



À la rencontre du médecin de famille,

L'été durant, le journal du Médecin se penchera sur quatre pratiques de médecine générale, dans quatre pays différents, et même quatre continents différents. À la base, un module intitulé « La médecine générale ici et ailleurs », dispensé par le Pr Jean-Luc Belche à l'Université de Liège. Au menu de ce tour du monde de la première ligne, le Canada, la Guinée, le Portugal et le Vietnam. Premier arrêt : le Canada.

Au Canada, inutile de chercher un généraliste. Il faut plutôt chercher un médecin de famille. Ce n'est pas la seule différence entre la première ligne canadienne et la première ligne belge. Trois points saillants les différencient, estime le Pr Lise Cusson, directrice-adjointe du département de médecine de famille (MF) et de médecine d'urgence à l'Université de Montréal :

1. La définition positive et forte de la médecine de famille, sur les plans académiques et professionnels, dans le système de santé canadien ;
2. La pratique de groupe interprofessionnelle ;
3. L'implication des patients dans l'amélioration de la qualité.

Une affirmation de la médecine de famille

« Historiquement, suite à l'essor des connaissances scientifiques dans la première moitié du XX^e siècle, l'engouement pour la spécialisation de la médecine relègue en arrière-plan le rôle du généraliste, le bon vieux médecin de famille », explique le Pr Cusson. « En réaction au morcellement de l'approche des problèmes de santé, des médecins de famille s'unissent et créent, en 1958, le Collège des médecins de famille du Canada afin de faire valoir le rôle spécifique des médecins de famille et l'importance d'une approche globale de l'individu et du suivi longitudinal. La vision que la médecine générale n'est pas une pratique « par défaut » devient un moteur et c'est pour cela que l'on parle progressivement de la médecine familiale ou médecine de famille versus médecine générale. L'idée d'une formation spécifique à la médecine familiale vient alors de soi et des programmes de résidences sont créés progressivement à partir des années 70. »

Cette vision a permis une affirmation



Parmi les défis actuels, l'accessibilité aux soins. Tant la première ligne que la seconde sont impactées par la pénurie. Résultat : les praticiens sont difficilement joignables, les urgences sont engorgées et les délais sont longs.

positive de la médecine familiale, et, *in fine*, la MF souffre peu/moins d'une vision négative et le recrutement actuel ne rencontre pas de soucis particuliers. Cette définition de la médecine familiale est portée par la population, mais aussi adoptée par le politique et reconnue par les médecins spécialistes.

Interprofessionnalité

Au départ, la réflexion sur la pratique interprofessionnelle a débuté dans les universités. Pour de nombreuses raisons, tantôt liées à une volonté d'amélioration continue de la qualité de la formation, tantôt aux évidences scientifiques qui pointaient déjà vers la pratique interprofessionnelle.

S'il existe toujours des pratiques solistes au Canada, elles tendent à disparaître. Le nombre de médecins exerçant en solo n'est d'ailleurs pas connu. Le confort vie privée/vie professionnelle jouant un rôle majeur, sans doute, dans cette évolution, mais aussi le gouvernement, qui pousse (parfois de maladroïtement ou de manière trop rigide) vers la pratique interprofessionnelle.

Le manque d'accessibilité de la médecine de famille a sans doute également joué un rôle dans cette transition vers les pratiques groupées. « Il y avait, entre autres, un problème d'effectif de médecins de famille », explique Lise Cusson. « D'autres professions ont donc saisi l'opportunité de répondre aux besoins non couverts, comme les infirmières en pratique avancée par exemple. » Une profession avec laquelle les médecins de famille ont parfois du mal, à cause d'un manque de collaboration et un sentiment de concurrence entre les prestataires de soins.

Enfin, comme chez nous, les omnipraticiens canadiens craignent de perdre la plus-value relationnelle d'un suivi personnalisé entre un médecin et un patient. Dans une pratique groupée, celui est en effet morcelé entre plusieurs praticiens. « Cela est effectivement toujours en construction au Canada », répond Lise Cusson. « Mais avec l'expérience acquise que la continuité relationnelle peut être partagée à une équipe-fixe-de patients et que la relation individuelle est tout de même conservée. Dans des situations de turn-over des

La médecine de famille en quelques dates

- 1957 : Loi fédérale exigeant des provinces que les soins hospitaliers soient accessibles pour tous.
- De 1951 à 1971 : Le pourcentage de spécialistes chez les médecins passe de 22,5 % à 54,4 %.
- 1970 : Création de l'assurance-maladie du Québec : les soins médicaux « médicalement requis » sont maintenant assurés à toute la population.
- 1982 : Décret ministériel créant la rémunération différenciée afin de pousser les généralistes à aller pratiquer en régions moins bien desservies.
- 1988 : Le programme de résidence de 2 ans devient obligatoire pour l'obtention du permis de pratique de la médecine de famille.
- 1992 : Nouveau décret imposant les « activités médicales particulières (AMP) obligeant les jeunes généralistes de moins de 10 ans de pratique à travailler au moins 12 h par semaine en étalement.
- 1995 : Coupures importantes de 6 % des budgets ministériels. Ceci entraîne la fermeture de petits hôpitaux généraux où les omnipraticiens étaient très présents, et la retraite anticipée de très nombreux médecins de famille.
- 2010 : Reconnaissance officielle par le Collège des médecins du Québec (l'Ordre des médecins, en quelque sorte) de la médecine familiale comme une spécialité : les médecins généralistes reçoivent un certificat de médecin spécialiste en médecine de famille.

soignants, le suivi par une équipe permet même de conserver une continuité des soins. Par ailleurs, les patients s'habituent assez bien à cette modalité de suivi par plusieurs. Une condition étant que ce « plusieurs » reste stable dans le temps. »

L'implication des patients

Les universités sont réellement le moteur de la médecine générale au Canada. Ce sont également elles qui ont introduit la notion de patient comme « agent d'amélioration de la qualité des pratiques individuelles » et de l'organisation de ces pratiques, via la notion de « patient partenaire ». « Cela s'inscrit, d'une certaine manière, dans la continuité de l'approche centrée sur le patient et de la