

La pratique du généralisme en médecine de famille

Six concepts (6C) pour éclairer l'enseignement

Martina Ann Kelly MB BCH PhD FRCGP CCMF Sonja Wicklum MD CCMF FCMF Maria Hubinette MD CCMF MMed FCMF Lyn Power MD CCMF FCMF

Le généralisme est défini comme une « philosophie de soins qui se traduit par un engagement envers l'étendue et la variété de la pratique au sein de chaque discipline et une collaboration avec l'équipe de soins de santé dans son ensemble afin de répondre aux besoins des patients et des collectivités.¹ » Les généralistes ont un vaste champ de pratique : ils diagnostiquent et prennent en charge des problèmes cliniques variés, indifférenciés et souvent complexes, et ils fournissent une gamme complète de services. La médecine généraliste est associée à de meilleurs résultats cliniques et à un usage efficace du système de santé². On pousse énormément pour que les apprenants soient exposés à la médecine généraliste et qu'ils en acquièrent les compétences durant leurs études en médecine, quelle que soit la spécialité choisie^{3,4}. Malgré tout, le concept de généralisme n'est souvent pas évident. Alors que les apprenants en font l'expérience en médecine de famille ou dans d'autres contextes généralistes, on accorde rarement une attention explicite aux concepts sous-jacents qui constituent le généralisme. L'une des définitions du mot *pratique* est le processus par lequel une théorie, une leçon ou une compétence est mise en œuvre, incarnée ou réalisée. En médecine de famille, la pratique du généralisme peut s'articuler au moyen de six concepts clés pendant l'enseignement (les « 6 C » ; **Tableau 1**)⁵. Le but du présent article est de fournir un cadre aux fins des discussions avec les apprenants sur la mise en œuvre du généralisme en médecine de famille.

(Soins) complets et globaux

La médecine de famille généraliste s'intéresse à la personne dans son ensemble. En effet, l'approche holistique de l'évaluation et de la prise en charge est ce qui caractérise la prestation de soins complets et globaux. Bien que cette notion se résume parfois pour les apprenants à la prise en charge des patients tout au long du cycle de vie, un aspect important, mais souvent méconnu, de la médecine de famille est le fait de décortiquer complètement les préoccupations des patients pour déterminer la nature du problème. Par exemple, les douleurs thoraciques ne sont pas toujours d'origine cardiaque, et la douleur n'est pas toujours physique. Qu'il y ait pathologie biologique ou non, le médecin de famille travaille avec les patients pour examiner et prendre en charge leur détresse⁶.

Cette approche diffère de la forme de dépistage hypothétique, plus axée sur la maladie et plus déductive, qui est propre aux soins spécialisés. D'ailleurs, lorsqu'un spécialiste ne peut détecter chez un patient une cause de symptôme en lien avec le système corporel de son expertise, on réoriente souvent le patient vers son médecin de famille. La médecine de famille vise moins la maladie et davantage le bien-être des patients, afin d'améliorer leur quotidien en ce qui a trait à la santé⁷. Ce type de soins complets et globaux, qui exige une souplesse intellectuelle et une pensée créative, peut être énormément valorisant. Les médecins de famille peuvent raconter aux apprenants leur expérience de la prestation de soins complets et globaux, notamment en leur parlant de cas où leurs patients présentaient des symptômes inexplicables et en leur expliquant comment le fait d'être témoin d'un symptôme au fil du temps peut approfondir les relations médecin-patient et améliorer les résultats cliniques.

Complexité

Les généralistes prennent en charge des cas complexes. Les nouveaux venus en médecine de famille peuvent se sentir dépassés par la complexité des cas et ne pas savoir par où commencer⁸. Devant un patient aux prises avec cinq maladies ou plus, 10 médicaments et des circonstances sociales difficiles, l'incertitude peut régner. La prise en charge de la multimorbidité et le fait de composer avec l'incertitude sont le commun de tous les médecins de famille généralistes. Or, la formation médicale de premier cycle est principalement axée sur la maladie prise isolément, sans autres pathologies concomitantes et sans contexte, et consolidée par des lignes directrices et des plans d'intervention portant sur une seule maladie. Notre examen systématique sur l'enseignement de la multimorbidité n'a relevé que deux études, toutes deux au niveau postdoctoral⁹. Les médecins de famille peuvent modéliser la façon dont les généralistes prennent en charge la complexité et aider les apprenants à privilégier une approche structurée de la multimorbidité en décomposant les cas complexes en composantes plus faciles à gérer par le regroupement de maladies semblables, en appliquant des compétences de prise de décisions partagées, et en admettant franchement toute incertitude aux patients. Les apprenants de premier cycle peuvent grandement tirer parti de la participation de résidents à ces discussions, car ceux-ci sont

Table 1. Concepts du généralisme et exemples des 6C

CONCEPT	EXEMPLES DE MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT
(Soins) complets et globaux	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser l'exemple des soins complets et globaux pour illustrer la souplesse intellectuelle et la vaste base de connaissances né-cessaire pour prendre en charge des patients et des familles Discuter de la gratification personnelle et de la stimulation qu'offre la prestation de soins complets et globaux
Complexité	<ul style="list-style-type: none"> Aider les étudiants à décomposer les problèmes en composantes faciles à gérer Passer en revue les profils des patients pour regrouper les maladies affectant des systèmes semblables ou ayant une patholo-gie sous-jacente commune Montrer l'exemple en appliquant les principes de prise de décisions partagée à la prise en charge de cas complexes (par exemple, en discutant de l'établissement d'un plan de soins) Discuter ouvertement avec les étudiants de la prise en charge de l'incertitude clinique Réfléchir aux avantages et aux inconvénients des options de la prise en charge des affections comorbides
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> Discuter de la façon dont la prestation des soins aux patients pourrait varier dans un contexte différent (par exemple, en ce qui a trait à l'accès aux soins, comme dans les milieux urbains ou ruraux, ou devant différentes situations financières ou dif-férents réseaux de soutien)
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> Demander aux étudiants de passer en revue le dossier d'un patient sous vos soins depuis longtemps; examiner des expé-riences de relations à long terme avec les patients et la façon dont cette continuité peut influencer une décision clinique ou la re-lation médecin patient; intégrer une discussion sur le sentiment de satisfaction professionnelle et personnelle Faire le parallèle entre cette expérience et celles de l'étudiant pendant les courts externats rotatoires Montrer comment la fragmentation des soins, comme une piètre communication entre les fournisseurs de soins, affecte né-gativement les soins aux patients
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à établir une communication respectueuse au sujet des collègues d'autres spécialités, en médecine familiale et dans les professions paramédicales
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> Discuter du modèle de soins du Centre de médecine de famille (https://patientsmedicalhome.ca/fr)⁵ Témoigner des efforts déployés en coulisse qui font partie intégrante des soins aux patients (par exemple le processus d'orientation, le déroulement des tâches du personnel administratif, les appels téléphoniques aux divers établissements de santé et le travail de plaidoyer entre les services sanitaires et sociaux) Avoir en main une liste des patients qui ont reçu des soins de différents spécialistes et encourager les étudiants à discuter avec ces patients de la façon dont les spécialistes, les médecins de famille et les professionnels paramédicaux contribuent par divers moyens, mais uniformément, aux soins des patients

souvent aux prises avec des difficultés semblables; leur point de vue de pairs peut rassurer les apprenants et les encourager à poser leurs questions.

Contexte

Les généralistes intègrent l'expertise de la matière et à celle du contexte. À la faculté de médecine, l'apprentissage est grandement axé sur la maîtrise de la matière. En médecine de famille, on mise sur l'application de cette expertise aux circonstances particulières de chaque patient. Le contexte peut être envisagé sous plusieurs angles : le contexte du patient, le contexte de la pratique, le cadre pédagogique, l'emplacement physique et le contexte sociopolitique et culturel¹⁰. Les médecins de famille réagissent à la variabilité du contexte au moyen d'une expertise adaptative. Ils peuvent montrer l'adaptabilité contextuelle aux apprenants en les interrogeant sur différents scénarios quant aux soins de leurs patients. Et si l'apprenant devait prendre en charge ce patient dans un milieu rural ou urbain? Et si le patient n'avait pas accès à des prestations d'assurance complètes, à des services de garde, etc.? Les mises en situation aident les apprenants à articuler leurs connaissances tacites et à réfléchir à leur démarche dans différents contextes, ainsi qu'aux avantages et inconvénients de chacun.

Continuité des soins

La *continuité des soins* se définit comme un contact répété entre un patient et un médecin au fil du temps¹¹. Les consultations répétées donnent aux patients et aux médecins l'occasion de se comprendre. Au moyen de ces connaissances accumulées, le médecin adapte les soins lors des visites suivantes. La continuité peut s'entendre comme une mesure approximative de la solidité des relations patient-médecin¹² et est associée à diverses améliorations des résultats pour le patient, y compris une meilleure satisfaction, une meilleure promotion de la santé, une plus grande observance des médicaments, un moindre recours aux hôpitaux et une baisse de la mortalité¹¹. Malgré la valeur de la continuité des soins, qui est évidente pour les médecins de famille, outre lors d'externats longitudinaux, les occasions de faire l'expérience de la continuité des soins au premier cycle universitaire sont plutôt limitées pour les apprenants. Bien que bon nombre de facultés offrent aux apprenants de passer du temps dans un cabinet de médecine de famille ou de suivre le cheminement d'un patient lors de préexternats, les possibilités de nouer des relations longitudinales avec les patients sont limitées. Les médecins de famille peuvent expliquer le concept de continuité en parlant des relations qu'ils entretiennent avec leurs patients (et leur famille) au fil du temps et de la façon dont leurs

connaissances personnelles du patient influent sur les recommandations qu'ils formulent à leur égard en ce qui concerne ses soins au cours d'une consultation. Souvent, le lien entre cette continuité et ces recommandations va de soi pour le médecin de famille, mais pas pour un apprenant.


Communication

Il est important que l'enseignant démontre le principe de communication claire et impartiale; nous parlons ici de la communication interprofessionnelle et entre médecins. Une documentation bien établie fait état d'un curriculum caché qui dénigre la médecine de famille, de sorte qu'elle est perçue comme une option de carrière inférieure ou de dernier recours⁸. Mais les commentaires négatifs sur les spécialités ne sont pas particuliers à la médecine de famille. Récemment, le terme *irrespect envers les spécialités*¹³ a été utilisé pour décrire les commentaires négatifs injustifiés formulés par les stagiaires et les médecins sur différentes spécialités. Un sondage mené auprès des étudiants en médecine aux États-Unis a révélé que le fait d'être confronté à un manque de respect envers une spécialité avait des répercussions modérées ou fortes sur leur choix de spécialité¹³. En outre, les commentaires irrespectueux peuvent non seulement diminuer l'intérêt des étudiants pour la spécialité qui est la cible des remarques, mais aussi pour celle qui en est la source. Ainsi, l'irrespect engendre un cycle mutuellement destructeur. Les médecins de famille peuvent, même inconsciemment, être irrespectueux envers une spécialité lorsqu'ils font des commentaires désobligeants sur les soins prodigués à un patient par des spécialistes, d'autres médecins de famille ou des collègues du domaine paramédical. La promotion du respect envers les spécialités requiert le respect envers tous les professionnels de la santé, quelle que soit leur discipline. Les médecins de famille devraient parler avec respect des autres professions et expliquer, du point de vue de la médecine familiale, comment améliorer les soins d'un patient (en recadrant ainsi la question).

Collaboration

La collaboration est inhérente à la médecine généraliste, car les médecins aident les patients à naviguer dans les systèmes de santé. De plus en plus, les généralistes travaillent en équipe dans le cadre du modèle du Centre de médecine de famille⁵. Les apprenants ne connaissent peut-être pas ce modèle, mais en se faisant expliquer les structures d'équipe et le travail en coulisses, ils en viendront à connaître les efforts cliniques et administratifs nécessaires pour fournir des soins collaboratifs sans heurt.

Conclusion

Le généralisme fait partie intégrante de la médecine de famille et est associé à de meilleurs résultats pour les patients et à une plus grande efficacité du système de santé. Toutefois, cette notion s'avère souvent floue pour les apprenants et tellement connue des superviseurs qu'elle devient tacite, laissant les apprenants dans le noir quant à la façon d'adopter le généralisme. Les 6C (Tableau 1)⁵ fournissent le vocabulaire commun pour aider les médecins généralistes à structurer et articuler la nature du généralisme afin que les apprenants puissent devenir des généralistes efficaces et contribuer positivement aux résultats cliniques. 

D^{re} Martina Ann Kelly est directrice du programme d'études prédoctorales en médecine de famille à l'Université de Calgary, en Alberta. **D^{re} Sonja Wicklum** est directrice des externats en médecine de famille à l'Université de Calgary. **D^{re} Maria Hubinette** est directrice du programme d'études prédoctorales en médecine de famille à l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver. **D^{re} Lyn Power** est directrice du programme d'études prédoctorales en médecine de famille à l'Université Memorial de Terre-Neuve, à St. John's.

Références

1. Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation. *Rapport du Groupe de travail sur le généralisme et les généralistes*. Ottawa (ON) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2013. Dans : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/educational-strategy-accreditation/ccc-task-force-report-july-2013-f.pdf>. Date de consultation : Le 22 janvier 2020.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
3. Conseil de gouvernance collaborative de l'EMPo. *Rapport sur le généralisme au niveau de l'éducation médicale postdoctorale (EMPo)*. Ottawa (ON) : Association des facultés de médecine du Canada; 2018. Dans : https://pgme-cgc.afmc.ca/sites/default/files/news/Generalism%20Working%20Group%20Position%20Paper%20FINAL_FR.pdf. Date de consultation : Le 20 janvier 2020.
4. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AMFC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa (ON) : Association des facultés de médecine du Canada; 2010. Dans : https://www.afmc.ca/sites/default/files/pdf/2010-FMEC-MD_FR.pdf. Date de consultation : Le 15 janvier 2020.

Conseils pour les enseignants

- ▶ Le généralisme en tant que philosophie de soins fait partie intégrante de la médecine de famille, mais est un concept souvent flou pour les apprenants. Les six concepts clés (les 6 C) fournissent un vocabulaire commun pour aider les médecins généralistes à structurer et articuler la nature du généralisme.
- ▶ Pendant l'enseignement, les médecins de famille peuvent modéliser la mise en pratique des 6 C : (soins) complets et globaux, complexité, contexte, continuité des soins, communication et collaboration. Ils peuvent favoriser une discussion franche et ouverte avec les apprenants sur les défis uniques de la pratique du généralisme et la gratification qu'elle offre en les illustrant au moyen de leurs propres expériences.
- ▶ La participation des résidents à ces discussions peut s'avérer particulièrement utile pour les apprenants débutants, car les résidents sont souvent aux prises avec des défis semblables; leur point de vue de pairs peut contribuer à rassurer les apprenants et les encourager à poser leurs questions.

5. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale—Le Centre de médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019.
6. Heath I. Divided we fail. *Clin Med (Lond)* 2011;11(6):576-86.
7. Reeve J, Dowrick CF, Freeman GK, Gunn J, Mair F, May C et coll. Examining the practice of generalist expertise: a qualitative study identifying constraints and solutions. *JRSM Short Rep* 2013;4(12):2042533313510155.
8. Sahota K, Goeres P, Kelly M, Tang E, Hofmeister M, Alberti H. Intellectual stimulation in family medicine: an international qualitative study of student perceptions. *BJGP Open* 2020;4(3):bjgpopen20X101045.
9. Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Training doctors to manage patients with multimorbidity: a systematic review. *J Comorb* 2016;6(2):85-94.
10. Schrewe B, Ellaway RH, Watling C, Bates J. The contextual curriculum: learning in the matrix, learning from the matrix. *Acad Med* 2018;93(11):1645-51.
11. Gray DJR, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6):e021161.
12. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract* 2010;27(2):171-8. Publication numérique le 6 janvier 2010.
13. Alston M, Cawse-Lucas J, Hughes LS, Wheeler T, Kost A. The persistence of specialty disrespect: student perspectives. *PRIMER* 2019;3:1.

Can Fam Physician 2021;67:e288-90. DOI: 10.46747/cfp.6710e288

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **October 2021** issue on **page 786**.

Ressources additionnelles

Horrey K, Davidson C, Tan A. Douze points à considérer lorsque vous discutez d'une carrière en médecine de famille avec un étudiant en médecine. *Can Fam Physician* 2020;66:74-6 (ang), e41-3 (fr).

Graves L, Power L. *Layered learning: Integrating learners into your clinical practice* [video]. YouTube; 2020. Dans: <https://www.youtube.com/watch?v=2woNwQMtaWM>. Accessed 2021 Sep 8.

Occasion d'enseignement est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien*, coordonnée par la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). La série porte sur des sujets pratiques et s'adresse à tous les enseignants en médecine familiale, en mettant l'accent sur les données probantes et les pratiques exemplaires. Veuillez faire parvenir vos idées, vos demandes ou vos présentations à D^{re} **Viola Antao**, coordonnatrice d'Occasion d'enseignement, à viola.antao@utoronto.ca