Le portrait changeant de la médecine familiale

Nicholas Pimlott MD CCFP FCFP, RÉDACTEUR SCIENTIFIQUE

Le seul sentiment commun que nous ayons à long terme est celui du changement – et nous l'évitons tous instinctivement. E.B. White

Le présent numéro du *Médecin de famille canadien* traite de l'évolution du travail des médecins de famille au Canada[1-4].

J'ai commencé ma carrière en médecine familiale universitaire en 1994, à l'hôpital Women's College, au centre-ville de Toronto, en Ontario. Il s'y trouvait alors 1 des 2 seules unités de médecine familiale subsistant en milieu hospitalier dans la ville. En même temps que j'établissais ma propre clinique ambulatoire, j'y ai été engagé comme directeur de l'unité de 10 lits.

Cette unité avait à l'origine été mise sur pied durant les années 1980 par le directeur de la Médecine familiale d'alors, le Dr Hollister King, venu de Midland, en Ontario. Il avait cerné des lacunes dans la préparation des résidents en médecine familiale à fournir des soins hospitaliers dans les plus petites collectivités de la province. Toute la formation postdoctorale en médecine familiale se déroulait alors dans les unités d'enseignement universitaires des 5 facultés de médecine ontariennes.

Notre service était très occupé, presque toujours plein à capacité, et débordait durant les mois d'hiver, nous obligeant à emprunter des lits de nos collègues internistes pour soigner nos patients souffrant de problèmes aigus courants comme la pneumonie, les exacerbations de l'asthme et des bronchopneumopathies chroniques obstructives ainsi que l'insuffisance cardiaque congestive. De nombreux avantages découlaient du fait de soigner à l'hôpital nos propres patients et ceux de nos collègues de la collectivité, tels que l'amélioration de la continuité des soins, des communications et du suivi après le congé, et, comme l'espérait le Dr King, il était plus probable que les diplômés de notre programme de résidence s'occupent plus tard de patients hospitalisés que leurs pairs qui n'avaient pas eu d'expérience semblable[5].

Le travail dans ce milieu a suscité mon intérêt pour la recherche et l'amélioration de la qualité axées sur la pratique clinique en médecine familiale. Entre autres, nous avons été en mesure, à l'aide des données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé, de démontrer que pour les 10 principaux diagnostics courants nécessitant une admission, le coût moyen par cas pondéré et la durée du séjour pour nos patients étaient semblables à ceux des patients de nos collègues internistes, mais que nos patients avaient plus de comorbidités. L'une des premières études randomisées contrôlées expérimentales que j'aie effectuées concernait les effets sur la réadmission d'une visite à domicile après le congé auprès de quelques patients à risque élevé de réadmission dans les 30 jours après le congé – appelés *hot spots*[6].

Avance rapide jusqu'à aujourd'hui et aux résultats d'une étude par Neimanis et ses collègues (**page 221**)[7]. En 2014, les auteurs ont effectué un sondage auprès de médecins de famille affiliés au St Joseph's Healthcare Hamilton, en Ontario[7], et ont comparé les résultats aux réponses de sondages réalisés en 1977 et en 1997. Il n'est pas surprenant qu'ils aient constaté des changements constants et considérables dans les activités des médecins de famille et leurs attitudes dans ce milieu hospitalier urbain durant cette période. La plupart des répondants avaient cessé de fournir des soins hospitaliers directs et peu continuaient à offrir des soins de soutien.

Neimanis et ses collègues ont observé que les changements survenus au cours des presque 4 dernières décennies s'expliquaient à la fois par des changements d'attitude chez les médecins de famille à l'endroit du travail hospitalier et par des facteurs systémiques. Parmi les changements d'attitudes figurait le fait qu'en 2014, moins du tiers des répondants croyaient que les patients s'attendaient à les voir durant leur séjour à l'hôpital (par rapport à 100% en 1977 et 91% en 1997). Même si la proportion des répondants qui croyaient pouvoir offrir de meilleurs soins globaux s'ils pouvaient s'occuper de leurs patients hospitalisés et qui trouvaient satisfaisant de soigner les patients hospitalisés était plus faible qu'en 1977 et en 1997, elle était quand même importante, se situant à un peu moins de 50% et un peu plus de 60% respectivement.

Au nombre des facteurs expliquant l'abandon des soins à leurs patients hospitalisés par les médecins de famille en centres urbains, on peut mentionner les séjours plus courts à l'hôpital pour des problèmes courants, le transfert des soins aux patients de l'hôpital vers les cliniques externes pour de nombreuses affections et l'augmentation consécutive de la complexité des soins en milieu ambulatoire[7].

Au cours des 2 dernières décennies, d'autres modèles de soins hospitaliers ont fait leur apparition et ont comblé les vides, dont celui des médecins de famille à pratique ciblée – médecins hospitalistes. Mais, comme les auteurs l'ont conclu, l'hôpital demeure un lieu qui permet de s'identifier avec la communauté des médecins de famille et d'interagir avec d'autres collègues spécialistes, une source d'un certain type de formation médicale continue[7].

Dans le changement, avons-nous perdu quelque chose d'important?

Références à la **page 184**

This article is also in English on **page 184.**