

Entre les lignes, hors du cadre : la valeur ajoutée d'un médecin généraliste

Conférence D^r Ian McWhinney 2019

David Loxterkamp MD

Nous n'étudions pas l'histoire pour connaître l'avenir, mais pour élargir nos horizons. Pour comprendre que notre situation présente n'est ni naturelle ni inévitable. Et que, par conséquent, nous avons plus de possibilités devant nous que nous l'imaginons.

Yuval Noah Harari, *Sapiens* (traduction libre)

Les enseignants canadiens et américains s'inquiètent que la portée de la pratique de la médecine familiale s'amenuise trop. Par contre, aucune donnée factuelle ne soutient que les patients ou les communautés en ont souffert pour autant. Nous nous trompons peut-être au sujet de ce que signifie être un généraliste. Est-ce défini par l'ampleur de notre éventail de services ou par la gamme d'idées et d'expériences à notre disposition? Tous les médecins de famille sont formés pour être compétents, éthiques et respectueux de la loi. Par ailleurs, lorsqu'ils sont appelés à mobiliser les patients et à bâtir la communauté, ils font appel à tous les talents et les compétences de la tradition généraliste.

Partie 1: Les raisons pour lesquelles les résidents ne lisent pas davantage

Après plus de 3 décennies en pratique privée, j'ai rejoint les rangs du corps professoral d'un programme de résidence en médecine familiale de la région. J'ai maintenant le luxe de rencontrer mes collègues une fois par semaine pour discuter, entre autres, des priorités du cursus, des politiques de l'hôpital, du budget et des «résidents à problèmes». Récemment, une curieuse question a été soulevée: Pourquoi les résidents ne lisent-ils pas plus? En dépit de nos incitations et de nos exigences occasionnelles, les résidents semblaient résister à l'idée de lire et de rédiger des rapports sur des recherches originales.

Pourquoi est-ce ainsi? Il y a plusieurs explications possibles. D'autres priorités professionnelles viennent en premier, comme les demandes inépuisables imposées par le dossier médical électronique. Une récente étude des temps et mouvements des internes¹ a révélé qu'ils consacraient 66% de leur temps à des soins indirects aux patients (documentation et revue du dossier médical électronique), 13% aux soins directs aux patients, et seulement 7% à l'éducation didactique. Les

résidents ont eux aussi des responsabilités à la maison. Une enquête auprès de résidents en médecine familiale a fait valoir que la moitié d'entre eux étaient parents ou attendaient leur premier enfant et le tiers souhaitaient agrandir leur famille². Même s'il semble évident que les programmes de résidence en médecine familiale devraient répondre aux besoins des résidents qui ont une famille, moins de la moitié des directeurs de programme américains croyaient que leur programme offrait suffisamment de soutien³. De plus, les résidents aux États-Unis croulent sous des centaines de milliers de dollars en dettes étudiantes, et nombreux sont ceux qui cherchent à réduire ce fardeau en travaillant au noir durant leur temps «libre».

Il est aussi tentant de dire que les résidents d'aujourd'hui sont plus paresseux que «nous l'étions», mais c'est là l'argument élimé et peu convaincant de chaque génération.

La conclusion la plus troublante est que les résidents n'ont aucune raison de lire au-delà des lignes directrices et des «pratiques exemplaires» auxquelles leur réseau hospitalier a donné son aval. Grâce à Internet, nous avons tous un accès instantané aux ressources cliniques les plus récentes. Les scores de risque, les outils de dépistage et les ordonnances préétablies ont rétréci notre cadre clinique et nous ont donné une fausse assurance de certitude diagnostique. Est-ce important comment les chiffres sont calculés ou qui les recueillent? Il est tentant d'ignorer de telles questions, parce le reste du système le fait, et parce qu'elles éveillent en nous une profonde inquiétude à propos de notre art si désarçonnant.

En lisant entre les lignes, je comprends que mes collègues enseignants se demandent en réalité: Les résidents s'investissent-ils dans leur éducation? Ou, plus précisément, acquièrent-ils une éducation ou mémorisent-ils simplement les outils du métier? Les outils, comme nous le savons, nous les têtes blanches, se démodent rapidement, tandis qu'une éducation doit durer toute une vie.

Partie 2 : Un contexte en mouvance

Le système de santé dont hériteront nos résidents est, bien entendu, un amalgame de notre propre facture. À tout le moins, le système a évolué sous notre gouverne. Je ne suis pas un érudit des soins de santé au Canada, mais je crois que les affirmations suivantes sont largement vraies: les Canadiens paient leurs soins de santé la moitié moins cher que les Américains⁴. Il n'y a essentiellement pas d'options d'assurance maladie privée au Canada et, pourtant, les

Ce commentaire se fonde sur la Conférence D^r Ian McWhinney de 2019 prononcée par le D^r Loxterkamp à l'Université Western à London, en Ontario, le 18 septembre 2019.

dépenses publiques couvrent seulement 70% du total des coûts⁴. Et les médecins de famille au Canada représentent (encore) presque la moitié des effectifs médicaux, par rapport à 15 % aux États-Unis⁵.

Pourtant, nos similitudes sont plus frappantes que nos différences. Au Canada, près du tiers de tous les médecins de soins primaires rapportent des symptômes d'épuisement professionnel; aux États-Unis, ce nombre excède les 50 %, même chez les médecins en formation⁶. Dans les régions rurales des 2 pays, il n'y a pas assez de médecins⁷. Le Canada se fie fortement aux médecins remplaçants pour régler son problème de répartition inégale⁸, tandis que les États-Unis font appel aux cliniciens de pratique avancée⁵. Les 2 pays dépendent des médecins formés à l'étranger⁹ pour combler les effectifs. En outre, dans les 2 pays, un nombre croissant de médecins de famille poursuivent une formation spécialisée pour parfaire leur éducation, une tendance qui rétrécit dans l'ensemble la portée de la pratique^{10,11}. Enfin, le centre de médecine de famille est devenu un point de premier contact secondaire pour les services médicaux. Les services d'urgence dans les 2 pays ont fourni pendant longtemps par défaut les soins primaires; maintenant, les centres de soins urgents et les cliniques sans rendez-vous répondent à la demande latente de services accessibles et pratiques. Il y a un quart de siècle, Barbara Starfield définissait les 4 piliers des soins primaires comme étant le premier point de contact, la continuité, l'intégralité et la coordination des soins¹². Autrefois sacro-saints et enracinés dans le médecin de famille traditionnel, ils s'effritent désormais sous les contraintes budgétaires et les préférences des consommateurs et les fournisseurs. La façon dont les médecins de famille, les décideurs gouvernementaux et le libre marché répondront à ces défis refaçonnera notre discipline.

Partie 3 : Les généralistes à valeur ajoutée

Plus tôt cette année, David Epstein a publié un livre intrigant, intitulé *Range. Why Generalists Triumph in a Specialized World*¹³. En s'appuyant sur des études de cas et des recherches observationnelles, il examine les contributions de personnes qui ont adopté leur domaine d'expertise tard dans leur vie, ont changé d'orientation et sont toujours demeurées réceptives à de nouvelles possibilités. Il cite des études sur des ingénieurs de la NASA (National Aeronautics and Space Administration), des diplômés de West Point, des concepteurs de jeux vidéo, des lauréats de Prix Nobel, des grandes vedettes du sport, de même que des biographies de personnages comme Vincent Van Gogh, Charles Darwin et Johannes Kepler.

Epstein décrit 2 types d'environnements d'apprentissage. Dans un monde « bon », les scénarios se répètent et la rétroaction est uniforme et immédiate. Dans un tel cas, un début hâtif de formation et « 10 000 heures » de pratique peuvent produire un technicien exceptionnel. Au contraire, dans un monde « mauvais »,

les règles sont imprécises, les scénarios incertains et la rétroaction tardive. Les répétitions, la pratique et l'expertise fonctionnent en réalité à l'encontre de la capacité de résoudre un problème dans l'immédiat. Pour illustrer ce point, Epstein rappelle 2 fameux incendies désastreux : l'incendie de Mann Gulch, en 1949, au Montana, et l'incendie de Storm King, en 1994, au Colorado. Dans les 2 catastrophes et en dépit d'avertissements répétés, des pompiers aguerris ont perdu la vie, parce qu'ils ont refusé de laisser tomber leur lourd sac à dos et leur scie à chaîne durant leur tentative d'échapper aux flammes. Pourquoi se sont-ils accrochés à leurs outils? Parce qu'ils ne les avaient jamais laissés tomber auparavant. Epstein affirme que, lorsque des problèmes imprévus surviennent, la solution exige une sorte de « désapprentissage », une flexibilité intellectuelle et une réceptivité à l'adaptation. Les soins primaires sont le prototype du monde « mauvais », où l'ambiguïté et l'incertitude sont la règle plutôt que l'exception. Une réflexion analogique, un savoir contextuel, une prise de décision sur le champ et l'apprentissage de nos erreurs sont essentiels à la survie en pratique générale.

La diversité des expériences augmente non seulement les chances de faire le bon choix de carrière, mais elle procure aussi une panoplie de solutions possibles aux obstacles de la pratique au quotidien. Epstein met en évidence cette affirmation en faisant remarquer que les lauréats de Prix Nobel sont au moins 22 fois plus enclins à faire du théâtre amateur, de la danse ou d'autres arts de la scène que le sont les autres scientifiques.

Dans leur manuel *Textbook of Family Medicine*¹⁴, Ian McWhinney et Tom Freeman cernent 9 principes fondamentaux de la médecine familiale. En premier lieu vient un engagement primordial envers la personne plutôt qu'à l'égard d'une maladie. Ils croyaient que le médecin a pour rôles de gérer les ressources communautaires, de situer les maladies dans leur contexte le plus large, de visiter les patients à domicile, et de contribuer au réseau d'entraide d'une communauté. La médecine exige une certaine sensibilité à l'endroit des sentiments d'autrui, de même qu'une volonté de négocier les nettes démarcations de la relation médecin-patient. C'est tout à notre avantage de partager le même habitat que nos patients et de leur servir de premier point de contact.

McWhinney croyait que notre plus précieux cadeau à la profession médicale était notre capacité d'autoréflexion. Il disait que cette capacité avait le pouvoir de transformer tout ce que nous faisons, autant comme scientifiques que praticiens. Elle peut nous protéger contre ces choses terribles qui peuvent survenir lorsque la médecine devient captive d'une idéologie et de sa propre arrogance¹⁵. Grâce à l'autoréflexion, nous pouvons commencer à évaluer nos propres compétences et limites, et mieux comprendre le patient et toute l'organisation des soins de santé de qui nous dépendons tous, notamment son histoire et ses traditions, sa structure

générale, ses buts et objectifs, et sa relation avec le monde dans son ensemble. Les médecins de famille peuvent alors servir de plaque tournante des communications dans un réseau à branches multiples, et s'acquitter de l'ultime responsabilité des soins au patient.

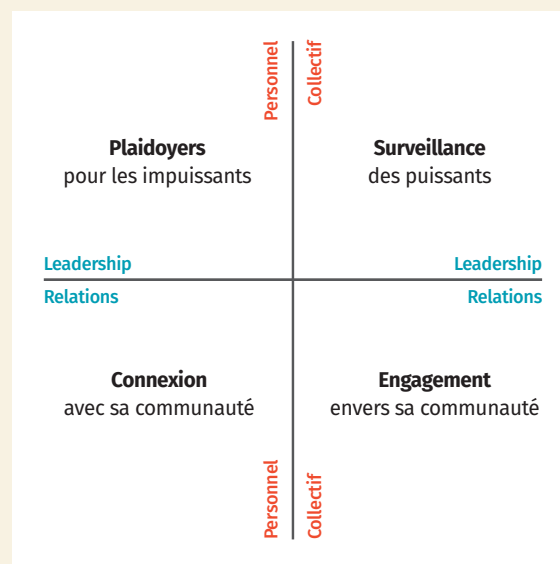
Partie 4 : Plus que la portée de la pratique

On s'attend des médecins qu'ils soient cliniquement compétents, catégoriquement éthiques et respectueux de la loi. Cela étant, la société nous permet, à nous et à nos groupes de pairs, de nous certifier nous-mêmes. Mais, au-delà, se trouve un monde de possibilités. Ceux d'entre nous qui se sont engagés à l'endroit de la continuité des relations visitent leurs patients confinés à la maison, à l'hôpital et dans les centres de soins de longue durée, et envoient à la famille des personnes décédées des messages de condoléances. Nous animons conjointement des groupes d'entraide et nous participons à des visites par télémédecine avec nos patients qui, parce qu'ils ont perdu un conjoint, leur permis de conduire ou leur santé physique, sont devenus isolés de leur communauté. Nous soutenons nos patients aux prises avec une dépendance, une non-conformité de genre ou la maladie mentale, en devenant leurs plaideurs et leurs soignants. Nous élevons notre voix collective lorsque des politiques hospitalières injustes et intéressées posent des risques pour nos patients (Figure 1).

Ce qui m'a le plus frappé dans les principes de la médecine familiale énoncés par le Dr McWhinney était le nombre et les sources de ses références. La moitié des 24 auteurs n'étaient pas des cliniciens, et la liste comptait des historiens, des philosophes, des poètes, des économistes, des théologiens et des journalistes¹⁴. Ailleurs, il faisait remarquer que le médecin de soins primaires ne sera pas meilleur en ayant des connaissances détaillées de la chirurgie cardiaque, de la greffe de rein ou de l'utilisation des lasers; de fait, son temps serait mieux utilisé en lisant de la littérature, de la philosophie ou de l'histoire¹⁶. Par la lecture de sujets généraux, et grâce au temps d'arrêt qu'elle nécessite, les médecins peuvent développer un sentiment d'humilité face à leurs propres efforts pour créer un monde meilleur, de même qu'une appréciation plus profonde de la contribution d'autrui.

Ce qui nous ramène là où nous avons commencé. Pourquoi les résidents ne lisent-ils pas davantage, et que liraient-ils si on leur en donnait la chance? Je recommanderais *Dreamland* (2015)¹⁷, qui retrace les origines de la crise des opioïdes en bouchées faciles à digérer et démontre l'erreur monumentale de rechercher un médicament unique comme solution à des problèmes complexes. *Why Architecture Matters* (2009)¹⁸ fait valoir que le plus grand cadeau de l'architecture ne s'évalue pas par un seul édifice, aussi magnifique soit-il, mais bien par ce qui peut arriver lorsque des édifices sont considérés dans leur ensemble pour former un lieu, préserver la mémoire collective, et promouvoir le sens d'appartenance à la communauté par des rencontres

Figure 1. Éléments de valeur ajoutée contribués par les médecins généralistes



aléatoires. *Scarcity* (2013)¹⁹ prouve qu'en ménageant du temps de détente dans nos horaires de rendez-vous surchargés, nous pouvons réellement améliorer notre efficacité et réduire nos erreurs. *Tribe* (2016)²⁰ tire des parallèles entre les anciennes tribus des Amérindiens et les unités de combat modernes, et pourrait nous aider à instituer une culture plus saine dans nos pratiques d'enseignement. *The Doctor Stories* (1984)²¹ présente un récit cru et direct de la complexité émotionnelle de la pratique clinique, mais nous démontre aussi que l'écriture et la médecine, entreprises en duo, s'insufflent réciproquement plus de vie. *Teaching a Stone to Talk* (1982)²² raconte les aventures des premiers explorateurs polaires, qui partent avec leurs couverts en porcelaine, leurs poneys anglais et leur bel uniforme de la Marine de Sa Majesté, pour ne plus jamais revenir. Les expéditions qui ont connu plus de succès sont celles qui se sont adaptées aux conditions du terrain, ont fait un juste équilibre entre leur noble sentiment et le recours aux chiens de traîneaux, aux igloos et aux guides autochtones, et qui ont appris des erreurs du passé pour éviter de les commettre de nouveau. Comme le dit l'auteur, il n'existe pas d'explorateur polaire solitaire, aussi attrayante qu'en soit l'idée²².

Plutôt que de choisir pour vous, permettez-moi de vous encourager à ouvrir le livre qui attend sur la pile sur votre table de chevet ou même, de vous mettre au défi de le faire. Ils ont tous de l'importance, pas seulement pour notre plaisir récréatif, mais aussi pour apprécier la gamme complète des possibilités dans chaque décision et pour soutenir notre courage dans les moments difficiles.

Il est déplorable que les médecins de famille se soient enfermés eux-mêmes dans un coin de leur château. Alors qu'auparavant, nous côtoyions nos homologues à

l'hôpital, nous visitons d'anciens voisins au centre d'accueil et nous arrêtons voir un patient malade en revenant à la maison, maintenant, nous faisons directement et efficacement le trajet aller-retour à la clinique. Une fois rendus, nous pouvons nous affaïrer pendant des jours sans porter attention à nos collègues, et encore moins entamer avec eux une conversation. Est-ce ce qui différencie la médecine familiale du reste de la profession? Le D^r McWhinney ne l'a jamais cru. Lorsqu'il décrit ses efforts initiaux pour établir un département de médecine familiale à l'Université Western, il raconte ce qui suit :

L'un des hôpitaux d'enseignement à London (Ontario) a mis à notre disposition une pratique d'enseignement dans son établissement. Nous, au département, en sommes venus très rapidement à la conclusion unanime qu'un hôpital n'était pas un endroit propice à une pratique familiale. Les gens nous confondaient avec un département de consultations externes. Il nous fallait établir clairement la distinction¹⁶.

Quelle forme cette distinction pourrait-elle prendre? Nous pourrions devenir plus visibles dans la communauté, non seulement en y travaillant, mais aussi en y faisant nos emplettes, en y relaxant et en y vivant. Il y a bien des années, il était courant qu'un médecin de famille dirige le conseil régional de la santé, soigne les personnes incarcérées et fasse de nombreux examens physiques liés aux sports. Les possibilités n'ont pas disparu. De nos jours, nous pouvons donner un cours au collège communautaire, devenir le directeur médical d'un gîte pour sans-abri ou diriger une organisation de soins de longue durée. Notre présence est vitale. Oui, la fermeture d'un établissement de soins de santé peut ralentir le moteur économique d'une petite ville, mais la perte du médecin de famille — la personne qui était toujours là pour les gens de la ville, prenait une bière au bar local, s'entraînait au YMCA, applaudissait avec eux aux activités scolaires et faisait les visites à l'hôpital — nuit encore davantage au sentiment de sécurité de la communauté.

Conclusion

Il n'y a jamais eu d'âge d'or en médecine familiale. Il y a simplement eu des moments dans l'histoire où des médecins admirablement motivés ont répondu à leur appel et ont mis leurs valeurs à contribution. Le contexte médical moderne ne comporte pas moins de défis que lorsque le D^r McWhinney est arrivé à London, il y a 52 ans. En cette ère de spécialisation et alors que des cliniciens moins bien rémunérés convoitent nos emplois, les médecins généralistes doivent prouver leur valeur ajoutée. Pouvons-nous travailler avec des consultants et la liste grandissante d'infirmières praticiennes, d'adjoints au médecin, de pharmaciens cliniciens, de thérapeutes du comportement et de guérisseurs en médecine douce? Pouvons-nous régler les problèmes logistiques liés aux soins des personnes les plus

éloignées sans sacrifier la continuité ou notre investissement personnel dans leurs collectivités? Pouvons-nous prendre du temps pour nous-mêmes et, ainsi, raviver notre capacité de « lire » chaque patient individuellement et de mettre de côté nos préjugés inhérents? Le médecin généraliste pourrait être une espèce menacée, comme certains le prétendent, mais la présence du médecin généraliste sera toujours nécessaire. Le D^r McWhinney nous a enseigné que notre plus grande contribution à l'exercice de la médecine n'est pas les compétences que nous apportons dans notre travail, mais bien la personne. Notre cadeau de l'autoréflexion — pour l'écoute, pour la solution de problèmes, pour le sacrifice — a le pouvoir de transformer chaque chose, chaque personne que nous rencontrons. Notre véritable valeur ajoutée se situe dans la capacité de lire entre les lignes de ce que demandent les patients, tout en pratiquant en dehors du cadre pour y répondre. 🌿

Le D^r **Loxterkamp** est médecin de famille en milieu rural à Belfast (Maine), professeur agrégé de clinique à la Faculté de médecine de l'Université Tufts, membre du corps professoral en médecine familiale et directeur du programme de boursiers Maine Arts and Humanities in Medicine pour le programme de résidence en médecine familiale Northern Lights à Bangor (Maine).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r David Loxterkamp; courriel davidloxterkamp@gmail.com

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Moriates C, Hudson FP. A modern snapshot of the daily work of medical interns—the burden of indirect patient care. *JAMA Intern Med* 2019;179(6):767-8.
- Blair JE, Mayer AP, Caubet SL, Norby SM, O'Connor MI, Hayes SN. Pregnancy and parental leave during graduate medical education. *Acad Med* 2016;91(7):972-8.
- Morris LE, Lindbloom EJ, Kruse RL, Washington KT, Cronk NJ, Paladine HL. Perceptions of parenting residents among family medicine residency directors. *Fam Med* 2018;50(10):756-62.
- Papanicolaos I, Woskie LR, Jha AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA* 2018;319(10):1024-39.
- Pettersson S, McNellis R, Klink K, Meyers D, Bazemore A. *The state of primary care in the United States: a chartbook of facts and statistics*. Washington, DC: Robert Graham Center; 2018.
- Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag* 2019;12:169-77.
- Strasser R. Delivering on social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Asia Pac Schol* 2016;1(1):3-8.
- Myre DL, Konklin J, Woloschuk W, Safran O, Hansen C, Crutcher R. Locum practice by recent family medicine graduates. *Can Fam Physician* 2010;56:e183-90. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/56/5/e183.full.pdf. Réf. du 25 sept. 2019.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Summary report. Physicians in Canada, 2017*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2019.
- Oandasan IF, Archibald D, Authier L, Lawrence K, McEwen LA, Palacios Mackay M et coll. Future of comprehensive care. Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada. *Can Fam Physician* 2018;64:520-8.
- Freeman TR, Boisvert L, Wong E, Wetmore S, Maddocks H. Comprehensive practice. Normative definition across 3 generations of alumni from a single family practice program, 1985-2012. *Can Fam Physician* 2018;64:750-9.
- Starfield B. *Primary care. Concept, evaluation, and policy*. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
- Epstein D. *Range. Why generalists triumph in a specialized world*. New York, NY: Riverhead Books; 2019.
- McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*. 3^e éd. New York, NY: Oxford University Press; 2009.
- McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6:135-9.
- McWhinney IR. *A call to heal. Reflections on a life in family medicine*. Regina, SK: Benchmark Press; 2012.
- Quinones S. *Dreamland. The true tale of America's opiate epidemic*. New York, NY: Bloomsbury Press; 2015.
- Goldberger P. *Why architecture matters*. New Haven, CT: Yale University Press; 2009.
- Mullainathan S, Shafir E. *Scarcity. Why having too little means so much*. New York, NY: Time Books; 2013.
- Junger S. *Tribes. On homecoming and belonging*. New York, NY: Twelve Books; 2016.
- Williams WC. *The doctor stories*. Coles R, compilateur. New York, NY: New Directions Books; 1984.
- Dillard A. An expedition to the pole. In: *Teaching a stone to talk: expeditions and encounters*. New York, NY: Harper & Row; 1982.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

This article is also in English on [page 869](#).