



## La globalité des soins

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

Chers collègues,

J'ai déclaré publiquement que nos résidents diplômés en médecine familiale devraient être prêts à pratiquer des soins complets et globaux c'est-à-dire des hommes et des femmes de tous âges, peu importe les problèmes qu'ils présentent; d'assurer un excellent suivi; de s'occuper des patients individuellement, ainsi que de populations données; et de travailler dans plus de deux contextes de pratique (p. ex., clinique et domicile). Dernièrement, votre Conseil d'administration a déterminé que le soutien à la continuité et à la globalité des soins (3C) représentait le plus grand défi pour notre profession et pour le Collège. Il y a des jours où je me demande si ma vision de la globalité des soins est « dépassée ».

En 1996, l'*Institute of Medicine* définissait la globalité comme « la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles, par des cliniciens qui doivent répondre à une grande majorité de besoins en soins de santé personnelle »<sup>1</sup>. Les thèmes couramment associés à la globalité des soins comprennent la continuité, la présence en tant que premier point de contact pour les maladies indifférenciées et la coordination des soins<sup>1</sup>. Plusieurs diront que la complexité accrue des soins, la prise en charge des comorbidités et l'évolution des modèles interdisciplinaires diminuent, voire annulent, la possibilité pour les médecins de famille d'assumer ces responsabilités.

Dans une étude rapportée l'an dernier, Bazemore et ses collab. ont examiné les coûts associés aux soins de santé et aux hospitalisations par rapport au degré de globalité de la pratique des médecins de famille. La globalité des soins était définie selon les critères de mesure de l'*American Board of Family Medicine*, ainsi que les codes Berenson-Eggers pour les types de services<sup>2</sup>. Les auteurs ont été en mesure de démontrer qu'une augmentation de la globalité des soins se traduisait par une réduction des coûts en assurance-maladie et des hospitalisations. Les limites de l'étude comprennent un manque d'information sur la qualité des soins offerts et l'expérience du patient quant aux soins reçus. Une autre étude, menée au *Peterson Center on Healthcare*, a démontré que les pratiques en soins primaires qui étaient des « exceptions positives » (c.-à-d., qui offraient des soins de haute qualité à un coût inférieur à la moyenne) étaient plus susceptibles d'être composées de médecins en soins primaires ayant adoptés une approche plus globale aux soins ambulatoires (y compris, par exemple, des procédures dermatologiques et orthopédiques)<sup>3</sup>.

On a brièvement abordé les défis du Collège quant au 3C lors de notre premier Forum annuel au début de juin. Quelque 130 chefs de file en médecine familiale ont participé

au Forum. On a souligné que, étant donné les forces dynamiques qui influencent les soins de santé, la perception de ce que signifie la globalité pourrait varier. En Amérique du Nord, un bon nombre de médecins considèrent plusieurs contextes de pratique comme une composante importante de la globalité. En Europe, où la population est plus dense, le contexte de pratique est plus susceptible d'être communautaire, avec des consultants d'autres spécialités travaillant principalement dans les centres hospitaliers. Une étude comparative a démontré qu'aux États-Unis, les médecins de famille sont presque deux fois plus susceptibles que leurs homologues britanniques d'orienter les patients vers d'autres spécialistes. Cette façon différente de pratiquer ne pouvait pas s'expliquer par les différences dans la prévalence des maladies. Les auteurs ont donc conclu que les omnipraticiens britanniques exerçaient peut-être plus de soins complets et globaux dans le contexte ambulatoire que leurs homologues américains<sup>4</sup>.

Pendant mes « consultations de corridor », certains participants au Forum annuel ont dit qu'il serait désormais préférable de parler de globalité de la pratique. On ne peut pas s'attendre à ce que chaque médecin « fasse tout »; cependant, il devrait y avoir une complémentarité au sein de la pratique pour répondre aux besoins de la communauté — que la connaissance de la population desservie devrait orienter la composition du groupe, ainsi que le type de travail d'équipe qui doit être mis en place afin de mieux répondre à ces besoins. Afin de bien déterminer les différents éléments de l'organisation de la pratique, les cliniciens doivent être responsables les uns envers les autres, et du groupe envers la population desservie.

Des discussions se poursuivent sur les compétences avancées et les risques de « mini-spécialisation ». Bien que l'on reconnaisse qu'une certaine proportion de médecins de famille auront des pratiques ciblées, plusieurs leaders élus espèrent que l'évolution des modèles de soins pourra faciliter une meilleure intégration des médecins de famille avec des intérêts particuliers et des compétences avancées dans les pratiques de soins complets et globaux, comme elles sont décrites précédemment.

J'aimerais bien vous lire ou entendre vous sur les 3C.

Enfin, j'aimerais vous rappeler que vous êtes invités à élire trois nouveaux administrateurs généraux au CA et ainsi que président désigné et le secrétaire-trésorier honoraire. Cette année, le vote se fera par voie électronique entre le 13 octobre et le 2 novembre 2016. Nous vous ferons parvenir plus d'information sous peu. 🍁

### Remerciement

Je tiens à remercier Madame Cheri Nickel, ainsi que les Docteurs Nadia Knarr et Jennifer Hall pour leur aide dans la rédaction de cet article.

This article is also in English on page 608.

Références à la page 608