



The College of  
Family Physicians  
of Canada

Le Collège des  
médecins de famille  
du Canada



The Royal College of  
Physicians and Surgeons of Canada  
Le Collège royal des médecins  
et chirurgiens du Canada

## **Document de travail conjoint :**

### **MÉDECINS DE FAMILLE ET AUTRES SPÉCIALISTES : TRAVAILLER ET APPRENDRE ENSEMBLE**

**Appuyé par Santé Canada**

**Août 2006**

---

## **Mission**

### **Le Collège des médecins de famille du Canada**

Le Collège des médecins de famille du Canada est un organisme national constitué de médecins de famille dont l'adhésion est volontaire et qui impose à ses membres de parfaire leur formation médicale sur une base continue.

Le Collège s'efforce d'améliorer la santé des Canadiens en encourageant l'excellence des normes éducatives touchant la formation et l'exercice de la médecine familiale, en contribuant à sensibiliser la population aux habitudes de vie saines, en favorisant l'accès immédiat aux services dispensés par les médecins de famille, en stimulant la recherche et en faisant connaître davantage la médecine familiale.

### **Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**

Une organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de normes de pratique élevées et à l'assurance de la qualité des soins de santé

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé et recommandations .....	1
A. Introduction .....	6
B. Colloque CMFC-CRMCC 2006 .....	8
C. Le but : des soins d'une grande qualité pour les patients .....	9
1) Relations collégiales.....	
i. Recherche .....	10
ii. Compétences CanMEDS et les Quatre principes .....	10
iii. Aiguillage et consultation.....	11
iv. Assurer l'intégralité et la continuité .....	13
v. Comprendre les limites.....	13
2) Milieux de pratique .....	
i. Milieu de pratique communautaire .....	14
ii. Milieu de pratique universitaire.....	15
3) Évolution des modèles de soins et de collaboration.....	16
4) Éducation.....	
i. Éducation prédoctorale.....	18
ii. Éducation postdoctorale .....	18
iii. Formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC).....	19
iv. Éducation pour une pratique en collaboration .....	20
5) Effectifs médicaux .....	21
6) Facilitateurs.....	
i. Technologie/gestion de l'information .....	22
ii. Habiletés de communication .....	22
D. Recommandations.....	24
E. Éducation et formation.....	24
F. Conclusions.....	27
G. Références.....	28
H. Annexes .....	
i. Recommandations de 1993.....	31
ii. Colloque de 2006 : Comité de planification et délégués.....	33
iii. Définitions des Compétences CanMEDS .....	34
iv. Les Quatre principes de la médecine familiale.....	35

La version intégrale de ce document est offerte dans le site Web du CMFC [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca) dans les deux langues officielles

Pour de plus amples renseignements sur ce document, veuillez contacter M<sup>me</sup> Michelle Knevel, Coordonnatrice de projet de politique de santé à l'adresse courriel [mknevel@cfpc.ca](mailto:mknevel@cfpc.ca) ou par téléphone au 1-800-387-6197, poste 315.

## Résumé et recommandations

Lors d'un colloque de deux jours, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ont abordé les problèmes entourant les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, dans le but d'améliorer les relations de travail et d'apprentissage et d'augmenter la qualité des soins aux patients et la satisfaction du patient et du médecin. Les participants au colloque ont également discuté et peaufiné les recommandations et les lignes directrices d'un rapport publié précédemment par les deux organisations, *Les relations entre les médecins de famille et les spécialistes/consultants dans la prestation des soins aux patients*.

Le colloque a permis de dégager cinq thèmes principaux : les relations collégiales, les milieux de pratique, l'évolution des modèles de soins et de collaboration, l'éducation et les effectifs médicaux. Les participants ont également examiné les rôles facilitateurs visant à améliorer les relations interprofessionnelles, notamment la technologie/gestion de l'information et les habiletés de communication.

La collégialité est essentielle au maintien de bonnes relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Les éléments de confiance et de respect mutuels, ainsi que la connaissance de l'expertise, des compétences et des responsabilités de l'autre sont importants pour établir des relations collégiales, mais on manque de preuves sur ce qui assure le succès de ces relations. L'image du « salon des médecins » a servi à illustrer un endroit où se développent des relations collégiales. Quelle est la nouvelle sphère d'activité où de telles relations auront une chance de se développer et de s'épanouir?

Les relations collégiales affectent les processus d'aiguillage et de consultation, ainsi que l'intégralité et la continuité des soins. Les participants au colloque ont passé en revue la recherche portant sur les processus d'aiguillage et de consultation; cette revue a généré des suggestions pratiques de changement et d'amélioration.

Les problèmes d'aiguillage et de consultation dans le milieu de pratique universitaire soulignent l'importance de la communication entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Le nombre décroissant de médecins de famille impliqués dans les soins hospitaliers présente un défi supplémentaire. Traditionnellement, la plupart des médecins exerçaient dans des milieux communautaires ou universitaires. Maintenant que les centres de santé universitaires deviennent des réseaux universitaires, les milieux de pratique communautaires deviennent davantage impliqués dans l'enseignement, l'apprentissage et la recherche. La recherche et l'expérimentation sur des modèles de soins en collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes devraient être entreprises dans les deux contextes.

Des modèles de collaboration sont en développement dans un effort pour améliorer les soins et la prise en charge efficace des patients, non seulement entre les médecins et les autres professions de la santé, mais aussi entre les médecins de famille et les autres spécialistes. La tâche d'examiner les résultats pour le patient, ainsi que la satisfaction du prestataire et du patient concernant ces nouveaux modèles d'exercice, ne fait que commencer.

Les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes peuvent être améliorées tout au long du continuum de l'éducation prédoctorale et postdoctorale, de la FMC/du DPC, y compris le perfectionnement professoral. Il y a eu une demande pour que l'éducation prédoctorale soit davantage axée sur le généralisme afin d'aider à combattre les stéréotypes dans les rôles des médecins de famille et des autres spécialistes et de promouvoir la valeur du généralisme. Au niveau postdoctoral, les résidents des spécialités et de médecine familiale pourraient tirer profit du fait de travailler ensemble en référant les uns aux autres et en se consultant entre eux, ainsi qu'en apprenant à partir du comportement modélisé par leurs professeurs. Il existe également des possibilités de FMC/DPC en collaboration pour aider à développer des relations intraprofessionnelles.

Les Canadiens devraient avoir un accès approprié aux médecins de famille et aux autres spécialistes selon leurs besoins de soins de santé. Les pénuries de médecins de famille et de nombreuses catégories d'autres spécialistes constituent un défi pour l'accès approprié et doivent être corrigées.

Dans leurs discussions, les participants au colloque ont reconnu qu'un changement à travers tout le réseau peut être difficile à mettre en place, et reconnaissent aussi l'importance de débiter la transformation par de petits éléments faciles à gérer. Ils ont reconnu aussi que la mise en œuvre des recommandations et des plans d'action se ferait à différents niveaux : organisationnel, professionnel et individuel. Finalement, ils ont exprimé le désir de développer des recommandations portant sur les activités qui se rapportent aux mandats des deux Collèges.

Le CMFC, le CRMCC, leurs dirigeants et leurs membres sont déterminés à aborder les problèmes décrits dans ce document, avec l'objectif ultime d'améliorer les soins aux patients et la satisfaction professionnelle, en créant des contextes de soins de santé et des modes de pratique où les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes sont hautement valorisées et encouragées. À cette fin, les recommandations suivantes sont proposées :

## **Recommandations**

### **I. Éducation et formation**

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC travaillent de concert pour développer des critères d'agrément communs pour l'éducation postdoctorale qui régissent les relations professionnelles entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Entre autres aspects, ceci devrait inclure le processus d'aiguillage/de consultation.
- ii) Le CMFC et le CRMCC, en association avec l'AFMC, examinent l'éducation prédoctorale et son influence sur les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, et agissent de concert à la recherche d'excellentes relations.
- iii) Afin de guider les éducateurs et les praticiens, le CMFC et le CRMCC continuent de travailler conjointement à définir les compétences de base implicites aux compétences CanMEDS et aux Quatre principes de la médecine familiale entourant les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes.
- iv) Les programmes de formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC) de chacun des Collèges pour assurer le maintien de la compétence encouragent la collaboration afin d'offrir des programmes de FMC/DPC qui favorisent de bonnes relations intraprofessionnelles.

### **II. Exercice**

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC, en collaboration avec d'autres intervenants clés, explorent toutes les occasions de promouvoir et de faciliter les interactions collégiales entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans les milieux de pratique communautaires et hospitaliers.
- ii) Pour intégrer plus efficacement les pratiques, les deux Collèges développent et diffusent des outils qui :
  - a. Examinent la pertinence de l'aiguillage et de la consultation.
  - b. Facilitent des processus d'aiguillage/de consultation efficaces et efficaces.

- c. Contribuent à des sessions de FMC/DPC en collaboration sur le processus d'aiguillage/de consultation.
- iii) Les programmes de formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC) de chacun des Collèges pour assurer le maintien de la compétence encouragent l'utilisation et l'évaluation d'outils de pratique qui améliorent le processus d'aiguillage/de consultation.
- iv) Les deux Collèges, en association avec les autorités de la santé et autres intervenants clés, améliorent l'intégration de la continuité des soins de première ligne avec l'accès approprié aux soins spécialisés en :
  - a. Développant les modèles existants de soins partagés et de soins en collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans les contextes communautaires et hospitaliers, y compris les centres de santé universitaires.
  - b. Encourageant l'utilisation de plans de soins qui définissent clairement les rôles et responsabilités des médecins de famille et des autres spécialistes, à partir du congé de l'hôpital et après le congé.
  - c. Identifiant les obstacles à l'utilisation de services indirects et moins formels, comme les interactions par téléphone et par télécopieur, entre les médecins de famille et les autres spécialistes.
  - d. Examinant les effets de l'évolution dans les modèles de soins partagés et de collaboration, comme la rémunération et la responsabilité.

### **III. Autre**

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC, en association avec les gouvernements, les facultés de médecine et les autres intervenants clés, continuent de réclamer des effectifs médicaux suffisants afin que chaque Canadien ait la possibilité d'avoir un médecin de famille et un accès en temps opportun aux soins de santé spécialisés appropriés.
- ii) Le CMFC, le CRMCC et les autres intervenants clés, en association avec les organismes de réglementation, préconisent l'évaluation des relations intraprofessionnelles, y compris le processus d'aiguillage/de consultation, comme une composante importante des programmes d'évaluation par des pairs.



- iii) Le CMFC et le CRMCC appuient et encouragent de plus amples recherches dans le domaine des relations intraprofessionnelles entre les médecins de famille et les autres spécialistes.
- iv) Le CMFC et le CRMCC encouragent l'accélération de l'adoption des renseignements électroniques, p. ex. les DÉS, pour faciliter la communication entre les médecins de famille et les consultants, avec protections appropriées pour le respect de la vie privée.
- v) Le CMFC et le CRMCC soutiennent des activités pour donner suite aux recommandations contenues dans ce document, y compris l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation d'un plan d'action concret.

## A. Introduction

En 1991, un Groupe de travail conjoint du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a été formé pour conseiller sur le renforcement des relations entre les médecins de famille et les spécialistes/consultants dans la prestation des soins aux patients. Le Groupe de travail a constaté que le problème relationnel le plus important entre les médecins de famille et les spécialistes/consultants se manifestait autour des soins aux patients, particulièrement durant le processus de consultation et d'aiguillage. Le Groupe de travail s'est concentré sur les processus de consultation et d'aiguillage et, en 1993, il a produit des lignes directrices et une série de recommandations spécifiques dans deux catégories : celles visant le patient et celles visant la profession.

Les lignes directrices du rapport de 1993 sont encore valides aujourd'hui mais seules quelques-unes des dix-neuf recommandations du rapport ont été mises en application. Ce manque de suivi pourrait être attribué en partie à l'absence de spécificité de nombreuses recommandations. La dissémination du rapport aurait également pu être améliorée. L'inquiétude à l'effet que le rapport n'ait pas stimulé davantage de changement a donné un élan à la préparation du présent document.

Le tableau des soins de santé a changé considérablement depuis 1993 et il est assez évident que les médecins sont confrontés à de nouveaux défis qui n'étaient pas aussi perceptibles à l'époque. Certains de ces défis comprennent, entre autres, l'extrême pénurie de médecins de famille au pays et la pénurie existante et en émergence de nombreux autres spécialistes. L'opinion publique entourant les soins de santé et le système de santé au Canada, même si elle s'est améliorée à l'endroit de certains aspects du système, demeure sombre à d'autres égards. Une étude réalisée auprès de la population adulte au Canada pour le Bulletin de l'Association médicale canadienne (AMC) en 2005 révèle que 50 % ont dit s'attendre à ce que la disponibilité des services de santé dans leurs collectivités se détériore quelque peu ou passablement au cours des trois prochaines années, comparativement à 37 % en 2003. Cette proportion de répondants ayant donné au système une faible note (B) a atteint son niveau le plus élevé (45 %) durant les cinq années où l'AMC a produit son bulletin. L'impact du manque d'accès aux soins de première ligne demeure évident – les répondants n'ayant pas de médecin de famille étaient plus susceptibles de donner au système une note d'échec (14 %).

Depuis 1993, nous assistons à des changements remarquables dans la technologie/la gestion de l'information. La croissance phénoménale de l'Internet et des communications électroniques dans tous les secteurs, ainsi que le développement accru et l'utilisation croissante des dossiers électroniques de santé (DÉS), de la télémédecine et des systèmes de soutien informatisés pour la prise de décision clinique dans le secteur de la santé, ont

multiplié les attentes des Canadiens en matière de santé et le potentiel de changement dans la prestation des soins de santé.

Depuis le rapport de 1993, il y a eu plusieurs initiatives de collaboration entre les membres des deux Collèges :

- Le Groupe de travail conjoint du CMFC/de l'Association des psychiatres du Canada sur les soins de santé mentale partagés
- Le Comité d'initiatives conjointes sur la santé de l'enfant et de l'adolescent (CICSEA)
- Le Groupe consultatif de collaboration pour la pratique générale et familiale de l'anesthésie en milieu rural au Canada
- La publication d'un document d'orientation sur les soins de maternité en milieu rural, en association avec la Société de médecine rurale du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- L'élaboration du Sondage national auprès des médecins (SNM), en partenariat avec l'Association médicale canadienne (AMC)
- Le Groupe de travail Deux, coprésidé par le CMFC, le CRMCC et l'AMC.

Les exemples précédents représentent des activités de soutien mises sur pied par des organisations médicales, essentiellement des associations intraprofessionnelles<sup>1</sup>. Les relations les plus déterminantes se tissent au niveau personnel, entre les médecins et les patients, entre les médecins, et entre les médecins et les autres professionnels de la santé. Une collaboration positive doit être recherchée et encouragée aux niveaux organisationnel (y compris intraprofessionnel) et individuel pour atténuer le type de tensions qui persistent encore dans les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes.

En collaborant pour explorer les possibilités d'amélioration dans ces domaines, le CMFC, le CRMCC, leurs dirigeants et leurs membres ont noué de solides relations que les deux Collèges ont entretenues depuis plus de cinquante ans. On s'attend à ce que les activités qui ont mené à l'élaboration de ce document et qui le suivront vont contribuer à améliorer davantage ces relations et seront un facteur contributif important aux objectifs de cette entreprise conjointe – soit de renforcer les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans la prestation de soins de santé d'une grande qualité aux patients.

---

<sup>1</sup> Le terme "intraprofessionnel" est utilisé dans ce document pour désigner "au sein des professions de médecine et chirurgie".

## **B. Le Colloque CMFC-CRMCC 2006**

En 2005, les deux Collèges ont décidé de réexaminer la question des relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, et de poursuivre la discussion et peaufiner les recommandations et les lignes directrices du rapport de 1993. Un comité de planification a été créé pour revoir la littérature soumise à l'évaluation critique des pairs sur les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, telle que couverte dans la littérature publiée depuis le rapport de 1993. Avec ces renseignements en main, le comité a mis sur pied un colloque de deux jours dans le but d'améliorer les relations de travail et d'apprentissage afin d'améliorer les soins aux patients, ainsi que la satisfaction du patient et du médecin.

Lors du colloque tenu à la fin de janvier 2006, les participants ont entendu les présentations des médecins de famille et autres spécialistes -- chercheurs, médecins du milieu universitaire et médecins exerçant dans la collectivité. Les délégués se sont réunis en petits groupes pour résoudre des problèmes présentés sous forme de trois scénarios basés sur des cas. Des sessions facilitées de rapports et de discussion avec l'ensemble du groupe ont suivi les discussions en petits groupes.

Les participants étaient particulièrement intéressés à développer des recommandations qui se concrétiseraient. Ils ont également reconnu que la mise en œuvre des recommandations et des plans d'action se feraient à différents niveaux : organisationnel et individuel. De plus, on a reconnu qu'il existe des facteurs externes sur lesquels les deux Collèges n'ont aucun contrôle, et que ceux-ci ont une incidence sur les possibilités de succès entourant les recommandations et les plans d'action. Par exemple, les barèmes tarifaires ne sont sous le contrôle direct d'aucun Collège mais elle a des conséquences très importantes sur les modes de pratique et les relations collégiales.

Dans leurs discussions et recommandations pour renforcer les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, les participants au colloque ont insisté sur les points suivants :

- La reconnaissance qu'un changement à l'échelle du système peut être difficile à mettre en œuvre et l'importance de commencer par de petits aspects plus faciles à gérer, même si l'objectif ultime est une transformation en profondeur.
- Un désir de concentrer leurs recommandations sur les activités qui se rapportent aux mandats des deux Collèges.
- L'importance de rechercher l'implication et l'engagement de tous les intervenants.
- L'importance de gérer le changement.

## **C. Le but : des soins d'une grande qualité pour les patients**

Le colloque a permis de dégager cinq thèmes principaux : les relations collégiales, les milieux de pratique, l'évolution des modèles de soins et la collaboration, l'éducation et les effectifs médicaux. De plus, les participants ont considéré les rôles facilitateurs de la technologie/gestion de l'information et des habiletés de communication pour améliorer les relations entre les médecins de famille et les spécialistes dans chacun des thèmes. Ces cinq thèmes peuvent également être identifiés dans la littérature.

Ces thèmes sont reliés par un écheveau complexe de liens entre ces thèmes. Par exemple, les relations collégiales sont influencées par l'éducation, et vice versa; l'éducation affecte les effectifs médicaux; et les milieux de pratique sont influencés par l'éducation.

### **1) Relations collégiales**

Le dictionnaire canadien Oxford, édition 2004, définit 'collégial' comme étant caractérisé par une *collaboration entre collègues; se rapportant ou impliquant un groupe de collègues, une collectivité; qui a rapport à un collège*. Cette définition saisit l'importance de "l'appartenance", mais ne souligne pas les éléments que de nombreux médecins présents au colloque ont exprimé comme très importants pour établir des relations collégiales – la confiance mutuelle, le respect et la reconnaissance de l'expertise, des compétences et des responsabilités de chacun.

La collégialité est au cœur des relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Comment peut-on introduire la collégialité dans les nouveaux environnements des soins de santé? La collégialité transcende la simplicité des communications et des réseaux électroniques. Elle implique un objectif de réunir les médecins de famille de la collectivité et les autres spécialistes oeuvrant en milieu hospitalier.

L'image du "salon des médecins" a été utilisée pour illustrer un endroit où les relations collégiales peuvent s'épanouir. Une des questions clés qui a été soulevée au colloque est : Alors que le salon des médecins n'existe maintenant presque plus, où est le nouveau centre d'activité où de telles relations auront la chance de se développer et de prospérer?

Les relations collégiales sont essentielles à nos efforts pour gérer le changement, mais les définir constitue tout un défi. Qu'est-ce qui fait leur réussite et qu'est-ce qui les freine? Comment peut-on les promouvoir? Pourquoi les relations collégiales semblent-elles avoir plus de succès dans certains secteurs particuliers des soins spécialisés? Comment ceci peut-il servir à développer globalement de meilleurs soins? Que font les deux Collèges pour promouvoir les relations collégiales?

## **i) Recherche**

Mangiardi et Pellegrino discutent des privilèges et obligations d'un établissement universitaire et médical dans l'un des rares articles sur la collégialité que l'on retrouve dans la littérature biomédicale. Une étude qualitative menée au Royaume-Uni a constaté que les praticiens généraux et les consultants hospitaliers ont démontré entre eux de bons niveaux d'entente, de compréhension mutuelle et de respect malgré des différences considérables en termes d'attitudes face à la parité financière (Marshall). Bien que la recherche sur les relations collégiales soit rare, il existe une importante documentation sur l'interface entre les médecins de famille et les psychiatres, y compris la bibliographie de Craven et Bland sur la collaboration en santé mentale. Par contre, l'interface entre les médecins de famille et les autres spécialistes est beaucoup moins documentée.

Il existe peut-être des différences fondamentales dans la façon dont les médecins de famille et les autres spécialistes perçoivent les soins aux patients. Par exemple, Rosser avance qu'il y a des différences dans l'approche au diagnostic et la résolution du problème clinique : les consultants s'attardent couramment aux organes, à la maladie ou à l'investigation, alors que les médecins de famille se concentrent souvent sur le patient comme individu dans le contexte de sa famille et de sa collectivité. Les médecins doivent apprendre ces différences afin de développer la confiance et le respect mutuels. Il est également instructif de voir comment ces différences entre les médecins de famille et les autres spécialistes peuvent se manifester dans les relations qu'ils entretiennent. Par exemple, l'étude réalisée par Shaw entourant les demandes de consultations en psychiatrie, illustre que les omnipraticiens peuvent référer aux consultants pour des raisons qui diffèrent de l'opinion que se font les consultants des problèmes que présentent les patients.

## **ii) Les Compétences CanMEDS et les Quatre principes**

Entretenir de bonnes relations collégiales implique de comprendre et de respecter les rôles de chacun. Le cadre des compétences CanMEDS, défini par le CRMCC, et les Quatre principes de la médecine familiale, utilisés par le CMFC, sont des instruments clés qui aident les médecins de chaque sphère à définir et à comprendre leurs propres rôles.<sup>2</sup> La tentative actuelle des deux Collèges de trouver un langage commun et un terrain d'entente entre les rôles et les principes d'une part et le développement de compétences de base ou fondamentales d'autre part, devrait être utile pour promouvoir une compréhension et un respect mutuels. Néanmoins, bien que les Compétences CanMEDS et les Quatre principes soient considérés importants aux niveaux intraorganisationnel et intraprofessionnel, ils ne se sont pas encore traduits par le développement de relations au niveau individuel entre les médecins. Il

---

<sup>2</sup> Le Cadre des compétences CanMEDS et les Quatre principes de la médecine familiale sont annexés à ce document.

est reconnu que des approches pratiques seront requises pour établir des relations à ce niveau

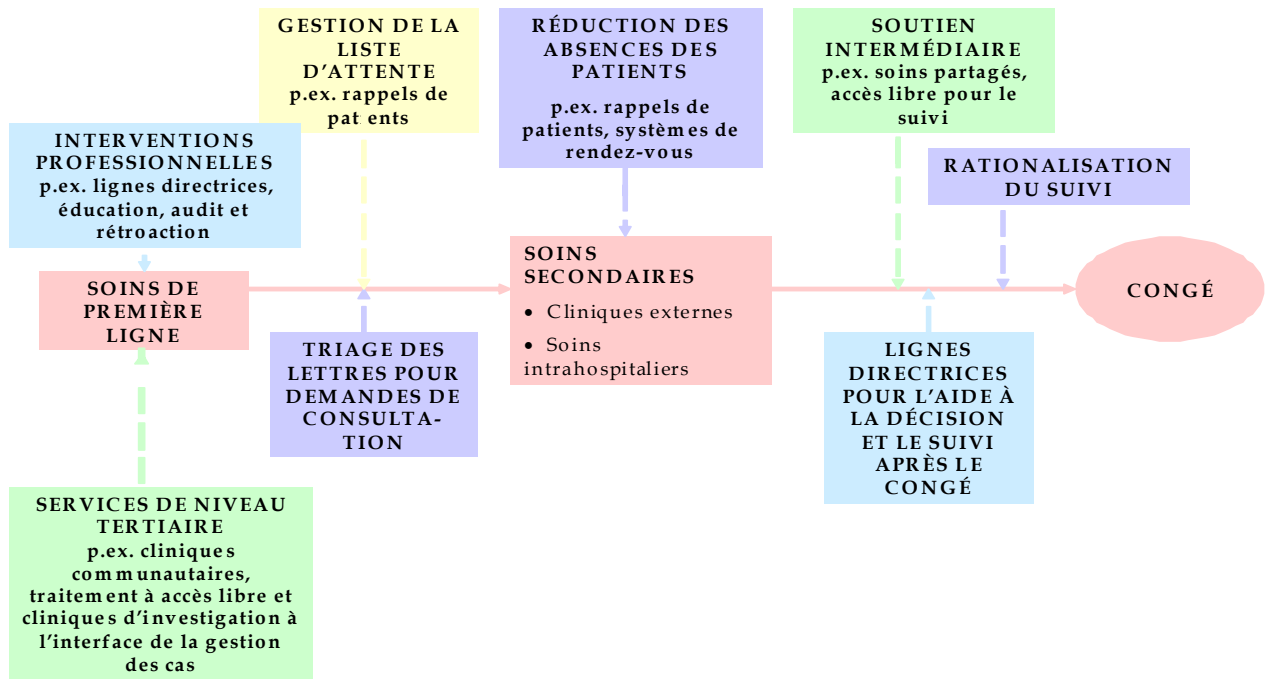
### **iii) Aiguillage et consultation**

De bonnes relations collégiales sont essentielles aux processus efficaces et efficients d'aiguillage et de consultation. Telles qu'identifiées au colloque, les améliorations au processus devraient comprendre, notamment :

- De définir un point d'accès unique et fiable, c.-à-d. sur le Web ou à partir d'un numéro 800, au sein des systèmes locaux d'aiguillage/de consultation.
- D'utiliser une approche modélisée pour des conseils d'aiguillage et de consultation.
- De s'entendre avec les principaux intervenants sur des critères d'aiguillage/de consultation.

Une revue systématique réalisée récemment par Grimshaw a mis en évidence la recherche entourant les demandes de consultations pour les patients externes et les solutions suggérées aux problèmes non résolus d'aiguillage/de consultation. Malgré leur importance, il existe peu de preuves d'interventions rigoureuses visant à améliorer les systèmes d'aiguillage/de consultation. Les participants au colloque ont également constaté la faiblesse de la recherche effectuée sur les systèmes canadiens. Grimshaw conclut que la dissémination passive des lignes directrices était inefficace mais que celles-ci, plus les autres interventions, telles les lettres structurées de demandes de consultations, montraient certains effets positifs. Les consultations 'internes' et les autres alternatives à l'aiguillage sont également jugées prometteuses, p. ex. les consultations intraprofessionnelles en soins de première ligne. Les incitatifs financiers avaient des effets partagés sur le processus d'aiguillage/de consultation. Grimshaw suggère d'adopter une approche systémique à l'aiguillage/consultation et que celle-ci pourrait être plus bénéfique que de s'attarder aux processus d'aiguillage des omnipraticiens. Le diagramme de Grimshaw ci-dessous illustre sa vision holistique du processus d'aiguillage et de consultation et jette un regard sur les influences potentielles.

## Modèle du système d'aiguillage (Grimshaw 2006)





#### **iv) Assurer l'intégralité et la continuité**

Les relations collégiales affectent l'intégralité et la continuité des soins. Par exemple, une étude menée par Kinchen révèle que les efforts des consultants pour retourner les patients aux médecins de première ligne sont très importants dans le choix subséquent du spécialiste par le médecin de première ligne. Dans un autre exemple, l'expérience des médecins dans le projet CMFC-Association des psychiatres du Canada sur les soins de santé mentale partagés révèle que non seulement les consultants sont plus susceptibles de diagnostiquer les problèmes plus tôt dans le continuum des soins, mais ils sont aussi plus aptes à assurer la continuité des soins en retournant le patient en temps opportun aux soins du médecin de première ligne. Dans un troisième exemple, notamment un projet pilote en oncologie de première ligne au Manitoba, on a examiné le retour des patients dans la collectivité en temps opportun et de façon appropriée, assurant ainsi la continuité des soins entre les médecins de famille ayant demandé la consultation et les spécialistes consultants en oncologie (Norman).

#### **v) Comprendre les limites**

Le développement de nouvelles spécialités médicales peut représenter de nouveaux défis dans les relations collégiales. Les spécialités ne sont pas statiques et apparaissent parfois de façon spontanée et non planifiée, entraînant une fragmentation des spécialités existantes et des chevauchements qui portent à confusion dans l'étendue de la pratique. Les frontières entre les médecins de famille et les autres spécialistes ne sont plus aussi claires. Aux États-Unis, il y a eu un chevauchement et une ambiguïté considérables dans les rôles et responsabilités des médecins de première ligne et des spécialistes (Lanier). Au Canada, la pénurie de médecins force les spécialistes à prendre charge de patients "orphelins" ou exige que les médecins de famille changent l'étendue de leur pratique pour s'acquitter des rôles laissés vacants par d'autres spécialistes. Forrest suggère que les frontières de l'interface entre les soins de première ligne et les soins spécialisés sont floues, c.-à-d. qu'elles varient en fonction des demandes des médecins pour des conseils ou des compétences spécialisées et des attentes des patients pour les soins spécialisés. De tels changements suggèrent le besoin de se concentrer non pas sur la définition des frontières des spécialités mais sur la reconnaissance et la négociation de ces chevauchements. Dans l'environnement changeant de la pratique médicale, les chevauchements doivent être examinés à divers niveaux :

- Organisationnel
- Professionnel
- Individuel
- Équipe de soins de santé

## **2) Milieux de pratique**

Traditionnellement, la plupart des médecins exerçaient dans deux milieux : communautaire ou universitaire. Malgré les différences entre ces deux milieux, ils comportent néanmoins des éléments communs. En fait, alors que les centres de santé universitaires deviennent des réseaux universitaires, les milieux traditionnels de pratique communautaire deviennent davantage impliqués dans l'enseignement, l'apprentissage et la recherche. Un examen des différents milieux de pratique permet d'illustrer les éléments qui facilitent ou entravent les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes.

### **i) Milieu de pratique communautaire**

Au colloque de 2006, une pratique communautaire, et un modèle d'éducation de longue date, à Sault Ste. Marie, avec une population de 61 000 patients inscrits (Group Health Centre) a servi d'exemple d'un milieu de pratique communautaire réussi pour les médecins y oeuvrant. La formule est celle du paiement par capitation avec une composante de rémunération à l'acte. La plupart des médecins forment un seul groupe, et il y a une solide structure organisationnelle. Le principal défi est le maintien de l'enthousiasme face à la pénurie des effectifs médicaux.

Dans ce contexte, le système de répondant médical d'urgence (RMU), le système de RMU le plus imposant en soins de première ligne au Canada, est un facilitateur important de communication et d'aiguillage efficaces entre les dispensateurs de soins. Le système est accessible à partir de l'hôpital et du domicile; tous les médecins ont accès à un dossier commun. Le système soutient l'inscription des patients pour les affections chroniques, permettant la recherche et la prise en charge systémique.

Une initiative féconde de promotion de la santé, mise sur pied par le biais de liens et de réseaux avec des établissements universitaires, des organismes de santé et des groupes de consommateurs, est en place au Group Health Centre depuis le début des années 1990. Les éléments suivants sont inclus dans sa mission et servent à faciliter les bonnes relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes :

- Répondre aux besoins de santé prioritaires de la collectivité
- Favoriser des partenariats patient/dispensateur de soins axés sur les soins de première ligne
- Utiliser le travail en équipe multidisciplinaire
- Éduquer les patients et les dispensateurs
- Utiliser des principes appropriés de gestion de la qualité

## ii) Milieu de pratique universitaire

Les questions d'aiguillage et de consultation dans le milieu de pratique universitaire soulignent l'importance de la communication entre les médecins de famille et les autres spécialistes. En milieu hospitalier, les demandes de consultations et les consultations comportent les défis suivants en matière de communication :

- Le potentiel de messages contradictoires en présence de plusieurs médecins impliqués dans les soins d'un même patient à l'hôpital
- L'absence d'un dossier médical électronique pour partager l'information sur le patient entre les spécialités
- Une documentation tardive ou inadéquate entraînant chez le médecin de famille une méconnaissance de ce qui a été fait pour le patient
- Une incertitude chez les spécialistes consultants à savoir quel médecin de famille est disponible pour suivre le patient après sa sortie de l'hôpital
- Le manque de connaissance du patient entourant le processus de consultation et les rôles des médecins.

Le nombre décroissant de médecins de famille oeuvrant dans les hôpitaux et l'improbabilité de les attirer de nouveau présente un défi clé en matière de communication. Ce défi est compliqué par les différences structurelles majeures aux quatre coins du pays pour intégrer les soins hospitaliers et communautaires, comme en témoignent les régies régionales de la santé dans l'ensemble du Canada, les réseaux locaux d'intégration des services de santé en Ontario et le rôle de certaines facultés de médecine dans les soins en régions rurales ou éloignées. Par contre, l'intégration entre l'hôpital et la collectivité s'améliore alors que les hôpitaux sont mieux reliés aux collectivités sous la direction des régies régionales de la santé.

Le déplacement des spécialistes consultants a également réduit l'écart dans les communications et les relations collégiales entre les médecins de famille et les consultants oeuvrant en milieu hospitalier. Par exemple, les spécialistes consultants ont été ramenés dans les hôpitaux grâce au développement d'un système de pleins temps géographiques ou à la disponibilité d'espaces supplémentaires dans les petits hôpitaux à la recherche de médecins consultants dans certaines spécialités. Les médecins de famille et les autres spécialistes doivent travailler davantage en collaboration et de manière différente afin de promouvoir les avantages de l'éducation et de l'exercice en milieu hospitalier pour tous les médecins, conscients que les hôpitaux sont des centres d'éducation et de formation alors que la collectivité est l'endroit où la majorité des soins sont dispensés aux patients par les médecins de famille.

Les centres de santé universitaires traditionnels ont contribué à la séparation culturelle de la médecine familiale et de la médecine spécialisée, mais ils ont un rôle important à jouer dans le futur pour trouver des solutions à ce

problème. La recherche et l'expérimentation sur des modèles davantage axés sur la collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes devraient être entreprises tant dans les centres de santé universitaires que communautaires.

### **3) Évolution des modèles de soins et de collaboration**

Des modèles de collaboration sont en développement afin d'améliorer les soins aux patients et l'efficacité de la prise en charge, non seulement entre les médecins et les autres professions de la santé, mais aussi entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Nous en donnons des exemples ci-dessous. Alors que de nombreux éléments sont potentiellement responsables d'une collaboration fructueuse au sein des équipes de soins de santé, y compris les relations interpersonnelles entre les médecins et les facteurs organisationnels qui soutiennent les bonnes relations, la question de savoir comment et pourquoi la collaboration fonctionne bien dans certains domaines spécifiques reste à étudier et à surveiller de plus près. Les participants au colloque ont identifié que les effets de l'évolution des modèles de soins partagés et en collaboration sur la rémunération et la responsabilité serait un domaine particulièrement important de recherche.

Faire face au changement engendré par les nouveaux modèles de soins, avec les obstacles potentiels à la pratique en collaboration, constitue un défi majeur dans la promotion de bonnes relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Par exemple, l'emphase accrue sur les modèles de soins de première ligne par les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux sans identifier leur intégration aux niveaux de soins secondaires et tertiaires pourrait être préjudiciable aux soins en collaboration. Les relations intraprofessionnelles doivent être considérées à l'intérieur du système de soins et de soins de santé, axées sur le patient et intégrées à des fins d'aiguillage et de consultation.

Le programme de mentorat sur les soins de santé mentale partagés est un exemple de bonnes relations intraprofessionnelles. Dans ce programme, les médecins de famille sont jumelés, en fonction de leurs intérêts cliniques, à des psychiatres et des psychothérapeutes agissant comme mentors qu'ils peuvent contacter au besoin. Une évaluation du programme pilote, à partir des réponses obtenues avant et après la tenue du programme et des commentaires formulés par un groupe de consultation, a révélé que les médecins ont semblé être plus confiants, apprendre davantage et demander moins de consultation après le mentorat (Rockman). Les soins de collaboration en santé mentale sont plus que de simples relations; ce sont des relations pour atteindre des résultats précis. Une leçon tirée de ce programme, c'est que la collaboration se développe lentement et que la meilleure collaboration est celle qui se développe entre les prestataires impliqués au niveau clinique (Kates). Dans un autre exemple puisé au Royaume-Uni, une synthèse critique récente de 7 essais contrôlés et

randomisés a montré qu'une meilleure collaboration entre les praticiens généraux et les spécialistes semble améliorer le fonctionnement et les résultats chez les patients souffrant d'affections psychiatriques chroniques (Mitchell).

L'étude « Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICONS) » sur l'insuffisance cardiaque congestive a constaté que les améliorations aux résultats étaient reliées à la nature multidisciplinaire des soins dispensés (Howlett). Une étude rétrospective récente de cohortes a constaté que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, suivis par des cardiologues et des médecins de famille, avaient un taux de survie considérablement supérieur à ceux qui étaient suivis seulement par des médecins de famille ou à ceux qui ne recevaient aucun suivi cardiaque spécifique (Ezekowitz).

Le Groupe de travail Deux a examiné la satisfaction des médecins dans les nouveaux modèles de pratique par le biais de discussions avec les intervenants et un examen des modèles spécifiques, c.-à-d. les modèles de pratique clinique et les modèles alliant enseignement, recherche et pratique clinique. Un degré élevé de satisfaction chez le médecin a été associé aux soins en collaboration, particulièrement dans les modèles de pratique clinique (environnements communautaires) où les éléments jugés positifs pour les médecins comprenaient la collaboration, en plus de l'opportunité accrue de consacrer plus de temps aux patients et d'atteindre un meilleur équilibre entre les engagements personnels et professionnels. Les médecins oeuvrant au sein de ces modèles ont montré des taux de satisfaction plus élevés à travailler avec des collègues que ceux oeuvrant au sein de modèles combinés. Dans les modèles alliant enseignement, recherche et pratique clinique (environnements universitaires), l'élément jugé le plus attrayant est le soutien pour un équilibre approprié entre les soins cliniques, la recherche et l'enseignement (Groupe de travail deux).

#### **4) Éducation**

Lorsqu'on recherche des façons d'améliorer les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, l'éducation doit être considérée dans son ensemble, à partir de l'éducation prédoctorale, puis postdoctorale, y compris la FMC/le DPC et le perfectionnement professoral à tous les niveaux du continuum de l'éducation et de la formation. Des changements à un stade ou un autre engendreront des changements à d'autres stades et à différentes étapes du continuum. Bien que les changements dans l'éducation médicale prédoctorale affecteront la façon de travailler et d'apprendre ensemble dans le futur, la FMC/le DPC ont le pouvoir d'influencer la façon dont nous travaillons et apprenons ensemble présentement. Les participants au colloque sont d'avis que les médecins de famille et autres spécialistes oeuvrant ensemble au sein de comité de perfectionnement professoral constitueraient une force de changement particulièrement efficace.

Les deux Collèges ont une influence considérable pour initier un changement dans l'enseignement par l'élaboration de critères d'agrément spécifiques qui exigent une emphase appropriée sur le contenu éducatif, l'environnement et l'évaluation. Il faudrait rechercher des occasions, sur le plan de l'éducation, pour favoriser la collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes, en association avec d'autres intervenants, notamment l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), afin d'améliorer les relations.

### **i) Éducation prédoctorale**

Tant au colloque que dans la littérature, on réclame que l'éducation prédoctorale repose davantage sur le généralisme. Cette orientation débute en tenant compte du type de candidats qui sont sélectionnés lors du processus d'admission.

Il doit y avoir un équilibre approprié de professeurs généralistes et spécialistes au niveau prédoctoral. Plusieurs participants au colloque ont exprimé qu'un changement significatif favorisant un plus grand nombre de professeurs généralistes permettra que le rôle du généraliste soit mieux compris et valorisé. Selon Rosser, les facultés de médecine mettent trop l'emphase sur la surspécialisation; il souligne néanmoins que les nouveaux programmes prédoctoraux et l'apprentissage par problème visent maintenant à corriger les problèmes identifiés dans les programmes traditionnels.

Les stéréotypes dans les rôles des médecins de famille et des autres spécialistes demeurent un défi durant l'éducation prédoctorale. Bien que ceci puisse engendrer une dépréciation de certains rôles, un article récent (Albanese) suggère une approche plus positive, soit l'utilisation de l'apprentissage par problème, comme moyen d'améliorer la compréhension sur la collégialité intraprofessionnelle dans l'exercice de la profession.

### **ii) Éducation postdoctorale**

Les résidents des spécialités et de médecine familiale pourraient tirer profit des stages de formation où ils travaillent ensemble à référer les uns aux autres et à se consulter pour que chacun apprenne ce qu'il peut faire et comment il peut développer de bonnes relations intraprofessionnelles. De telles expériences permettraient de définir plus clairement les aspects qui chevauchent les frontières et de faciliter la mise en œuvre des Compétences CanMEDs et des Quatre principes de la médecine familiale à partir de scénarios réels impliquant des patients ou des populations spécifiques de patients.

Préparer les résidents aux réalités de l'environnement de la pratique constitue un défi majeur. Durant leur formation, les résidents bénéficient des bonnes relations intraprofessionnelles qu'ils sont à même de voir chez les

enseignants en pratique. Par exemple, le simple fait d'écrire une bonne lettre de demande de consultation ou de suivi de consultation sera d'une grande importance lorsque les résidents seront à leur tour en pratique. Sur ce sujet, Keely décrit l'expérience d'enseigner aux résidents comment rédiger des lettres efficaces de consultation.

Il y a aussi un besoin d'en apprendre davantage sur la façon dont les modèles d'enseignement intraprofessionnel, durant l'éducation postdoctorale, peuvent mieux préparer les résidents à établir de bonnes relations intraprofessionnelles durant leur pratique. Il faudrait examiner davantage la façon dont les psychiatres ont été intégrés aux unités d'enseignement de médecine familiale pour son application potentielle aux autres spécialités.

L'évaluation insufflé un dynamisme à l'éducation, et des efforts devraient être apportés pour améliorer l'évaluation des habiletés dans le domaine des relations intraprofessionnelles par divers moyens : rapports d'évaluation en cours de formation (ITER), rapports finals d'évaluation en cours de formation (FITER), examens et méthodes informelles. Les critères d'agrément révisés devraient exiger que se fassent formellement l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation des habiletés de relations intraprofessionnelles.

### **iii) Formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC)**

Il existe des possibilités de FMC/DPC en collaboration pour aider au développement des relations intraprofessionnelles. La FMC/le DPC peuvent devenir un outil lorsque médecins de famille et autres spécialistes travaillent ensemble à la planification des programmes de FMC/DPC. Par exemple, un programme de FMC sur les soins partagés pour le patient diabétique pourrait servir d'exemple de bonnes relations et être pertinent sur le plan clinique. Les hôpitaux ont la possibilité d'attirer les médecins de la collectivité pour des activités de FMC/DPC. Peut-être pourraient-ils devenir un nouveau 'centre' d'activités éducatives collégiales. Il existe également des possibilités au niveau individuel et de l'apprentissage autodirigé, p. ex. apprendre à partir du contenu des lettres de demande/de suivi de consultation (Gagliardi).

Comme promoteurs de l'éducation permanente et gestionnaires des crédits des programmes de FMC/DPC pour le maintien de la compétence et la certification des médecins au Canada, les deux Collèges ont une opportunité considérable d'influencer l'apprentissage sous forme de FMC/DPC en mettant en valeur les bonnes relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans le contenu des programmes existants.

#### **iv) Éducation pour une pratique en collaboration**

La collaboration devient plus importante alors que les dispensateurs de soins de santé travaillent davantage en équipes et en groupes pour dispenser des soins globaux aux patients. La formation sur la pratique en collaboration devrait se faire tout au long du continuum de l'éducation. Une étude récente menée par Beaulieu et al. nous offre une excellente perspective des opinions sur la collaboration des résidents consultants, tant en médecine familiale, en spécialités, que chez ceux chargés de les préparer à leurs rôles de praticiens. Le groupe de travail européen sur la qualité de la médecine familiale a identifié comme cible « de rapprocher les omnipraticiens et les spécialistes et de développer des relations personnelles et de groupe par l'éducation et les processus de partage des tâches pour initier le changement » (Kvamme). L'initiative de Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) de Santé Canada a également accompli un travail dans ce domaine.

Les participants au colloque ont fait des suggestions pour incorporer la pratique en collaboration dans l'enseignement :

- Revoir les programmes d'enseignement par problème pour s'assurer qu'ils soient un bon exemple de la pratique en collaboration
- S'assurer que l'évaluation de l'étudiant et les critères d'agrément des programmes examinent spécifiquement les compétences de collaboration
- Élaborer des lignes directrices nationales fondées sur des preuves pour les habiletés de pratique en collaboration, p. ex. pour l'aiguillage/la consultation, les soins partagés et le fonctionnement en équipe.



## 5) Effectifs médicaux

Les Canadiens devraient avoir un accès approprié aux médecins de famille et aux autres spécialistes pour les soins de santé dont ils ont besoin. Les défis liés aux ressources humaines en santé compromettent présentement l'accès aux soins pour les Canadiens. Ce sont :

- La pénurie de médecins de famille
- La pénurie de spécialistes généralistes (p. ex. les chirurgiens généraux et les internistes généraux)
- Les tendances vers la surspécialisation et la fragmentation des spécialités
- La sous-évaluation du généralisme dans la profession médicale.

La dynamique des changements dans l'exercice de la profession au Canada est complexe. La pénurie de médecins de famille est, en partie, le résultat de changements dans la pratique des autres spécialistes – où les médecins de famille ont pris la place pour s'acquitter des rôles délaissés par les spécialistes. Les pratiques ont changé pour dispenser les services dont la population a besoin mais, présentement, de nombreux médecins de famille ont choisi d'être plus sélectifs dans ce qui, traditionnellement, était considéré faire partie de la 'pratique familiale' (Chan). Soutenir et recruter des médecins de famille qui assurent les composantes « intégralité et continuité » de la médecine familiale est devenu un défi considérable.

Le prestige de la carrière est devenu un facteur qui décourage les étudiants en médecine à choisir la médecine familiale et les autres spécialités généralistes. Le manque de valorisation du généralisme se manifeste par des niveaux inappropriés de rémunération, des défis quant à la satisfaction au travail et des perceptions de valeur durant la formation et l'exercice de la profession.

La rémunération est un autre facteur qui affecte le choix de la carrière médicale. Bien que les deux Collèges ne soient pas responsables de négocier les barèmes tarifaires, les plans de rémunération ou les salaires, l'un des objectifs clés des dernières années a été de rehausser la valeur de certaines spécialités pour les aligner vers une rémunération plus appropriée. À moins de rémunérer adéquatement les médecins de famille et les autres spécialistes, particulièrement les généralistes, pour leur contribution à la santé des Canadiens, le recrutement des étudiants en médecine et le maintien en poste des praticiens continueront de représenter un défi.

Au cours des dernières années, on s'inquiète davantage de la tendance des médecins qui choisissent une formation moins généraliste et davantage spécialisée. Avec le développement d'un nombre accru d'équipes pour dispenser les soins de santé, le système de santé aura vraisemblablement besoin d'un plus grand nombre de généralistes ayant la capacité d'intégrer et

de coordonner les soins. Par exemple, la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques bénéficiera de l'expertise de tous les médecins – médecins de famille et autres spécialistes – qui comprennent leurs contributions à l'ensemble des soins dispensés au patient.

## **6) Facilitateurs**

### **i) Technologie/gestion de l'information**

Les participants au colloque ont reconnu le rôle que joue la technologie/gestion de l'information comme outil visant à améliorer les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Il existe de nombreux exemples de son utilisation où patients et fournisseurs sont très satisfaits des résultats, tel que mentionné par les participants au colloque et confirmé par la littérature (e.g. Pondichetty). Ce sont :

- La consultation en 'temps réel'
- Les dossiers électroniques de santé (DÉS) pour les équipes de soins de santé
- L'échange de données électroniques pour réduire considérablement les temps d'attente
- La dissémination électronique d'avis et de lignes directrices pour la pratique.

Coiera note toutefois que la façon dont les cliniciens communiquent entre eux a été ignorée de la pensée informatique. Il suggère qu'un soutien direct à la communication dans les organisations de soins de santé entraînera des améliorations dans l'efficacité organisationnelle et une opportunité d'améliorer les soins aux patients.

Le développement des DÉS pour améliorer les soins aux patients nécessitera la collaboration avec des organismes autres que les deux Collèges, aux niveaux national, des instances administratives et des pratiques individuelles.

### **ii) Habiletés de communication**

La recherche soutient le lien que procure une bonne communication intraprofessionnelle pour assurer la satisfaction du fournisseur et du patient. Par exemple, l'étude menée par Bourguet révèle que la valeur des observations du spécialiste consultant est fortement reliée à une communication appropriée par le médecin de famille au moment de référer le patient à un consultant, ce qui se traduit par la prestation de soins de qualité aux patients et un taux de satisfaction plus élevé des médecins de famille suite à la consultation. Une étude qualitative des relations entre les médecins de famille et les oncologues et des rôles qui leur sont propres souligne l'importance de maintenir des communications bilatérales et d'inclure tous les intervenants dans les discussions et les plans de traitement (Wood).

La communication avec le patient entourant le processus d'aiguillage et de consultation et concernant les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes n'a pas reçu toute l'attention qu'elle méritait. Les patients sont souvent peu informés de la raison ou de la façon dont ils sont référés, et de ce que sont leurs propres responsabilités dans ce processus. De nombreux médecins ignorent que les patients sont si peu renseignés et peuvent ne pas comprendre les implications de ce manque de connaissance chez les patients. Il a été suggéré de faire parvenir une copie de la demande de consultation aux patients ou d'élaborer des plans de soins que les patients peuvent apporter à chaque rendez-vous. Il importe de pousser la recherche à cet égard. Des patients informés pourraient amener des changements importants dans l'exercice de la profession et se traduire par une amélioration de la satisfaction des patients et des fournisseurs.

## **D. Recommandations**

Ces recommandations se limitent à la collaboration intraprofessionnelle, avec l'objectif de prendre appui sur le contexte plus large de la collaboration interdisciplinaire accrue en soins de santé. L'un des défis majeurs de cette initiative est de transposer ces recommandations en plans d'action. Ceci exigera une diffusion appropriée du document et l'engagement des médecins aux niveaux organisationnels et des soins cliniques. Par exemple, si des lignes directrices, des imprimés ou autres outils découlaient de ces plans d'action, il faudrait sélectionner et adapter localement toute un éventail d'options.

## **E. Éducation et formation**

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC travaillent conjointement à développer des critères d'agrément communs pour l'éducation postdoctorale qui régissent les relations professionnelles entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Entre autres aspects, ceci devrait comprendre le processus d'aiguillage/de consultation.
- ii) Le CMFC et le CRMCC, en association avec l'AFMC, examinent l'éducation prédoctorale et son influence sur les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes, et agissent de concert dans la poursuite d'excellentes relations.
- iii) Afin de guider les éducateurs et les praticiens, le CMFC et le CRMCC continuent de travailler conjointement à définir les compétences de base implicites aux Compétences CanMEDS et aux Quatre principes de la médecine familiale entourant les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes.
- iv) Les programmes de formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC) de chacun des Collèges pour assurer le maintien de la compétence encouragent la collaboration afin d'offrir des programmes de FMC/DPC qui favorisent de bonnes relations intraprofessionnelles.

## II. Exercice

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC, en collaboration avec d'autres intervenants clés, explorent toutes les occasions de promouvoir et de faciliter les interactions collégiales entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans les milieux de pratique communautaires et hospitaliers.
- ii) Pour intégrer plus efficacement les pratiques, les deux Collèges créent et diffusent des outils qui :
  - a. Examinent le caractère adéquat de l'aiguillage et des consultations.
  - b. Facilitent des processus d'aiguillage/de consultation efficaces et efficaces.
  - c. Contribuent à des sessions conjointes de FMC/DPC sur le processus d'aiguillage/de consultation.
- iii) Les programmes de formation médicale continue/développement professionnel continu (FMC/DPC) de chaque Collège pour assurer le maintien de la compétence encouragent l'utilisation et l'évaluation d'outils de pratique qui améliorent le processus d'aiguillage/de consultation.
- iv) Les deux Collèges, en association avec les autorités de la santé et autres intervenants clés, améliorent l'intégration de la continuité des soins de première ligne avec l'accès approprié aux soins de spécialité en :
  - a. Développant les modèles existants de soins partagés et de soins en collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans les milieux communautaires et hospitaliers, y compris les centres de santé universitaires.
  - b. Encourageant l'utilisation de plans de soins aux patients qui définissent clairement les rôles et responsabilités des médecins de famille et autres spécialistes, à partir du congé de l'hôpital et après le congé.
  - c. Identifiant les obstacles à l'utilisation de services indirects et moins formels, comme les interactions par téléphone et par télécopieur, entre les médecins de famille et les autres

spécialistes.

- d. Examinant les effets de l'évolution dans les modèles de soins partagés et de collaboration, comme la rémunération et la responsabilité.

### **III. Autres**

Il est recommandé que :

- i) Le CMFC et le CRMCC, en association avec les gouvernements, les facultés de médecine et les autres intervenants clés, continuent de réclamer des effectifs médicaux suffisants afin que chaque Canadien ait la possibilité d'avoir un médecin de famille et un accès en temps opportun aux soins de santé spécialisés appropriés.
- ii) Le CMFC, le CRMCC et les autres intervenants clés, en association avec les organismes de réglementation, préconisent l'évaluation des relations intraprofessionnelles, y compris le processus d'aiguillage/de consultation, comme une composante importante des programmes d'évaluation par des pairs.
- iii) Le CMFC et le CRMCC appuient et encouragent de plus amples recherches dans le domaine des relations intraprofessionnelles entre les médecins de famille et les autres spécialistes.
- iv) Le CMFC et le CRMCC encouragent l'accélération de l'adoption des renseignements électroniques, p. ex. les DÉs, pour faciliter la communication entre les médecins de famille et les consultants, avec protections appropriées pour le respect de la vie privée.
- v) Le CMFC et le CRMCC soutiennent des activités pour donner suite aux recommandations contenues dans ce document, y compris l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation d'un plan d'action concret.

## F. Conclusions

Le CMFC, le CRMCC, leurs dirigeants et leurs membres sont déterminés à aborder les problèmes décrits dans ce document, avec l'objectif ultime d'améliorer les soins aux patients et la satisfaction professionnelle en créant des contextes de soins de santé et des modes de pratique où les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes sont hautement valorisées et encouragées. Les deux Collèges, de même que leurs dirigeants et leurs membres, affirment que le patient demeure au centre des bonnes relations intraprofessionnelles.

De plus, le CMFC et le CRMCC ont l'intention de :

- Assurer la transition des valeurs et des principes reconnus aux générations futures de médecins en favorisant les relations intraprofessionnelles ayant trait à :
  - La centralité du patient
  - La collaboration entre médecins
  - Le respect et la courtoisie
  - La satisfaction professionnelle
  - L'évolution des modes de pratique.
- Définir et initier des actions spécifiques requises aux niveaux prédoctoral, postdoctoral et du développement professionnel continu, y compris des révisions aux critères d'agrément, afin de promouvoir des relations collégiales entre les médecins de toutes les spécialités.
- S'appuyer sur les recommandations de ce document et sur l'entente partagée entre les médecins de famille et les autres spécialistes pour créer des plans d'action qui touchent aux relations collégiales.
- Mettre en œuvre, surveiller et évaluer l'impact de ce document et des activités connexes à court, à moyen et à long terme, en prenant ou en recommandant au besoin des mesures correctives pour assurer le soutien et l'action visant à améliorer les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes.

## G. Références

- Albanese MA, Xakellis GC. Building collegiality: the real value of problem-based learning. *Med Educ.* 2001;35(12):1143.
- Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process. A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract.* 1998; 46(1): 47-53.
- Beaulieu M.-D., Samson L., Rocher G., Rioux M., Boucher L. Collaboration between family physicians and medical specialists: the gulf between preferred and actual practice. Montréal : Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale; 2005. 57 p.
- Canadian Medical Association. 2005 national report card. Ottawa: CMA; 2005.
- Chan BT. The declining comprehensiveness of primary care. *CMAJ.* 2002; 166(4):429-34.
- Coiera E. When conversation is better than computation. *JAMIA* 2000;7(3):277-86.
- Craven MA, Bland R. Soins de santé mentale partagés au Canada : bibliographie et vue d'ensemble. Préparé par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. *Can J Psychiatry* 2002 ; 47(2) Suppl 1.
- Ezekowitz JA, van Walraven C, McAlister FA, Armstrong PW, Kaul P. Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure. *CMAJ.* 2005; 172(2): 189-94.
- Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian AB, Kang M, Starfield B. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(7):705-14.
- Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *J Contin Educ Health Prof.* 2002;22(4):222-9.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD005471.
- Groupe de travail deux: Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada, Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : Répercussions sur les effectifs médicaux, Rapport final, Mars 2006, <http://www.effectifsmedicaux.ca/reports/TF2FinalStrategicReport-f.pdf>
- Grimshaw J. The family physician/specialist interface – what is the evidence on which change can be based? [présentation]. Colloque national CRMCC/CMFC – Médecins de famille et autres spécialistes : travailler et apprendre ensemble, Ottawa; les 21 et 22 janvier 2006.
- Howlett JG, Johnstone DE, Sketris I, O'Reilly M, Horne GS, Cox JL. Identifying opportunities to address the congestive heart failure burden: the Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICONS) study. *Can J Cardiol.* 2003;19(4):439-44.



Iglesias S, et al. Groupe de travail conjoint : Société de médecine rurale du Canada; Comité des soins de maternité, Collège des médecins de famille du Canada; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Exposé de position sur les soins de maternité en milieu rural; déc. 1997

Kates N, Craven M; Groupe de travail conjoint, Collège des médecins de famille du Canada, Association des psychiatres du Canada. Soins de santé mentale partagés. Mise à jour. Can Fam Physician. 2002;48:936

Keely E, Dojeiji S, Myers K. Writing effective consultation letters: 12 tips for teachers. Med Teach. 2002;24(6):585-9.

Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. Ann Fam Med. 2004;2(3):245-52.

Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Qual Health Care. 2001;10(1):33-9.

Lanier DC, Clancy CM. The changing interface of primary and specialty care. J Fam Pract. 1996;42(3):303-5.

Mangiardi JR, Pellegrino ED. Collegiality: what is it? Bull N Y Acad Med. 1992;68(2):292-6.

Marshall MN. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. Fam Pract. 1999;16(1):33-8.

Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. Br J Gen Pract. 2002;52(484):934-9.

Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. Can Fam Physician. 2001;47:2009-12, 2015-6

Podichetty V, Penn D. The progressive roles of electronic medicine: benefits, concerns, and costs. Am J Med Sci. 2004;328(2):94-9.

Rockman P, Salach L, Gotlib D, Cord M, Turner T. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. Can Fam Physician. 2004;50:397-402.

Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract. 1996;42(2):139-44.

Shaw I, Smith KM, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. Qual Health Res. 2005;15(1):116-28.

Task Force (Groupe de travail). Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Relations entre le médecin de

famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé.  
[Mississauga]; 1993.

Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. Can Fam Physician. 1996;42:899-904; 907-10.

## H. Annexes

### i) Recommandations de 1993

Dans : Groupe de travail. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*. [Mississauga]; 1993.

1. Le médecin référant devrait faire participer le malade à la décision de consulter un spécialiste, au choix du consultant et à l'acceptation du programme de traitement, y compris le suivi et la continuité des soins.
2. Le médecin référant et le spécialiste consultant doivent assumer la responsabilité de mettre à la portée du malade les consultations appropriées dans un délai raisonnable.
3. Les deux Collèges devraient tenir compte, dans la planification de leurs programmes de formation, du principe selon lequel tous les Canadiens devraient avoir accès à des soins de santé primaires, continus et globaux.
4. Les deux Collèges devraient affirmer le rôle primordial des médecins de famille dans la prestation des soins primaires, continus et globaux aux malades de tous âges.
5. Les deux Collèges devraient mettre en lumière l'importance de la démarche de référence et de consultation dans la prestation de soins de la plus haute qualité.
6. Les deux Collèges devraient reconnaître que le rôle du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et au médecin référant. Normalement, le spécialiste consultant devrait retourner le malade à son médecin de famille pour la poursuite du traitement; cependant, il est parfois approprié que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée pour un problème particulier.
7. Si le spécialiste consultant découvre de nouveaux problèmes à l'occasion de sa consultation, il devrait discuter avec le médecin référant de la conduite à tenir à ce propos, dans la mesure du possible.
8. Le spécialiste consultant devrait inciter les malades qui n'ont pas de médecin de famille à en choisir un.
9. Les deux Collèges devraient adopter des lignes de conduite portant sur la démarche de référence et de consultation.
10. Les deux Collèges devraient collaborer, avec les associations nationales de spécialistes et les comités de spécialité du CRMCC, à l'élaboration de lignes de conduite propres à chaque spécialité. Ces lignes de conduite devraient s'appliquer aux demandes qu'adresse le médecin référant à un spécialiste consultant pour le traitement proprement dit d'un malade ou pour des services de laboratoires dans des centres hospitaliers, cliniques ou autres.

11. Le CRMCC et le CMFC, en collaboration, s'il y a lieu, avec d'autres organismes intéressés, devraient mettre au point des méthodes d'évaluation de la démarche de référence et de consultation; dans la perspective du maintien de la qualité des soins et de la prise de responsabilités, ces méthodes pourraient inclure l'évaluation par les pairs et des procédés d'analyse de systèmes (p. ex. la technique de l'amélioration constante de la qualité). Ces méthodes devraient également servir à évaluer quantitativement et qualitativement les étapes de cette démarche, à en définir les critères et à en mesurer le succès.
12. Les deux Collèges et les universités devraient mettre à leur programme de formation prédoctorale et postdoctorale l'apprentissage d'une démarche efficace de référence et de consultation, et l'étude des relations entre médecins de famille et spécialistes consultants.
13. Les deux Collèges, les universités et les hôpitaux devraient encourager la nomination de médecins de famille dans les hôpitaux et les établissements de soins afin qu'ils y contribuent aux soins des malades, aux activités du Conseil des médecins et dentistes et aux programmes d'éducation médicale continue. Ces médecins pourraient, à leur tour, servir de modèles aux résidents des programmes de médecine familiale et de spécialités.
14. Les programmes agréés par le CMFC devraient s'assurer que chaque résident soit capable d'agir à titre de médecin référant. On pourrait, par exemple, inviter des spécialistes à devenir consultants au sein d'une unité d'enseignement clinique en médecine familiale.
15. Les programmes agréés par le CRMCC devraient s'assurer que chaque résident soit capable d'agir à titre de spécialiste consultant. Ces programmes devraient fournir un cadre clinique favorable à l'interaction entre médecins de famille et spécialistes dans le traitement des malades.
16. Les programmes de formation agréés par les deux Collèges devraient insister pour que les médecins manifestent de la courtoisie, du respect et le souci d'une bonne communication dans leurs relations avec les malades, les collègues, les professionnels de la santé et tous les membres de l'équipe de soins.
17. Les programmes de formation agréés par les deux Collèges devraient insister pour que les médecins de famille mettent à la disposition des malades un système de soins médicaux primaires faciles d'accès, continus et globaux.
18. Les universités et les deux Collèges devraient s'assurer que les diplômés ont démontré leur compétence en ce qui a trait à la démarche de référence et de consultation, notamment des soins de vue de l'éthique, de la prise de décision clinique axée sur le malade, de la communication efficace et de la compréhension des rôles respectifs des professionnels de la santé qui participent à cette démarche.
19. Les deux Collèges devraient évaluer la démarche de référence et de consultation au même titre que les autres objectifs qui sont évalués chez les résidents et dans les programmes de formation.

## ii. Colloque de 2006 : Comité de planification et délégués

Albritton, William  
Bailey, Tom  
Beaulieu, Marie-Dominique  
Belliveau, Paul  
Brazeau, Michel (Comité de planification)  
Brown, Ed  
Busing, Nick  
Collins-Nakai, Ruth  
Collins Williams, Don  
Craven, Marilyn  
Crookston, David  
Fitzgerald, William  
Frank, Jason  
Fréchette, Danielle (Comité de planification)  
Giguère, Paule (Comité de planification)  
Goldsand, George  
Goldszmidt, Mark  
Gray, Jean  
Grimshaw, Jeremy  
Gutkin, Cal (Comité de planification)  
Heard, Patricia  
Hogg, William  
Howlett, Jonathan  
Karimuddin, Ahmer  
Kates, Nick  
Katz, Alan  
Keely, Erin  
Kerr, Jonathan  
Kline, Stephen (Comité de planification)  
Leduc, Denis  
Lemire, Francine (Comité de planification)  
MacKean, Peter (coprésident du colloque, Comité de planification)  
MacLean, Cathy (Comité de planification)  
Maniate, Jerry (Comité de planification)  
Marturano, Patricia (Comité de planification)  
Maxted, John (facilitateur du colloque, Comité de planification)  
McDonald, John (coprésident du colloque, Comité de planification)  
Nasmith, Louise (Comité de planification)  
Nasmith, James  
Pavilanis, Alain (Comité de planification)  
Rainsberry, Paul (Comité de planification)  
Raymond, Bernard  
Rourke, Jim  
Samson, Louise  
Scharfstein, Briane  
Seal, Rob  
Sirek, Ann  
Smith, Preston  
Thompson, Christine (Comité de planification)  
Turnbull, Jeff (Comité de planification)  
Ullyot, Suzanne (Comité de planification)  
Watkins, Todd (Comité de planification)  
Woodside, Blake (Comité de planification)  
Wright, Ryan (Comité de planification)

### iii. Définitions des Compétences CanMEDS<sup>3</sup>

Comme experts médicaux, les médecins jouent tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences spécialisées cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d'expert médical est le rôle pivot du médecin dans le cadre CanMEDS.

Comme communicateurs, les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical. Comme collaborateurs, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

Comme gestionnaires, les médecins participent à part entière à la vie d'organisations prodiguant de soins de santé où ils gèrent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.

Comme promoteurs de la santé, les médecins utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients collectifs et populations.

Comme érudits, les médecins démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.

Comme professionnels, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

---

<sup>3</sup> Dans: *Le Cadre des compétences CanMEDS 2005*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.

#### **iv. Les Quatre principes de la médecine familiale<sup>4</sup>**

1) Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.

Le médecin de famille démontre sa compétence à utiliser la méthode clinique centrée sur le patient : il est capable de rechercher la maladie en intégrant sensibilité, compétence et démarche appropriées. Il démontre sa compréhension de l'expérience vécue par le malade (particulièrement ses idées, ses sentiments et ses attentes) et des répercussions de la maladie sur son vécu.

Le médecin de famille met à profit sa compréhension du développement humain, de la famille et des autres systèmes sociaux pour élaborer une approche globale au traitement des symptômes et de la maladie chez les patients et leurs familles.

Le médecin de famille est également habile à trouver avec le patient un terrain d'entente concernant la définition des problèmes de santé, les buts du traitement et les rôles respectifs du médecin et du patient dans la ligne de conduite adoptée. Il est capable, tout en respectant l'autonomie du patient, de bien l'informer, de lui donner la responsabilité de sa propre santé et de prendre les décisions qui protègent ses meilleurs intérêts.

Le médecin de famille possède des connaissances et une expertise dans une vaste gamme de problèmes communautaires courants ainsi que dans les urgences moins fréquentes et traitables qui surviennent dans tous les groupes d'âge et qui risquent de mettre la vie du patient en danger. L'approche aux soins de santé utilisée par le médecin de famille repose sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

2) La médecine familiale est une discipline communautaire.

L'exercice de la médecine familiale se déroule dans la communauté et est fortement influencé par les facteurs communautaires. Étant membre de cette communauté, le médecin de famille est capable de répondre à des besoins changeants, de s'adapter rapidement à des circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins du patient.

Les problèmes cliniques que rencontre le médecin de famille dans la communauté sont imprévisibles et se présentent souvent au stade non différencié. Le médecin de famille possède les habiletés nécessaires pour affronter l'ambiguïté et l'incertitude. Il verra des patients atteints de maladies chroniques, de troubles émotionnels, de problèmes aigus (depuis les troubles mineurs jusqu'à des maladies susceptibles de mettre la vie en danger) et de problèmes biopsychosociaux complexes. Finalement, le médecin de famille peut dispenser des soins palliatifs aux individus en phase terminale de leur maladie.

L'exercice du médecin de famille se déroulera notamment à son cabinet, à l'hôpital (incluant la salle d'urgence), dans d'autres établissements de santé et à domicile. Le médecin de famille se considère comme partie intégrante d'un réseau communautaire d'intervenants en soins de santé et il est prêt à apporter sa collaboration soit comme membre de l'équipe, soit comme coordonnateur de l'équipe. Son utilisation des ressources communautaires et des consultations en spécialité est judicieuse.

---

<sup>4</sup> Dans : *Le curriculum postdoctoral en médecine familiale: une approche intégrée*. Mississauga ON: Le Collège des médecins de famille du Canada; 1995.

3) Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients. Le médecin considère sa clientèle comme une population à risque et organise sa pratique de façon à maintenir la santé du patient, que ce dernier le consulte ou non à son cabinet. Une telle organisation présuppose la capacité d'évaluer les nouveaux renseignements en fonction de leur pertinence pour sa pratique, la maîtrise des connaissances et des habiletés pour apprécier l'efficacité des soins dispensés dans sa pratique, l'utilisation adéquate des dossiers médicaux et/ou des autres systèmes d'information, ainsi que la capacité de planifier et de mettre en application des politiques qui favorisent l'amélioration de la santé des patients.

Le médecin de famille adopte des stratégies efficaces d'autoapprentissage tout au long de sa carrière.

Le médecin de famille a la responsabilité de préconiser des politiques qui visent la promotion de la santé chez ses patients.

Le médecin de famille accepte sa responsabilité d'utiliser judicieusement les ressources limitées du système de soins de santé.

Il tient compte à la fois des besoins individuels et de ceux de la collectivité.

4) La relation patient-médecin.

Le médecin de famille sait comprendre et apprécier la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il connaît ses forces et ses limites; il sait reconnaître une situation conflictuelle entre des intérêts personnels et l'efficacité des soins.

Le médecin de famille respecte la primauté de la personne. La relation patient-médecin revêt les qualités d'un contrat, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements. Le médecin de famille est conscient de l'inégalité entre ses pouvoirs et ceux du patient, ainsi que du potentiel d'abus que comporte l'exercice de ce pouvoir.

Le médecin de famille dispense des soins continus. Les contacts répétés avec les patients permettent d'établir une relation patient-médecin constructive favorisée par le pouvoir guérisseur des interactions. Avec le temps, la relation revêt une importance spéciale pour les patients, leurs familles et le médecin. Il en découle que le médecin de famille devient le défenseur des intérêts du patient.

La production de ce document de travail conjoint a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de Santé Canada. Les vues exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de Santé Canada.