés chez les patients :

Formation de base et développement professionnel continu

- › Les médecins de famille du Québec reçoivent tous une formation spécifique leur permettant d'acquérir les connaissances nécessaires et de développer les compétences requises pour les différentes responsabilités qui leur sont



confiées (p. ex. : évaluation globale des besoins de santé, soins épisodiques, suivis à long terme de patients souffrant de problèmes chroniques de santé, travail en cabinet, en salle d'urgence, à l'hôpital, à la salle d'accouchement, suivi à domicile, en CHSLD). Les activités de développement professionnel continu permettent au médecin de famille d'enrichir et de compléter ses connaissances et de maintenir ses compétences tout au long de sa carrière.

#### Polyvalence de sa pratique quotidienne

- › Les médecins de famille travaillent, le plus souvent, dans plusieurs milieux de soins différents (p. ex. : cabinet, CLSC, hôpital, urgence, CHSLD, domicile) et voient en consultation des patients de tous les âges et pour toutes sortes de problématiques de santé. Le médecin de famille travaille en complémentarité avec les professionnels de première ligne pour aider à l'évaluation et à la gestion de la plupart des problèmes de santé pour lesquels ils sont consultés. Cette polyvalence du médecin de famille augmente les occasions de rencontre avec les patients et les membres de son équipe, et elle permet une meilleure connaissance mutuelle et le renforcement des liens thérapeutiques patient-médecin.

#### ENJEU - L'ÉROSION DU SUIVI DE LA CLIENTÈLE EN PREMIÈRE LIGNE

Au fil des années, les médecins de famille ont partiellement délaissé le suivi de la clientèle en première ligne. Selon la littérature consultée et les groupes rencontrés, les motifs de cette situation sont multiples :

- › Un alourdissement de leur clientèle allié à la multiplicité et à la sévérité des problèmes de santé chroniques associés à une population vieillissante.
- › Des attentes élevées des patients et de leurs proches.
- › Des difficultés et des délais d'accès aux médecins spécialistes, aux consultants spécialisés et aux plateaux techniques (deuxième et troisième lignes) pour des investigations ou des traitements alors que ces difficultés et délais sont moindres si leurs patients sont hospitalisés ou vus dans le contexte d'une salle d'urgence.
- › Un soutien administratif et clérical inégal et parfois nettement déficient, notamment en CLSC et en unité de médecine de famille (UMF).
- › Une rémunération qui favorise certaines tâches hospitalières du médecin de famille (p. ex. : travail à l'urgence) au détriment d'une pratique en première ligne dans la communauté.

D'autres facteurs de démotivation en médecine de famille semblent liés à la formation médicale ainsi qu'aux perceptions des jeunes médecins lors de leurs études et en début de pratique, soit :

- › La vie universitaire et scientifique à l'hôpital leur paraît plus riche et palpitante que le suivi d'une clientèle en première ligne.
- › Une stimulation positive immédiate est ressentie lorsqu'ils travaillent auprès de patients hospitalisés pour une maladie aiguë ou qu'ils consultent sur civière à l'urgence (probablement en partie en lien avec une validation plus rapide de la justesse des diagnostics et de l'effet des traitements). Ils craignent de ne pas ressentir cette même sensation lors du suivi de patients dont les diagnostics sont, selon eux, déjà établis et que les thérapies sont stables (p. ex. : diabète, hypertension). Une des clés du succès de l'interaction lors du suivi à long terme d'un patient est basée sur le développement d'un lien particulier patient-médecin; et cette réalité prend souvent plusieurs années à se concrétiser.
- › Lors de leur formation dans le réseau universitaire des unités de médecine de famille (UMF), ils perçoivent négativement la lourdeur et la complexité des situations des patients qu'ils doivent accompagner et sont freinés par les nombreuses tâches, comme remplir les formulaires médicaux, qu'ils jugent comme étant administratives, mais qui font néanmoins partie de la pratique médicale puisque les enjeux diagnostiques doivent être précisés.
- › La perception qu'il y a un nombre limité de milieux de pratique de première ligne au Québec qui offrent aux nouvelles recrues un environnement attrayant et motivant (pratique de groupe polyvalente, équipe dynamique vivant une riche collaboration interprofessionnelle dans un climat agréable, ressources humaines suffisantes et locaux adéquats, informatisation bien développée, mixité de soins aigus et de suivi, possibilité de poursuivre certains intérêts professionnels spécifiques).

## ENJEU - LE MÉDECIN DE FAMILLE, L'INCONFORT AFFECTIF DES PATIENTS ET LA SANTÉ MENTALE

La prévalence élevée en première ligne de problèmes de santé mentale et la fréquence avec laquelle des facteurs affectifs sont intriqués ou influencent les malaises physiques représentent un défi majeur pour le médecin de famille, tant au point de vue du diagnostic, des traitements que de l'accompagnement des patients qui en souffrent. La littérature scientifique et les personnes rencontrées par le groupe de travail mentionnent les points suivants :

- › Bien que le médecin de famille ait un rôle important en lien avec les problèmes de santé mentale, il semble relativement isolé pour y faire face. Il est suggéré

de rehausser et de faciliter le rôle d'autres membres de l'équipe dont, entre autres, ceux de l'infirmière de liaison, du psychologue, du travailleur social et du psychiatre répondant. Il est aussi proposé que les professionnels de la santé, et notamment les médecins, améliorent leur connaissance des ressources communautaires et leur utilisation.

- › La majorité des médecins de famille se disent à l'aise avec l'évaluation et le suivi des problèmes courants de santé mentale. Par contre, seule une minorité se sent compétente en présence de problèmes psychiatriques graves. Leur aptitude en regard de la santé mentale serait influencée par leur formation médicale, leurs lieux de pratique, leurs modes de rémunération, le fait d'exercer en solo ou en équipe et le profil des patients eux-mêmes. Moins du quart des médecins de famille assurent le suivi à long terme de patients souffrant de problèmes graves de santé mentale<sup>6</sup>.
- › Étant donné l'importance et la prévalence des problèmes de santé mentale et afin de mieux répondre aux besoins des patients, de réduire le recours à la médication et d'alléger le fardeau des médecins de famille, il est suggéré de faciliter l'accès des patients à des professionnels en santé mentale et en relations humaines et, si requis, à des personnes compétentes pour offrir des psychothérapies. Cela pourrait se réaliser en intégrant des psychologues ou des travailleurs sociaux dans les Groupes de médecine de famille (GMF) ou en facilitant leur accès dans le système public de santé.

## ENJEU - LES SOINS À DOMICILE

La réalité du médecin de famille effectuant de fréquentes visites à domicile s'est nettement estompée au cours des dernières décennies. Malgré cette perception, plusieurs médecins de famille continuent d'effectuer des visites à domicile sur une base régulière, notamment pour des soins palliatifs, dans le cadre des programmes de maintien à domicile des CLSC et même dans le cadre des activités à leur cabinet.

Au cours des prochaines années, le vieillissement de la population accroîtra la pression pour une plus grande demande de soins à domicile. Les médecins de famille et les équipes de première ligne ont la responsabilité sociale de s'y préparer et de relever le défi de la continuité des soins de leurs patients, d'un suivi en cabinet ou en CLSC à un suivi à domicile.

<sup>6</sup> Fleury, M.-J., et collab. (2012). « La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 12, p. e725-e731.

## DES FACTEURS POSITIFS POUR L'AVENIR DU SUIVI DE CLIENTÈLE PAR LES NOUVEAUX MÉDECINS DE FAMILLE

En plus des initiatives et des ententes du gouvernement avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), on peut relever les points suivants :

- › La jeune génération de médecins, comme de plus en plus de leurs collègues plus âgés, croit au travail d'équipe et est ouverte aux pratiques de collaboration avec les autres intervenants de soins.
- › Les jeunes médecins visent l'excellence et souhaitent pouvoir démontrer leurs compétences professionnelles auprès des patients.
- › La relève fait partie de la génération du numérique. Elle veut être branchée et pouvoir communiquer facilement avec les autres professionnels et les patients. Dans les milieux cliniques, elle s'attend à avoir accès à un dossier médical électronique (DME) performant et aux technologies modernes de l'information.
- › Depuis plusieurs années, le nombre de diplômés en médecine de famille s'est accru. Cet état de fait concourt à une certaine saturation des milieux hospitaliers (moins de postes disponibles pour y travailler) qui devrait faciliter l'orientation (ou la réorientation) d'une proportion plus élevée de médecins de famille vers le suivi de clientèle.

# Chapitre 6/ Le travail en équipe interprofessionnelle : une richesse et une nécessité

Les innovations au *Code des professions* depuis le début des années 2000 ont modifié l'environnement de travail du réseau de la santé québécois et incitent à une meilleure collaboration interprofessionnelle<sup>7</sup>. Pour tous les intervenants rencontrés, le travail en équipe, l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle sont des incontournables.

## UN TRAVAIL D'ÉQUIPE EN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES

La collaboration n'est pas un but en soi, elle est un moyen d'assurer aux Québécois des soins et services de santé de qualité, sécuritaires, efficaces, efficients et selon une fréquence qui correspond à leurs besoins. L'objectif commun de l'équipe interprofessionnelle est de répondre aux besoins des patients et de les aider à autogérer le mieux possible, selon les circonstances, leur santé, ce qui exige d'agir en partenariat avec ces patients et leurs proches. Selon les situations, un seul intervenant peut être requis, par exemple, le médecin de famille lui-même ou l'infirmière de l'équipe. Dans d'autres situations, plusieurs intervenants auront à collaborer aux soins consécutivement ou simultanément.

## LA COMMUNICATION, L'OUTIL PRINCIPAL DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

« Qu'est-ce que l'autre professionnel de la santé et moi devons partager afin d'avoir une compréhension commune et d'intervenir efficacement pour résoudre ou atténuer les problèmes de santé de Mme Tremblay (nom fictif)? ».

Que les intervenants soient au même endroit ou dans des milieux séparés, la communication demeure l'élément principal d'une collaboration réussie. La communication productive sous-tend une compréhension réciproque des

<sup>7</sup> L'expression « collaboration interprofessionnelle » bien connue sera utilisée dans le présent énoncé, quoiqu'elle traduise de façon incomplète tous les types d'interactions survenant en première ligne. Dans le contexte du présent document et pour alléger le texte, elle désignera aussi les interactions entre des intervenants de la même profession, mais de disciplines différentes ainsi qu'entre intervenants de la santé ne faisant pas partie d'un ordre professionnel.

rôles de chacun et l'établissement d'un lien de confiance qui permettront la clarification mutuelle des objectifs et des attentes, le partage des informations pertinentes et la concertation requise pour agir.

La qualité de la communication n'est toutefois pas toujours idéale et le partage d'information aussi fluide qu'il le devrait. Par exemple :

- › Les informations inscrites sur les demandes de consultation du médecin de famille au consultant médical de deuxième ou troisième ligne sont parfois imprécises et incomplètes.
- › Le médecin de famille ne reçoit aucune information (ou que très tardivement) sur le séjour à l'hôpital de son patient ou sur ses visites à l'urgence.
- › Les rapports des médecins spécialistes de deuxième ou troisième ligne ne sont pas correctement acheminés au médecin de famille et sont parfois rédigés d'une façon peu contributive pour l'aider dans sa tâche de suivi à long terme du patient.

Évidemment, discuter directement, se parler au téléphone, s'écrire des messages textes ou des courriels (en prêtant attention à la confidentialité des échanges) sont tous des moyens utiles, quoique d'efficacité variable. Un des outils essentiels pour communiquer en et avec la première ligne est le dossier médical électronique (DME). Le DME est l'outil incontournable qui doit être en interface dynamique avec le Dossier Santé Québec (DSQ) pour que les professionnels de la santé aient accès aux banques de données du réseau de la santé et où les différents intervenants peuvent inscrire leurs observations, recommandations et commentaires ainsi qu'échanger et communiquer entre eux et éventuellement avec le patient et ses proches. Les lacunes sur ce plan seront rediscutées dans la section sur l'organisation des pratiques.

## LES FACTEURS DE RÉUSSITE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La recherche et les organismes rencontrés identifient plusieurs éléments facilitant la collaboration entre le médecin de famille et les différents intervenants en santé :

- › La connaissance précise des rôles, fonctions et compétences de chaque intervenant de l'équipe de soins et des ressources présentes dans la communauté réduit les risques de confusion, de mésententes et de tensions.
- › La formation à la collaboration interprofessionnelle lors de la formation initiale et à l'occasion d'activités de développement professionnel continu.

- › Un *leadership partagé* (*shared leadership*), collégial, non autoritaire crée un climat propice à la collaboration entre les médecins, les membres de l'équipe de soins, les patients et leurs proches.
- › Une vision d'équipe explicite et partagée.
- › Du temps réservé pour échanger, ainsi que des lieux de contact entre intervenants (le partage d'un espace commun est souvent facilitant, ce qui, toutefois, est souvent impossible en première ligne étant donné les infrastructures en place). L'idéal serait, pour les médecins de famille et les membres de l'équipe de soins, de travailler à proximité ou, à défaut, de pouvoir compter sur un dossier clinique informatisé conjoint performant.
- › Une gestion proactive des conflits interprofessionnels pour les résoudre.
- › Des lois, règlements et modes de rémunération cohérents et facilitants pour la collaboration interprofessionnelle.
- › L'utilisation d'ordonnances collectives et de protocoles de suivis conjoints.

## L'ACCESSIBILITÉ, UN ENJEU NON LIMITÉ AUX MÉDECINS DE FAMILLE

Lorsqu'il est question d'accessibilité aux soins, les médecins, notamment les médecins de famille, sont souvent ciblés. Or, plusieurs problèmes de santé requièrent la contribution simultanée d'autres professionnels de la santé pour compléter l'évaluation des problèmes ou pour assurer les traitements.

L'accès difficile aux médecins spécialistes de deuxième et troisième lignes a déjà été évoqué. Au surplus, les échanges de bons procédés sur le plan des communications ne sont pas toujours fluides et conviviaux. Même lorsque des ponts sont mis en place pour faciliter les échanges professionnels (p. ex. : le médecin psychiatre répondant), l'implication des uns et des autres est variable et parfois nettement décevante (p. ex. : les médecins de famille ignorant ou n'utilisant pas la disponibilité du psychiatre répondant, les psychiatres choisissant de ne pas participer à cette activité). L'une des sources de ces difficultés semble être le vécu relativement en vase clos d'une part des médecins spécialistes et, d'autre part, des médecins de famille.

Le problème d'accès existe aussi de façon importante lorsque le patient est dirigé vers un autre professionnel de la santé, notamment en psychologie, en physiothérapie et en nutrition. Toutes les parties concernées doivent reconnaître, et la société aussi, que la limitation de certains services ambulatoires induit de réelles difficultés, maintient ou prolonge des souffrances et entraîne des coûts sociaux significatifs (p. ex. : absentéisme accru, morbidité

persistante, impacts familiaux...). Bien que l'accès à ces soins apparaît coûteux à première vue, il permettrait de générer des économies dont on ne tient souvent pas compte, comme la réduction de l'absentéisme au travail et la réduction de la prise de médication.

Ainsi, en santé mentale, il est démontré que, pour certains problèmes, une psychothérapie aura un impact à long terme plus significatif et plus durable qu'une médication pour construire la capacité d'un patient à gérer ses difficultés. Une démonstration semblable pourrait être faite en santé physique pour l'accès à la physiothérapie pour des patients dont les cas ne relèvent pas de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Il existe aussi d'autres exemples similaires ou d'autres professionnels de la santé qui sont impliqués.

## LA PERTINENCE DE L'OPINION DU MÉDECIN DE FAMILLE POUR L'ORIENTATION VERS D'AUTRES INTERVENANTS

Dans plusieurs situations, et par souci d'optimiser les soins, un diagnostic préalable et une discussion sur le plan de traitement médical sont recommandés entre le médecin de famille et le patient lorsque ce dernier reçoit des soins d'un autre professionnel de la santé (incluant un autre médecin). L'enjeu de la circulation bilatérale de l'information entre le médecin de famille et les autres professionnels de la santé (incluant le médecin) demeure primordial pour la qualité, voire la sécurité des soins, même si le patient décide de rencontrer directement un autre professionnel de la santé. Rappelons certaines raisons qui appuient ce qui précède :

- Le diagnostic différentiel biopsychosocial est la force du médecin de famille. La formation des différents intervenants en santé s'est grandement améliorée au cours des dernières décennies et plusieurs professionnels obtiennent maintenant des diplômes universitaires de deuxième et troisième cycles dans leur discipline. Ces faits, ajoutés à la médiatisation de certaines controverses qui sont perçues par plusieurs comme des luttes de pouvoir, risquent de banaliser aux yeux du public l'acte du diagnostic clinique. Or, par exemple, l'exacerbation d'un essoufflement chez un malade souffrant d'une insuffisance respiratoire connue peut, certes, être liée à une décompensation « simple » de sa maladie pulmonaire, mais elle peut aussi résulter d'un nouveau problème à soupçonner et à identifier (p. ex. : anémie, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire). Une dame de 60 ans, un peu plus fatiguée récemment, peut souffrir d'une dépression, d'un problème hormonal, d'une anémie, d'un cancer occulte, d'ennui...



- › Les compétences du médecin de famille, en partenariat avec le patient et ses proches, lui permettent d'être le mieux placé pour intégrer les informations sur la santé du patient. Cet état de fait est d'autant plus vrai lorsque le médecin de famille connaît le patient depuis un certain temps, ce qui lui donne du même coup une vision plus globale de sa situation de santé.
- › La formation et l'expérience clinique du médecin de famille l'outillent adéquatement pour une évaluation systémique des difficultés de ses patients et pour établir, en concertation avec eux, les priorités d'investigation et d'actions et choisir les professionnels qui sont le plus en mesure de les aider.

Pour toutes ces raisons, il est plus efficace et efficient que le médecin de famille rencontre le patient afin de poser un diagnostic vis-à-vis de la situation présentée et de discuter par la suite de la pertinence ou non de consulter un médecin spécialiste ou un autre professionnel de la santé, en adéquation avec le plan de traitement. En contrepartie, il faut que le médecin de famille ou un membre de son équipe (qui pourra, au besoin, facilement le contacter) soit accessible au patient, ou au médecin spécialiste ou au professionnel de la santé consulté, le cas échéant, directement, par téléphone, télécopieur ou Internet. Le médecin de famille ne peut prétendre à son rôle de chef d'orchestre de l'équipe de première ligne et d'intégrateur des informations de santé que s'il est vraiment disponible en temps opportun.

## L'IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE TRAITANT

Lors de nos travaux, il est apparu que l'identification du médecin de famille traitant n'est pas toujours faite par les divers intervenants du système. Malgré la systématisation et souvent l'informatisation des processus administratifs, il est fréquent que l'identification du médecin de famille soit omise ou mal effectuée par le personnel administratif, et ce, même dans des cas où les patients ont un médecin de famille (ce qui est vrai pour plus de 90 % des Québécois âgés de 55 ans et plus selon l'enquête de 2014 du Commonwealth Fund, p. 33<sup>8</sup>). Cette lacune d'identification nuit grandement au rôle d'intégrateur des informations et de coordonnateur des plans d'investigation et de traitement du médecin de famille.

8 Voir à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/CWF/CSBE\\_Rapport\\_CWF\\_2014.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2014.pdf).

En lien avec les enjeux évoqués et pour garantir une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, le Collège formule la recommandation suivante :

### RECOMMANDATION N° 1

Améliorer et accentuer la collaboration interprofessionnelle au bénéfice de la population desservie. Pour y parvenir, les conditions suivantes doivent minimalement être réunies :

- › Promouvoir la connaissance réciproque des rôles et du champ de compétences du médecin de famille, des divers intervenants travaillant en première ligne et des ressources communautaires disponibles dans l'environnement.
- › Créer des conditions propices à des communications fluides et à une accessibilité en temps opportun entre les médecins de famille et les médecins des autres spécialités, ainsi qu'entre les médecins de famille et les différents professionnels en santé.
- › Assurer l'accès public requis par les patients aux professionnels de la santé qui travaillent en collaboration avec les médecins de famille.

# Chapitre 7/

## Des modèles de pratique de première ligne performants : les facteurs de succès

Depuis des années, certains suggèrent de développer un nouveau modèle plus performant pour la pratique de la médecine de famille en première ligne. Selon la recherche et l'opinion des experts, la difficulté principale n'est pas l'absence de modèles prometteurs, mais plutôt les résistances ou les obstacles à leur implantation complète. Les expériences du Royaume-Uni (les Primary Care Groups), de l'Ontario (les Family Health Teams), du Québec (les Groupes de médecine de famille) et des États-Unis (le fonctionnement des cabinets du groupe de Kaiser Permanente) permettent de bien saisir les éléments qui sont à la base d'un modèle efficace pour la pratique en première ligne. Ces caractéristiques, proposées depuis de nombreuses années par plusieurs leaders et experts, ont été bien résumées et décrites dans le concept du « Centre de médecine de famille » diffusé plus récemment par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)<sup>9</sup>.

Pour sa part, le gouvernement du Québec, à la suite de la Commission Clair et de ses recommandations, s'est fermement engagé dans cette voie par la création, en 2002, des Groupes de médecine de famille (GMF). Depuis les premières implantations, les discussions et négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont permis d'adapter le concept initial à différentes situations, et c'est dans ce contexte que furent développés les GMF-réseau (GMF-R) et les GMF universitaires (GMF-U). Des efforts additionnels sont toutefois requis pour que tous les GMF, GMF-R et GMF-U soient organisés en fonction des caractéristiques souhaitées pour des pratiques de première ligne de qualité, efficaces et efficientes.

### LES ÉLÉMENTS CLÉS D'UN MODÈLE EFFICACE ET EFFICIENT DE PRATIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

La recherche et l'expérience ont permis d'identifier les caractéristiques principales d'un modèle performant pour les soins et services de première ligne :

- › Une organisation des soins centrée sur les patients (vision et valeurs de l'organisation explicites et axées sur les besoins et les attentes de la clientèle).

<sup>9</sup> Le Collège des médecins de famille du Canada (2009). *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : le concept du Medical Home* : [www.cfpc.ca/A\\_Vision\\_for\\_Canada/](http://www.cfpc.ca/A_Vision_for_Canada/).

- › Une accessibilité organisationnelle (accès à une gamme étendue de soins rendu possible par la disponibilité et l'expertise du groupe globalement, et non par chacun des membres de l'équipe individuellement).
- › Une équipe interprofessionnelle où les rôles de chaque membre sont clarifiés, définis et répartis entre médecins de famille, infirmières et autres professionnels de la santé et qui maintient un bon climat de collaboration.
- › Un dossier médical électronique (DME) performant adapté à la pratique du médecin (et non l'inverse) et pour lequel il recevra une solide formation afin de profiter au maximum de toutes ses possibilités (indicateurs de qualité de surveillance de la clientèle et interface avec les outils d'aide à la décision).
- › Une gestion des rendez-vous inspirée de la stratégie de l'accès adapté (*advanced access*<sup>10</sup>).
- › Un accès adéquat et en temps opportun aux plateaux techniques et aux médecins spécialistes.
- › Un personnel de soutien en nombre suffisant (bien formé pour ses fonctions), des locaux fonctionnels et de dimensions pertinentes ainsi que le matériel de soin, d'investigation et d'intervention requis. Aussi, la nécessité d'incitatifs à l'excellence envers la clientèle.
- › Un financement d'équipe et des modalités de rémunération des professionnels en harmonie avec le mandat de l'organisation et les fonctions des intervenants.
- › Une évaluation de l'efficacité des services dans le cadre de l'adhésion à un programme d'amélioration continue de la qualité.

## UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PATIENTS ET LES CITOYENS

Par le passé, le médecin de famille qui travaillait en solo répondait ad hoc aux plaintes des patients (approche réactive individuelle). Actuellement, les meilleures pratiques de première ligne sont celles d'équipes interprofessionnelles qui sont informées des besoins de santé de leur communauté et qui planifient à l'avance leurs façons d'y répondre (approche populationnelle proactive de groupe). D'où la pertinence que les milieux de première ligne, en collaboration avec la santé publique régionale, se renseignent et soient informés des données de santé de la population locale et interagissent avec la santé publique pour adapter leurs actions aux besoins locaux.

Par ailleurs, afin d'aider les citoyens à mieux gérer leur santé et à se retrouver plus facilement dans le réseau de soins et de services de santé, le gouvernement devrait favoriser le développement d'un accès Internet pour le public où il pourrait trouver des informations régulièrement mises à jour et de l'aide en ligne sur

<sup>10</sup> Il s'agit d'une stratégie de prise de rendez-vous et de gestion de l'agenda proposée en premier aux États-Unis en 1990 et qui est soutenue par la FMOQ et le CMFC : [www.lemedecinquébec.org/Media/115897/001-090Syndi0212\\_v2.pdf](http://www.lemedecinquébec.org/Media/115897/001-090Syndi0212_v2.pdf).

la santé, sur la gestion des malaises courants, sur les services locaux disponibles et sur la façon de cheminer dans le réseau. Des incitatifs devraient aussi motiver les différents GMF à mettre en ligne des informations sur leur mission, leur équipe, les services offerts, les heures d'ouverture... Un accès convivial à de telles informations et d'aides à la décision, en plus d'être utile directement aux citoyens, devrait contribuer à alléger la tâche des intervenants de première ligne.

## L'INCONTOURNABLE : UN DME PERFORMANT ET FONCTIONNEL

Le Québec, comparé à plusieurs autres pays développés, accuse un retard dans l'utilisation d'un dossier médical électronique (DME) par les médecins. Quelques clarifications sont requises avant d'aller plus loin, car il y a confusion dans les médias et pour le public au sujet des différents outils informatiques : DME, DSQ, DCI.

Le Dossier Santé Québec (DSQ) n'équivaut pas au dossier médical électronique (DME) que les professionnels de la santé devraient pouvoir utiliser. Le DSQ est principalement une passerelle qui vise à permettre aux banques de données (p. ex. : résultats de labo, examens d'imagerie) d'être accessibles et interrogeables par les intervenants en santé autorisés, où qu'ils soient au Québec.

Par ailleurs, le dossier clinique informatisé (DCI) créé par la numérisation des pages d'un dossier médical afin d'abolir l'utilisation du papier et de réduire les espaces d'archivage dans les institutions du réseau public n'équivaut pas à la mise en place d'un réel dossier médical électronique. En effet, la numérisation n'est que l'équivalent de la photocopie et, comme les données sont saisies en bloc (et non par mot), elle ne permet pas aux professionnels de la santé une recherche conviviale et rapide, ni la réalisation de comparatifs entre les données.

Plusieurs difficultés et irritants expliquent les retards d'utilisation de l'informatique par les professionnels de la santé du réseau public de santé du Québec :

- › Le défi (temps, effort, coûts...) de saisir dans un nouveau DME les données accumulées dans les dossiers papier (p. ex. : liste des problèmes, médicaments, antécédents).
- › La convivialité restreinte des accès informatiques offerts dans le réseau public de santé (p. ex. : logiciels différents à utiliser pour les labos, l'imagerie, les médicaments; les nombreux clics futiles, les mots de passe distincts, la déconnexion impromptue des logiciels) d'autant que le DSQ lui-même n'alimente pas directement les DME.

- › Des efforts pour protéger la confidentialité des données et respecter l'autonomie de chaque patient qui entrent parfois en conflit avec la capacité d'accès et la fluidité des échanges entre intervenants de la santé.
- › La multiplicité des développeurs de DME autorisés par le gouvernement, qui complexifie le transfert de données et la mobilité des médecins d'une clinique à l'autre.
- › Finalement, pour les médecins de famille, notamment pour ceux qui travaillent en établissement, le conflit entre la pertinence d'utiliser un DME, la volonté de l'institution de prioriser le DCI et les difficultés d'interconnexion, locale et à distance, entre ces deux types de dossiers.

Le DME est un outil incontournable en première ligne : il faut rapidement en appuyer et en faciliter l'utilisation par les médecins de famille et les équipes interprofessionnelles de première ligne en interconnexion avec les patients, la communauté, ainsi qu'avec les intervenants des deuxième et troisième lignes.

## DES STRATÉGIES D'ÉQUIPE PLANIFIÉES POUR UN CONTEXTE DE PREMIÈRE LIGNE ET CENTRÉES SUR LES PATIENTS

Devant les enjeux financiers et d'efficacité des systèmes de santé, les experts en gestion ont suggéré plusieurs approches inspirées de la grande entreprise et souvent influencées par les défis de la pratique hospitalière. Ainsi, plusieurs protocoles de soins ont été adoptés (p. ex. : gestion de l'insuffisance respiratoire à l'hôpital, du diabète en ambulatoire) qui ont grandement contribué à la fois à l'excellence des soins et à une meilleure efficacité des processus. Le *disease management* et les guides de pratique qui y sont associés sont devenus les incontournables d'une approche proactive du suivi des maladies chroniques. Il est toutefois important d'adapter adéquatement ces approches aux besoins des patients suivis en première ligne par les médecins de famille et leur équipe.

Ainsi, les processus et outils de pratique interprofessionnelle ciblent souvent une maladie (p. ex. : diabète) ou une problématique spécifique (p. ex. : risques cardiovasculaires) au lieu d'être centrés sur le patient et ses multiples problèmes et, rarement ou jamais, sur un patient qui, dans l'immédiat, n'a pas de problème de santé. Or, la réalité de la pratique en première ligne est que plusieurs patients souffrent à la fois de divers problèmes de santé (p. ex. : diabète, hypertension, arthrose, dépression), que d'autres sont en santé sans maladie chronique identifiée et que certains présentent des malaises indifférenciés ne permettant pas un diagnostic précis.

C'est pourquoi les processus et outils de pratique interprofessionnelle, ainsi que les modes de collaboration en première ligne devraient être développés ou repensés pour les centrer sur le patient, sa santé et ses différents problèmes de santé et non sur chacune de ses maladies ciblées isolément.

Un enjeu similaire existe au sujet de l'expertise des membres des équipes de première ligne. Certes, la responsabilité de la vision globale de la santé des patients revient aux médecins de famille. Mais les collaborateurs en première ligne doivent-ils être des généralistes ou des spécialistes d'un champ spécifique? La question demeure ouverte si l'on en juge par les opinions entendues à ce sujet. Ainsi, pour certains, les collaborateurs des médecins de famille devraient aussi être des professionnels généralistes ou, à tout le moins, conservant une certaine polyvalence afin d'éviter une approche en vase clos qui obligerait les patients, par exemple, à voir plusieurs infirmières spécialisées différentes. D'autres rapportent la pertinence des activités d'une infirmière spécialisée en psychiatrie ou d'une experte en diabète. La règle retenue de tous : l'expertise des collaborateurs et les processus utilisés doivent être adaptés aux besoins spécifiques de la première ligne et non pas être du copier-coller des milieux de deuxième et troisième lignes.

## LES DIFFICULTÉS D'IMPLANTER UN CHANGEMENT, UNE INNOVATION : LA PERTINENCE D'UN ACCOMPAGNEMENT

Le groupe de travail a pu constater le rôle essentiel de leaders dynamiques, motivés et inspirants (*les champions*) lors de l'implantation d'innovations, comme l'intégration d'un nouvel intervenant dans une équipe (p. ex. : infirmière praticienne, pharmacien), la modification des façons de faire au cabinet, en CLSC (p. ex. : passage à l'accès adapté; implantation d'un DME) ou la création d'un GMF. Présentement, la plupart du temps, chaque équipe, chaque individu doit trouver seul (ou presque) son chemin et sa motivation.

Étant donné l'étendue du territoire québécois, le nombre de changements requis et la variété des personnalités impliquées, il devient essentiel d'explorer les façons d'apporter de l'aide aux individus ou aux équipes qui en auraient besoin et d'en faire la promotion. Certains organismes professionnels (p. ex. : FMOQ, CMFC) offrent déjà des conseils et un certain soutien, mais il serait pertinent, lors de l'introduction de changements majeurs, de prévoir, formaliser, financer et publiciser des processus d'accompagnement des individus et des équipes qui le souhaitent et d'en assurer le suivi.

## UN ALIGNEMENT DES FINANCEMENTS ET MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION AVEC LES FINALITÉS POURSUIVIES

La responsabilité de la négociation des conditions de travail et de la rémunération des médecins n'est pas du ressort du Collège des médecins du Québec. Il est toutefois important de souligner que la recherche et de nombreux experts indiquent que les modalités de financement des organisations de première ligne et le type de rémunération des professionnels ont un impact majeur sur l'orientation des soins et services et sur les pratiques interprofessionnelles. Des modalités mixtes de financement et de rémunération adaptées aux résultats de soins et de services visés, alliant tarif horaire, forfait et paiement à l'activité, semblent favoriser une meilleure efficacité individuelle et d'équipe.

Devant les besoins de la société, les médecins de famille ont collectivement la responsabilité sociale de convenir avec le gouvernement des modalités de rémunération individuelle et de financement d'équipes les plus aptes à promouvoir des soins et des services de santé de première ligne de qualité, sécuritaires, efficaces et efficaces, ce qui, entre autres, devrait comporter une réduction du pourcentage de la rémunération provenant du paiement à l'acte.

## DE L'ÉVALUATION DES INDIVIDUS À CELLE DES ÉQUIPES ET DES ORGANISATIONS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Dans le cadre de son mandat et de ses responsabilités à titre d'ordre professionnel, le Collège des médecins du Québec a mis en place des processus d'évaluation de la pratique professionnelle des médecins qui ciblent la qualité de l'acte médical selon le groupe auquel ils appartiennent ou le type de pratique qu'ils exercent.

Ainsi, la capacité d'accès en temps opportun des patients à leur médecin de famille ou à un membre de son équipe et la continuité des soins (le suivi à long terme de la santé, des malaises et des maladies) sont des composantes essentielles de la qualité des soins et devraient être incluses dans les critères d'évaluation des pratiques. Par ailleurs, le concept du Centre de médecine de famille (*Medical Home*) résume bien les caractéristiques d'une organisation de première ligne de qualité fonctionnelle et pourrait servir de base à l'établissement d'indicateurs pour l'amélioration de ces pratiques.

Concrètement, une nouvelle ère dans l'amélioration des pratiques professionnelles devrait être amorcée en favorisant et en développant des processus d'évaluation continue de la qualité de la pratique, du travail en équipe et des pratiques collaboratives centrées sur le patient et ses proches. Les équipes et les professionnels pourraient ainsi être outillés pour autoévaluer leurs pratiques et les ordres



professionnels pour procéder à des visites externes d'amélioration des soins et des services de santé, activités auxquelles des organismes partenaires pourraient aussi collaborer.

En lien avec les enjeux évoqués et pour garantir une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, le Collège formule les recommandations suivantes:

#### **RECOMMANDATION N° 2**

Compléter l'implantation en première ligne des GMF, des GMF-R et des GMF-U en soutenant la mise en place de modèles d'organisation exemplaires, performants, évolutifs et en mettant en place des indicateurs de qualité pour permettre l'adaptation rapide des pratiques.

#### **RECOMMANDATION N° 3**

Prévoir, formaliser et financer l'accompagnement en médecine de famille lors de l'implantation de changements significatifs dans un milieu clinique de première ligne.

#### **RECOMMANDATION N° 4**

Assurer à la population du Québec, dans chaque région, l'accès à des ressources fiables d'information générale et spécifique en soins de santé de première ligne et à des outils à jour et intégrés pour cheminer à l'intérieur du réseau de soins et de services de santé (p. ex. : aide à la prise de décision lors de symptômes, orientation en présence de certaines maladies courantes, information sur les changements dans l'organisation des soins et services de première ligne de la région, prise de rendez-vous par Internet).

**RECOMMANDATION N° 5**

Mettre en place une stratégie visant le développement, au sein des organismes de première ligne (GMF, GMF-R, GMF-U, clinique réseau, CLSC), d'une culture permettant aux équipes de première ligne de connaître les données de santé populationnelle de leur environnement (image de leur communauté) afin de répondre adéquatement aux besoins des citoyens locaux et, notamment, des plus vulnérables (p. ex. : personnes handicapées, patients à mobilité restreinte, itinérants, marginaux). Cette stratégie proactive devrait se faire en collaboration avec les directions de santé publique.

**RECOMMANDATION N° 6**

Inclure, dans les stratégies d'amélioration de l'exercice des ordres professionnels, des approches spécifiques au contexte de la première ligne qui vont au-delà de l'évaluation de la pratique individuelle et qui visent à instituer une culture d'amélioration continue et à promouvoir la sécurité des soins en ciblant l'évaluation des pratiques interprofessionnelles. Lors de visites d'évaluation professionnelle en première ligne, les différents ordres professionnels, dont les membres font partie des équipes de première ligne, devraient être invités à participer.

**RECOMMANDATION N° 7**

Assurer aux milieux de première ligne (GMF, GMF-R, GMF-U, clinique réseau, cabinet) qui souhaiteraient, de façon volontaire, améliorer leur performance, la possibilité de faire évaluer la qualité de leurs pratiques, de leurs équipes et de leur fonctionnement par un organisme indépendant et reconnu et ainsi obtenir un agrément, d'une façon similaire à ce qui se fait au sein des établissements de santé. Pour ce faire, fournir aux milieux de première ligne volontaires le soutien requis et le financement nécessaire.

## Chapitre 8/ La médecine de famille et les médecins de famille : recrute- ment, formation, recherche et soutien à la pratique

Les facultés de médecine, les modalités de sélection des candidats, les contenus et les méthodes de formation sont souvent visés lorsque les nouveaux médecins adoptent des comportements, des attitudes et des choix de pratique discutables.

Or, tous ces éléments ont fort évolué au cours des dernières décennies. Ainsi, les processus de sélection tiennent maintenant compte de plusieurs dimensions incluant, entre autres, les attitudes et compétences relationnelles des candidats (p. ex. : communication, humanisme). Ces exigences font en sorte que les futurs médecins ne doivent pas seulement être des experts, mais qu'ils doivent démontrer leur professionnalisme, ainsi que leur capacité à collaborer et à communiquer.

De plus, le *généralisme* est l'orientation retenue par l'Association des Facultés de médecine du Canada pour les études médicales prédoctorales au Canada<sup>11</sup>. Cela implique de centrer la formation sur les problèmes courants, de réduire l'utilisation des centres tertiaires pour aller plus fréquemment vers des sites communautaires, d'accroître la participation des médecins de famille, et de réduire le dénigrement envers les médecins généralistes et la pratique de la médecine de famille.

Les échanges entre les membres du groupe de travail et divers intervenants du milieu concernant la formation actuelle des médecins de famille soulèvent plusieurs enjeux avec lesquels les milieux universitaires doivent composer.

### UNE FORMATION SOLIDE ET VRAIMENT AXÉE SUR LA CONSTRUCTION DES COMPÉTENCES

Les cursus mis en place tout au long des études médicales au Canada (études prédoctorales, formations postdoctorales, activités de développement

<sup>11</sup> Les projets sur « *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* », Association des Facultés de médecine du Canada : <https://www.afmc.ca/fr/%C3%A9ducation-m%C3%A9dicale/fmec>.

professionnel continu) visent à former un médecin qui répond au cadre CanMEDS<sup>12</sup>. Cela implique pour tout médecin d'avoir développé et démontré les capacités identifiées comme essentielles pour pratiquer la médecine (dont, entre autres, en plus de l'expertise médicale proprement dite, les capacités à collaborer et à communiquer).

Les responsables de la formation des médecins de famille ont aussi déployé énormément d'efforts pour adapter les programmes aux besoins de la population canadienne et répondre aux attentes touchant les actions et les attitudes des médecins de famille (adoption du CanMeds-médecine de famille<sup>13</sup>, implantation du cursus Triple C<sup>14</sup>).

Les sites cliniques de formation en médecine de famille (les UMF) visent à être des milieux modèles d'une pratique de la médecine de famille de qualité, efficace et efficiente. La collaboration interprofessionnelle y est implantée depuis plusieurs années. Au Québec, plusieurs sont devenus des GMF et certains ont adopté l'accès adapté. Ces orientations sont visées pour l'ensemble des UMF des réseaux de formation en médecine de famille.

## DE NOUVEAUX ENJEUX ET D'AUTRES PERSISTANTS

Malgré les efforts des milieux universitaires, de nombreux enjeux persistent en lien avec la formation, les formateurs, le vécu des étudiants et des résidents ainsi que les sites de formation :

- › En UMF, les résidents perçoivent la clientèle comme lourde et sont démotivés par le manque de soutien pour effectuer les tâches administratives inhérentes à la pratique. Le suivi à long terme est l'une des activités de résidence que plusieurs d'entre eux apprécient le moins.
- › Malgré les efforts des enseignants en médecine de famille, l'influence d'un environnement ultraspécialisé et hospitalier persiste tout au long de la formation des résidents. De plus, il continue d'exister, dans le réseau hospitalo-universitaire, à des degrés variables selon les sites, un *curriculum caché* qui dévalorise le travail des médecins de famille et de l'exercice de la médecine de famille en comparaison avec les autres pratiques spécialisées.
- › Le rôle spécifique du médecin de famille comme intégrateur des informations sur la situation de santé des patients et *chef d'orchestre* de l'équipe de première ligne semble mal assimilé par les étudiants et les résidents, par opposition à

12 Frank J. Le *Cadre* de compétences *CanMEDS* 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. - Les 7 rôles, comme ils ont été identifiés dans la version 2015 des CanMEDS, sont ceux d'expert médical (en médecine de famille dans le contexte du présent groupe de travail), de communicateur, de collaborateur, de leader, d'érudit, de professionnel et de promoteur de la santé : [www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds).

13 Rôles CanMEDS-Médecine de famille, Collège des médecins de famille du Canada : [www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=3031&langType=3084](http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=3031&langType=3084).

14 Cursus Triple C, Collège des médecins de famille du Canada : [www.cfpc.ca/Éducation/](http://www.cfpc.ca/Éducation/).

leur perception que le médecin de famille doit tout savoir et tout faire, ce qu'ils ne croient ni ne souhaitent pouvoir réaliser.

- › Plusieurs UMF en milieu institutionnel ont une bureaucratie et des règles locales qui nuisent à leur organisation et à leur fonctionnement ou qui créent des obstacles indus.

Toutes décisions touchant au cœur de la mission des UMF (cadre de gestion GMF-U) doivent être prises à la suite d'une véritable consultation des différents partenaires impliqués afin de préserver la mission d'enseignement des UMF et de favoriser l'adaptation du réseau universitaire aux besoins cliniques et pédagogiques des milieux afin de créer un climat propice aux changements.

## DE LA FORMATION À LA PRATIQUE : LES STRESS ASSOCIÉS ET LES RÉPONSES POTENTIELLES, DONT LE MENTORAT

Les résidents en médecine de famille, comme ceux des autres disciplines médicales, doivent surmonter les nombreux stress liés à l'apprentissage de la médecine de famille, suscités, entre autres, par les situations cliniques complexes qu'ils rencontrent et par les nombreuses évaluations formelles et informelles qu'ils subissent. Les milieux universitaires et cliniques reconnaissent les risques potentiels pour le bien-être et la santé mentale de leurs étudiants et résidents. Des efforts sont faits pour les informer des ressources d'aide disponibles. Les milieux de formation fournissent aux étudiants et aux résidents des outils de résilience face aux stress de la pratique médicale (p. ex. : méditation, pleine conscience, relaxation) afin de les aider à mieux gérer, sur le plan émotionnel, les situations difficiles durant leur formation et leur future pratique.

Le mentorat est perçu, par plusieurs intervenants, comme un levier prometteur et une culture à développer pour faciliter le passage des résidents de la formation à la pratique. Tout jeune médecin devrait pouvoir être accompagné par un mentor dans son milieu au cours des premiers mois de sa pratique. Cet accompagnement se fait sous forme d'accueil, de rencontres et de conseils. La FMOQ a commencé l'élaboration d'un tel programme et travaille actuellement à le diffuser. D'autres organisations, comme le Collège québécois des médecins de famille (CQMF), y travaillent également.

## DEVANT LES MULTIPLES TÂCHES CONFIÉES AU MÉDECIN DE FAMILLE, SA FORMATION EST-ELLE SUFFISANTE?

Le Canada est, parmi les pays développés reconnaissant la spécialité de médecine de famille, le seul à n'exiger qu'une formation de deux ans après les études médicales de base. Depuis longtemps, la question de la durée de la résidence soulève la controverse. Une proposition présentée il y a plusieurs années pour une formation de trois ans n'a pas été retenue.

Le groupe de travail n'est pas en mesure de se prononcer pour ou contre le maintien ou l'allongement de la formation en médecine de famille. Par contre, il a reçu des commentaires qui laissent croire qu'il faut repenser l'accompagnement de l'étudiant pour un plus grand transfert de connaissances, entre autres en santé mentale, en gestion et en capacité d'entrepreneuriat. Si les milieux universitaires décidaient de revoir la formation dans ces domaines et en général, ils devraient analyser attentivement le ratio de l'exposition théorique en lien avec l'exposition clinique pour que cette dernière soit nettement accentuée afin de permettre un transfert des connaissances plus durable. Cela sous-tendrait aussi que la connaissance acquise par la théorie soit plus sur un mode d'auto-apprentissage.

Il est utile de préciser que le mentorat optionnel mentionné précédemment vise surtout à faciliter la transition de certains résidents vers la pratique et non à fournir une formation complémentaire à tous les résidents.

## LA PERTINENCE ET L'ABSOLUE NÉCESSITÉ DE LA RECHERCHE SUR LES ENJEUX TOUCHANT LA PREMIÈRE LIGNE

Les données probantes issues de la recherche doivent orienter les décisions touchant la première ligne de soins, autant pour les approches cliniques et les modèles organisationnels que pour élaborer les programmes de formation. Il est essentiel de maintenir et d'accroître les efforts dans ce domaine. En contrepartie, le savoir clinique doit être accessible au moyen d'outils d'aide à la décision clinique (idéalement intégrés au DME) qui s'appuient sur des guides de pratique ou des recommandations de sociétés savantes.

En lien avec les enjeux évoqués et pour garantir une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, le Collège formule la recommandation suivante :

### RECOMMANDATION N° 8

Assurer une solide formation des médecins de famille pour les préparer à répondre aux besoins sociétaux et à adapter leurs pratiques à ces besoins. Pour y parvenir, les conditions suivantes doivent minimalement être réunies :

- › Garantir une présence forte des médecins de famille enseignants qui représentent des modèles de rôles positifs, tout au long des études médicales.
- › Former les résidents dans des milieux motivants et exemplaires qui correspondent aux futurs milieux de pratique et qui les exposent aux réalités des différents problèmes de santé (avec une attention particulière à la santé mentale et à la gestion des multimorbidités) ainsi qu'aux pratiques collaboratives, incluant celles avec le patient et ses proches.
- › Favoriser les échanges entre futurs médecins de famille et futurs médecins spécialistes pour les amener à mieux comprendre leurs rôles respectifs et à développer une plus grande complicité.
- › Mettre en place une formation élargie en leadership et en gestion (incluant les notions d'entrepreneuriat) afin de mieux préparer les futurs médecins à jouer un rôle responsable aux différents paliers de gouvernance du système de santé et de services sociaux.

## Chapitre 9/ Pour une première ligne de soins et de services de santé forte : des actions multicycles requises

La consolidation du rôle du médecin de famille pour le suivi à long terme des patients et le renforcement de la première ligne de soins commande plusieurs actions simultanées à réaliser. Tout en ciblant les structures *macro* et *méso* du système de santé, les décideurs doivent aussi être attentifs et ne pas négliger de tenir compte des activités, processus et façons de faire plus *micro* spécifiques au terrain de la première ligne. Ces derniers peuvent se décliner différemment d'un endroit à l'autre afin de les adapter aux besoins locaux.

La société québécoise désire du gouvernement qu'il indique clairement les actions qu'il est prêt à entériner et à réaliser pour donner à la première ligne de soins et de services de santé les moyens de ses ambitions. Retenons notamment l'élaboration d'une vision d'ensemble des mandats et activités de la première ligne, le réalignement conséquent des processus et des financements, le soutien aux milieux cliniques et de formation de première ligne et une stratégie de visibilité et de valorisation des interventions et des acteurs qui travaillent en première ligne.

Bien qu'il soit important que les soins de deuxième ligne et de troisième ligne soient dotés des ressources nécessaires, principalement en établissement, pour remplir leurs mandats, il est aussi important que cela ne se fasse pas au détriment d'un développement durable des soins en première ligne. Force est de constater que la visibilité médiatique des établissements spécialisés en deuxième et en troisième lignes ainsi que les lobbys associés peut se faire au détriment de la consolidation d'une première ligne de soins et de services efficace et efficiente.

Il est essentiel de réaffirmer qu'investir adéquatement dans le fonctionnement et l'infrastructure de la première ligne (GMF, GMF-R, GMF-U, clinique réseau, cabinet de médecine de famille) est un investissement payant au long cours pour le réseau public de soins et de services de santé auquel participent pleinement les médecins afin de contrer et de freiner une participation non désirée du secteur privé dans certains secteurs.



Le présent énoncé de position réaffirme donc que la première ligne de soins et de services de santé sera d'autant plus efficace qu'elle pourra compter sur l'expertise de médecins de famille motivés et en nombre suffisant pouvant s'appuyer, notamment, sur une équipe interprofessionnelle dynamique, un DME performant et fonctionnel, un accès en temps opportun aux plateaux techniques et aux médecins spécialistes, des approches cliniques basées sur les meilleures données et adaptées au milieu de première ligne, des locaux appropriés, une rémunération réellement incitative et en lien avec la responsabilité et les tâches requises ainsi que la capacité, le cas échéant, de recruter de nouveaux jeunes médecins adéquatement formés et soutenus par un programme de mentorat.

En lien avec les enjeux évoqués et pour garantir une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, le Collège formule la recommandation suivante :

#### RECOMMANDATION N° 9

Mandater les Départements régionaux de médecine générale (DRMG) pour assurer en priorité le développement et l'organisation des services du réseau public de soins de première ligne dans les cliniques médicales (incluant les GMF, GMF-R et GMF-U) et en CLSC.

- › Assurer à cette organisation une augmentation des ressources humaines et financières nécessaires à son fonctionnement.
- › Prévoir une Table de concertation provinciale forte en mesure d'orienter et de soutenir les structures régionales.

En collaboration avec l'ensemble des intervenants majeurs (particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins du Québec, les autres ordres professionnels en santé, les universités, le Collège québécois des médecins de famille, l'Association médicale du Québec, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels et les directeurs de la santé publique), cette organisation, désormais renforcée, se verrait confier les mandats suivants :

- › Soutenir l'amélioration continue des soins et services de première ligne.

- › Améliorer l'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux techniques de deuxième et de troisième lignes.
- › Favoriser et faciliter la collaboration interprofessionnelle.
- › S'assurer que la réponse aux besoins de la population s'harmonise aussi avec les données de santé populationnelle, en lien avec les directions de santé publique.
- › Garantir un programme de mentorat, d'une durée minimale d'une année, aux médecins en début de pratique.
- › Structurer un programme d'accueil et d'accompagnement pour les nouveaux médecins de famille qui arrivent dans leur milieu de pratique.
- › Faire des recommandations sur le panier de services (ajout, retrait, maintien).
- › Promouvoir et faciliter la formation à la gestion et à l'entrepreneuriat des médecins de famille.
- › Soutenir le travail des médecins gestionnaires.
- › Accompagner les organisations de première ligne lors de changements significatifs (dossier médical électronique, arrivée de nouveaux types de professionnels).
- › Établir des liens (communication/commentaires) avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur ainsi qu'avec les milieux d'enseignement afin de contribuer à l'adéquation entre la formation des futurs médecins de famille et les réalités du terrain (p. ex. : commentaires sur les programmes, les ressources humaines, le financement).
- › Recommander tout changement pertinent aux décideurs et, minimalement une fois l'an, rendre publics, dans un rapport formel, un état de situation et les recommandations qui en découlent.

# Chapitre 10/

## La liste des affirmations et des recommandations

### AFFIRMATION N° 1

Comme le démontrent de nombreuses études, recherches et données probantes, un système de santé et de services sociaux publics fort, performant, accessible et viable doit s'appuyer sur une première ligne robuste de soins et de services où le médecin de famille doit jouer un rôle primordial. Ainsi, par souci de qualité, d'efficacité, d'efficience et de consolidation, les ressources et le financement doivent être orientés en conséquence.

### AFFIRMATION N° 2

Les médecins (*toutes spécialités confondues*) partagent collectivement la responsabilité sociale de répondre aux besoins en soins et services de santé de la communauté où ils exercent, et ils doivent adapter leur pratique aux besoins locaux (p. ex. : accessibilité en temps opportun pour soins aigus et suivis de clientèle), et ce, dans la mesure des moyens dont ils disposent. Par conséquent, la complicité du tandem « médecin de famille – médecin spécialiste » doit être étroite, efficace et se traduire par un accès convivial et privilégié.

### AFFIRMATION N° 3

Les citoyens du Québec doivent pouvoir, s'ils le désirent, s'inscrire auprès d'un médecin de famille et être vus en temps opportun par celui-ci ou par un professionnel de l'équipe à laquelle il appartient.

### AFFIRMATION N° 4

La mission première du médecin de famille est d'accepter la responsabilité du suivi à long terme des patients en première ligne (p. ex. : promotion de la santé, soins pour malaises aigus, suivi des maladies chroniques).

#### AFFIRMATION N° 5

La forte polyvalence individuelle de très nombreux médecins de famille québécois, qui sont à la fois présents en suivi de clientèle et en deuxième ligne de soins constitue une valeur ajoutée.

#### AFFIRMATION N° 6

La formation du médecin de famille, à la fois en sciences biologiques et en sciences humaines, ainsi que sa pratique polyvalente en première ligne le placent comme l'intervenant clé, le leader intégrateur et le *chef d'orchestre* de l'équipe de soins de première ligne. Il est le professionnel de la santé le plus apte à établir avec les patients, grâce au partage et à l'intégration des informations des autres membres de l'équipe de soins, une vision globale de leur état de santé, à coordonner leurs plans de soins et, si requis, à contribuer à les orienter dans le système de soins et de services de santé.

#### AFFIRMATION N° 7

La valorisation de la médecine de famille au sein de la société doit faire l'objet d'actions concrètes, compte tenu de son importance pour une première ligne forte. Tous les propos à l'encontre de cette valorisation de la médecine de famille, peu importe le milieu (enseignement, formation, pratique), doivent être dénoncés rapidement et des actions doivent être entreprises immédiatement pour les faire cesser.

#### RECOMMANDATION N° 1

Améliorer et accentuer la collaboration interprofessionnelle au bénéfice de la population desservie. Pour y parvenir, les conditions suivantes doivent minimalement être réunies :

- › Promouvoir la connaissance réciproque des rôles et du champ de compétences du médecin de famille, des divers intervenants travaillant en première ligne et des ressources communautaires disponibles dans l'environnement.
- › Créer des conditions propices à des communications fluides et à une accessibilité en temps opportun entre les médecins de famille et les médecins des autres spécialités, ainsi qu'entre les médecins de famille et les différents professionnels en santé.
- › Assurer l'accès public requis par les patients aux professionnels de la santé qui travaillent en collaboration avec les médecins de famille.

**RECOMMANDATION N° 2**

Compléter l'implantation en première ligne des GMF, des GMF-R et des GMF-U en soutenant la mise en place de modèles d'organisation exemplaires, performants, évolutifs et en mettant en place des indicateurs de qualité pour permettre l'adaptation rapide des pratiques.

**RECOMMANDATION N° 3**

Prévoir, formaliser et financer l'accompagnement en médecine de famille lors de l'implantation de changements significatifs dans un milieu clinique de première ligne.

**RECOMMANDATION N° 4**

Assurer à la population du Québec, dans chaque région, l'accès à des ressources fiables d'information générale et spécifique en soins de santé de première ligne et à des outils à jour et intégrés pour cheminer à l'intérieur du réseau de soins et de services de santé (p. ex. : aide à la prise de décision lors de symptômes, orientation en présence de certaines maladies courantes, information sur les changements dans l'organisation des soins et services de première ligne de la région, prise de rendez-vous par Internet).

**RECOMMANDATION N° 5**

Mettre en place une stratégie visant le développement, au sein des organismes de première ligne (GMF, GMF-R, GMF-U, clinique réseau, CLSC), d'une culture permettant aux équipes de première ligne de connaître les données de santé populationnelle de leur environnement (image de leur communauté) afin de répondre adéquatement aux besoins des citoyens locaux et, notamment, des plus vulnérables (p. ex. : personnes handicapées, patients à mobilité restreinte, itinérants, marginaux). Cette stratégie proactive devrait se faire en collaboration avec les directions de santé publique.

**RECOMMANDATION N° 6**

Inclure, dans les stratégies d'amélioration de l'exercice des ordres professionnels, des approches spécifiques au contexte de la première ligne qui vont au-delà

de l'évaluation de la pratique individuelle et qui visent à instituer une culture d'amélioration continue et à promouvoir la sécurité des soins en ciblant l'évaluation des pratiques interprofessionnelles. Lors de visites d'évaluation professionnelle en première ligne, les différents ordres professionnels, dont les membres font partie des équipes de première ligne, devraient être invités à participer.

#### RECOMMANDATION N° 7

Assurer aux milieux de première ligne (GMF, GMF-R, GMF-U, clinique réseau, cabinet) qui souhaiteraient, de façon volontaire, améliorer leur performance, la possibilité de faire évaluer la qualité de leurs pratiques, de leurs équipes et de leur fonctionnement par un organisme indépendant et reconnu et ainsi obtenir un agrément, d'une façon similaire à ce qui se fait au sein des établissements de santé. Pour ce faire, fournir aux milieux de première ligne volontaires le soutien requis et le financement nécessaire.

#### RECOMMANDATION N° 8

Assurer une solide formation des médecins de famille pour les préparer à répondre aux besoins sociétaux et à adapter leurs pratiques à ces besoins. Pour y parvenir, les conditions suivantes doivent minimalement être réunies :

- › Garantir une présence forte des médecins de famille enseignants qui représentent des modèles de rôles positifs, tout au long des études médicales.
- › Former les résidents dans des milieux motivants et exemplaires qui correspondent aux futurs milieux de pratique et qui les exposent aux réalités des différents problèmes de santé (avec une attention particulière à la santé mentale et à la gestion des multimorbidités) ainsi qu'aux pratiques collaboratives, incluant celles avec le patient et ses proches.
- › Favoriser les échanges entre futurs médecins de famille et futurs médecins spécialistes pour les amener à mieux comprendre leurs rôles respectifs et à développer une plus grande complicité.
- › Mettre en place une formation élargie en leadership et en gestion (incluant les notions d'entrepreneuriat) afin de mieux préparer les futurs médecins à jouer un rôle responsable aux différents paliers de gouvernance du système de santé et de services sociaux.

**RECOMMANDATION N° 9**

Mandater les Départements régionaux de médecine générale (DRMG) pour assurer en priorité le développement et l'organisation des services du réseau public de soins de première ligne dans les cliniques médicales (incluant les GMF, GMF-R et GMF-U) et en CLSC :

- › Assurer à cette organisation une augmentation des ressources humaines et financières nécessaires à son fonctionnement.
- › Prévoir une Table de concertation provinciale forte en mesure d'orienter et de soutenir les structures régionales.

En collaboration avec l'ensemble des intervenants majeurs (particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins du Québec, les autres ordres professionnels en santé, les universités, le Collège québécois des médecins de famille, l'Association médicale du Québec, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels et les directeurs de la santé publique), cette organisation, désormais renforcée, se verrait confier les mandats suivants :

- › Soutenir l'amélioration continue des soins et services de première ligne.
- › Améliorer l'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux techniques de deuxième et de troisième lignes.
- › Favoriser et faciliter la collaboration interprofessionnelle.
- › S'assurer que la réponse aux besoins de la population s'harmonise aussi avec les données de santé populationnelle, en lien avec les directions de santé publique.
- › Garantir un programme de mentorat, d'une durée minimale d'une année, aux médecins en début de pratique.
- › Structurer un programme d'accueil et d'accompagnement pour les nouveaux médecins de famille qui arrivent dans leur milieu de pratique.
- › Faire des recommandations sur le panier de services (ajout, retrait, maintien).
- › Promouvoir et faciliter la formation à la gestion et à l'entrepreneuriat des médecins de famille.
- › Soutenir le travail des médecins gestionnaires.
- › Accompagner les organisations de première ligne lors de changements significatifs (dossier médical électronique, arrivée de nouveaux types de professionnels).

- › Établir des liens (communication/commentaires) avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur ainsi qu'avec les milieux d'enseignement afin de contribuer à l'adéquation entre la formation des futurs médecins de famille et les réalités du terrain (p. ex. : commentaires sur les programmes, les ressources humaines, le financement).
- › Recommander tout changement pertinent aux décideurs et, minimalement une fois l'an, rendre publics, dans un rapport formel, un état de situation et les recommandations qui en découlent.



## — Des références complémentaires

ALLEN, J., ET COLLAB. (2005).  
*The European Definition of General Practice*, WHO Europe Office.

ARWEILER, D., ET COLLAB. (2010).  
« Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale », *Pédagogie Médicale*, vol. 11, n° 4, p. 239-253.

B-LAJOIE, M.-R., ET J. CARRIER (2012).  
« Perception des médecins résidents de la prise en charge et de la valorisation de la médecine familiale : Une perspective québécoise », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 12, p. e739-e744.

BEAULIEU, M.-D., ET COLLAB. (2013).  
« Characteristics of primary care practices associated with high quality of care », *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 12, p. E590-596.

BEAULIEU, M.-D., ET COLLAB. (2009).  
« What does it mean to be a family physician?: Exploratory study with family medicine residents from 3 countries », *Canadian Family Physician*, vol. 55, n° 8, p. e14-20.

BEAULIEU, M.-D., ET COLLAB. (2008).  
« Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 67, n° 7, p. 1153-1163.

BODENHEIMER, T., ET COLLAB. (2014).  
« The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care », *The Annals of Family Medicine*, vol. 12, n° 2, p. 166-171.

BORGES DA SILVA, R., ET COLLAB. (2014).  
« Effects of practice setting on GPs' provision of care », *Canadian Family Physician*, vol. 60, n° 10, p. e485-492.

BRETON, M., ET COLLAB. (2011).  
« Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? », *Healthcare Policy*, vol. 7, n° 2, p. e122-e135.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA (2014).  
*An External Evaluation of the Family Health Team (FTH) initiative*.

CASTONGUAY, C. (2015).  
*La fin des vaches sacrées : réflexions sur l'avenir du Québec*, Montréal, Canada : Les Éditions La Presse.

CHARLES-JONES, H., J. LATIMER ET C. MAY (2003).  
« Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care », *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n° 1, p. 71-92.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (2010).  
*A national interprofessional competency framework*, Vancouver.

## — Des références complémentaires

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2009).

*Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : le concept du Medical Home.*

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2015).

*Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé,* Gouvernement du Québec.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010).

*Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques,* Gouvernement du Québec.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009).

*Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée,* Gouvernement du Québec.

CÔTÉ, L., ET COLLAB. (2013).

« Collaboration between family physicians and community pharmacists: opinions of graduates in family medicine », *Canadian Family Physician*, vol. 59, n° 9, p. e413-e420.

D'AMOUR, D., ET COLLAB. (2005).

« The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, n° S1, p. 116-131.

DANIEL, D. M., ET COLLAB. (2013).

« Assessing Progress toward Becoming a Patient - Centered Medical Home: An Assessment Tool for Practice Transformation », *Health services research*, vol. 48, n° 6 partie 1, p. 1879-1897.

FAIRHURST, K., ET C. MAY (2006).

« What General Practitioners Find Satisfying in Their Work: Implications for Health Care System Reform », *The Annals of Family Medicine*, vol. 4, n° 6, p. 500-505.

FLEURY, M.-J., ET COLLAB. (2012).

« La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 12, p. e725-e731.

FORGET, C. E. (2014). *L'Affaire des médecins disparus du Québec :*

*Comment améliorer l'accès aux soins,* CD Howe Institute Commentary.

FRANK, J. R. (RÉD.) (2005). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins,* Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 40 p.

## — Des références complémentaires

GENEAU, R., ET COLLAB. (2008).

« Understanding the work of general practitioners: A social science perspective on the context of medical decision making in primary care », *BMC Family Practice*, vol. 9, n° 12.

GROULX, A. (2012). *Analyse des facteurs*

*influençant le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal.

HEPWORTH, J., ET COLLAB. (2014).

« The four pillars for primary care physician workforce reform: A blueprint for future activity », *Annals of Family Medicine*, vol. 12, n° 1, p. 83-87.

HUTCHISON, B., ET COLLAB. (2011).

« Primary health care in Canada: systems in motion », *Milbank Quarterly*, vol. 89, n° 2, p. 256-288.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

(2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie*, Gouvernement du Québec.

JONES, L., ET J. GREEN (2006).

« Shifting discourses of professionalism: a case study of general practitioners in the United Kingdom », *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n° 7, p. 927-950.

KAMIEN, M. (2002). « The tasks of

general practice. A new kind of GP? », *Australian Family Physician*, vol. 31, n° 9, p. 857-859.

KARAZIVAN, P. (2011). *La médecine*

*familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal.

KIDD, M. R., ET COLLAB. (2013).

*The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the world organization of family doctors*, WHO-WONCA, Radcliffe Publishing.

KRINGOS, D. S., ET COLLAB. (2010).

« The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions », *BMC Health Services Research*, vol. 10, n° 1, p. 65.

LAKHANI, M. K. (2003). *A celebration*

*of general practice*, Radcliffe Publishing.

LAURANT, M., ET COLLAB. (2005).

*Substitution of doctors by nurses in primary care (Review)*, The Cochrane Library.

LÉVESQUE, J. F., ET COLLAB. (2011).

« Canadian experts' views on the importance of attributes within professional and community-oriented primary healthcare models », *Healthcare Policy*, vol. 7, numéro spécial, p. 21-30.

LEVINE, D. (2015). *Santé et politique,*

*un point de vue de l'intérieur*, Montréal, Canada : Les Éditions Boréal.

LEVITT, C., ET L. HILTS (2010). *Quality in*

*family practice book of Tools*, McMaster Innovation Press, Hamilton.

## — Des références complémentaires

LIDDY, C., ET COLLAB. (2014). « Primary care quality improvement from a practice facilitator's perspective », *BMC Family Practice*, vol. 15, n° 1, p. 23.

LIDDY, C., ET COLLAB. (2013). « An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions », *Healthcare Policy*, vol. 8, p. 58 - 68.

MACINKO, J., B. STARFIELD ET L. SHI (2007). « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States », *International journal of health services*, vol. 37, n° 1, p. 111-126.

MARSHALL, M. (2015). « A Precious Jewel—The Role of General Practice in the English NHS », *New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 10, p. 893-897.

MCKINLAY, J., ET L. MARCEAU (2008). « When there is no doctor: reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century », *Social Science & Medicine*, vol. 67, n° 10, p. 1481-1491.

MCWHINNEY, I. R. (2000). « Being a general practitioner: what it means », *European Journal of General Practice*, vol. 6, n° 4, p. 135-139.

MCWHINNEY, I. R. (1997). *A textbook of family medicine*, Oxford University Press.

MILLETTE, B., ET COLLAB. (1996). « Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec », *Le Médecin du Québec*, vol. 31, n° 5, p. 87-93.

MISSION ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES MÉTIERS DE SANTÉ (FRANCE), ET COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS (2009). *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes*.

PHILLIPS, W. R., ET D. G. HAYNES (2001). « The domain of family practice: scope, role, and function », *Family Medicine*, vol. 33, n° 4, p. 273-277.

PHILLIPS, R. L., ET COLLAB. (2014). « The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition », *The Annals of Family Medicine*, vol. 12, n° 3, p. 250-255.

PREMJI, K., ET COLLAB. (2014). « Future of family medicine: role of patient-centred care and evidence-based medicine », *Canadian Family Physician*, vol. 60, n° 5, p. 409-412.

RAKEL, R., ET D. RAKEL (2011). *Textbook of family medicine*, 8th edition, Saunders, 1192 p.

## — Des références complémentaires

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (2013). *The 2022 GP: a vision for general practice in the future* NHS, London, RCGP.

RITTENHOUSE, D. R., ET S. M. SHORTELL (2009). « The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? » *JAMA*, vol. 301, n° 19, p. 2038-2040.

SAULTZ, J. W. (2000). *Textbook of family medicine: defining and examining the discipline*, McGraw-Hill, 830 p.

SCOTT, I., ET COLLAB. (2011). « Determinants of choosing a career in family medicine », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, n° 1, p. E1-E8.

SHADBOLT, N., ET J. BUNKER (2009). « Choosing general practice: A review of career choice determinants », *Australian Family Physician*, vol. 38, n° 1/2, p. 53.

SINSKY, C. A., ET COLLAB. (2013). « In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices », *The Annals of Family Medicine*, vol. 11, n° 3, p. 272-278.

STARFIELD, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*, Oxford University Press, 448 p.

STURMBERG, J. P. (2007). *The foundations of primary care: daring to be different*, Radcliffe Publishing, 217 p.

THISTLETHWAITE, J. E., ET COLLAB. (2008). « Addressing general practice workforce shortages: policy options », *Medical Journal of Australia*, vol. 189, n° 2, p. 118-121.