



La continuité dans les nouveaux modèles de soins

Francine Lemire MD, CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

Nous célébrons ce mois-ci le 60^e anniversaire de notre Collège et le 20^e anniversaire de la Fondation pour la recherche et l'éducation. Il est intéressant de se rappeler qu'un noyau de médecins de famille s'est réuni au Palomar Supper Club de Vancouver, en C.-B., le 17 juin 1954 et a décidé de créer une organisation professionnelle qui offrirait un meilleur point d'appui pour la formation, le maintien de la compétence et les normes de pratique élevées des médecins généralistes et des médecins de famille.


Voyons ce qui se passe aujourd'hui, 60 ans plus tard. Nous avons mis au point les rôles CanMEDS et CanMEDS-Médecine familiale (une mise à jour de CanMEDS sera publiée en 2015) et le Centre de médecine de famille. Dernièrement, un collègue m'a demandé ce qu'il advenait des quatre principes et s'ils avaient été oubliés ou intégrés à d'autres modèles. C'est avec plaisir que je lui ai dit que les quatre principes de la médecine familiale sont d'une nature fondamentale et qu'ils continuent de guider les actions de notre organisation. Les quatre principes ont été élaborés au milieu des années 1980. Le besoin d'établir ces principes est né des débats animés qui ont passionné des membres du Collège et du comité sur le cursus. Les questions discutées se rapportaient à la continuité des soins, aux champs de pratique et à la proportion dans laquelle la résidence devrait se dérouler dans des milieux de médecine familiale (renseignements tirés d'une communication personnelle avec Dr Paul Rainsberry, ancien directeur de la Médecine familiale universitaire, 2014). À vrai dire, ce n'était pas loin de nos débats actuels.

La continuité des soins demeure toujours un élément important pour définir notre profession. Brown et ses collaborateurs ont cerné quatre grands facteurs qui influencent l'assiduité à long terme des patients à une Unité de médecine familiale.¹ Le premier est le contexte relationnel, qui fait référence à l'importance de reconnaître les patients en tant que personnes; des personnes qui partagent avec leur MF des expériences de vie uniques comme une naissance, un décès ou un événement grave; et qui savent que leur médecin va toujours plus loin pour s'assurer de leur bien-être. Les relations avec les membres de l'équipe de soins, plus particulièrement les réceptionnistes et les infirmières en médecine familiale, étaient aussi jugées importantes. Le deuxième facteur est le concept d'équipe. Bon nombre de participants ont bien compris le concept de la relation globale avec l'équipe, y compris l'apport des résidents aux soins, et que cette structure d'équipe était une occasion de mettre de l'avant de « nouvelles idées » et d'obtenir des renseignements à jour et des soins rigoureux.¹ Le

troisième facteur est la responsabilité et les attitudes professionnelles. La transparence, l'honnêteté et la capacité de reconnaître l'incertitude sont des éléments clés de ce facteur. Et enfin, quatrième facteur : les soins complets, globaux et pratiques. La disponibilité des soins 24 heures sur 24, la possibilité de communiquer avec un membre de l'unité et la continuité des soins dans divers milieux constituent des éléments importants de ce facteur.

Comment la continuité est-elle redéfinie dans les nouveaux modèles de soins et de pratique? Les éléments importants du Centre de médecine de famille incluent la participation efficace des équipes et une meilleure continuité des soins. Des données précises confirment l'importance d'impliquer les membres de l'équipe qui ne sont pas médecins pour mieux maîtriser certaines maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète.² Les études menées sur les équipes confirment que les patients accordent une grande importance aux relations personnelles avec leur MF; que ces relations revêtent encore plus d'importance pour les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées et les jeunes enfants; qu'il est difficile d'avoir une relation privilégiée avec un groupe de professionnels (au sein d'une équipe ou non); et que l'opinion des patients relativement aux soins dispensés par les membres de l'équipe est favorable s'ils apprennent à mieux connaître les membres; s'ils comprennent le rôle de ces professionnels au sein de l'équipe, et s'ils estiment que la communication et la coordination sont efficaces avec leur principal fournisseur de soins.^{2,3}

Alors oui, il est possible d'assurer une bonne continuité dans les nouveaux modèles de soins. Mais il faut du travail pour comprendre le rôle des autres professionnels et la place qu'ils occupent; organiser des « concertations matinales » et d'autres rencontres plus formelles pour examiner ensemble les plans de soins; s'impliquer et impliquer ses patients dans le processus, ce qui comprend faire des efforts supplémentaires pour communiquer avec eux — même s'ils n'ont pas rendez-vous — si l'on sait qu'ils éprouvent des difficultés. Il n'est pas toujours facile de trouver du temps dans nos pratiques médicales très chargées, pourtant, il est primordial de transmettre un sentiment d'empathie.

Et vous? Avez-vous des conseils sur certaines actions ou stratégies que vous et votre équipe avez instaurées pour favoriser la continuité? N'hésitez pas à nous écrire à executive@cfpc.ca ou à commenter cet article sur le site www.cfp.ca en cliquant sur Rapid Responses. 

Références

1. Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Méd fam can* 1997;43:901-6.
2. Wagner EH, Reid RJ. Are continuity of care and teamwork incompatible? *Med Care* 2007;45(1):6-7.
3. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006;19(4):390-7.

This article is also in English on page 588.