

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE :

# Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille

OCTOBRE 2016



## INTRODUCTION

En tant que leaders des soins cliniques, les médecins de famille ont le pouvoir et la responsabilité de répondre aux besoins de leurs communautés. Les médecins de famille jouent un rôle essentiel en tant que généralistes en fournissant des soins complets, globaux et continus. Il est important de souligner que la prestation de services en médecine familiale évolue, et que pour continuer à offrir ces soins, la médecine familiale englobe un vaste éventail de types de pratiques pour lesquelles les médecins peuvent choisir de développer des intérêts spéciaux.

Dans le modèle du **Centre de médecine de famille** (CMF), les pratiques en équipe favorisent la continuité et l'intégralité des soins afin de mieux répondre aux besoins des patients et de les accompagner tout au long de leur vie. Vraisemblablement, ces pratiques en équipe incluront une collaboration entre les médecins de famille.

Il est important de faire l'importante distinction suivante, que nous abordons de façon plus détaillée plus loin dans ce guide : les communautés de pratique en médecine familiale (CPMF) n'ont pas besoin d'être géographiquement contiguës. Les CPMF peuvent couvrir de grandes distances avec des médecins qui collaborent à distance ou par des moyens technologiques pour traiter des questions d'intérêt commun et des besoins.

Or, dans ce guide, le concept de CPMF désigne la collaboration intraprofessionnelle des médecins de famille dans la prestation des soins. Les médecins qui font partie des CPMF peuvent être regroupés en deux catégories :

- **Les médecins de famille ayant des intérêts particuliers** (MFIP) fournissent des soins complets, globaux et continus à leurs patients, dans un ou plusieurs domaines d'intérêt particulier en tant que partie intégrante du vaste éventail de services qu'ils offrent
- **Les médecins de famille ayant une pratique ciblée** sont des MFIP qui ont choisi d'axer leur pratique dans un ou plusieurs domaines cliniques spécifiques de leur pratique en tant que composante importante à temps partiel ou à temps plein

### Que sont les communautés de pratique?

#### Les communautés de pratique ont été définies comme

« des groupes de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes ou une passion sur un sujet, et qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant sur une base continue »<sup>1</sup>.

#### Les communautés de pratique en médecine familiale (CPMF)

peuvent inclure des clubs, des comités, des associations, des académies, des groupes d'étude, des coalitions, des listes de discussion par courriel, des équipes de soins interprofessionnelles et des groupes de professionnels en soins primaires communautaires<sup>2</sup>.

D'une part, fournir aux patients et aux communautés des services qui répondent à leurs besoins devrait demeurer une priorité pour les médecins de famille. Ceci signifie qu'un médecin qui décide de développer un domaine d'intérêt particulier devrait continuer à desservir une population de patients en tant que premier prestataire responsable et à offrir des services pendant les consultations.

D'autre part, les connaissances approfondies des médecins ayant une pratique ciblée ne devraient pas être perçues comme une façon de sortir ce domaine particulier du champ de pratique des médecins offrant des soins complets et globaux. Les domaines comme les soins intrapartum et les soins palliatifs demeurent des parties intégrales de toute la gamme de soins en médecine familiale. Les médecins ayant une pratique ciblée peuvent aider leurs collègues à offrir ces services et fournir du soutien lorsqu'une expertise supplémentaire est requise.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) offre des programmes qui couvrent une vaste gamme de domaines pour lesquels les membres ont exprimé un intérêt — tant pour ceux qui font partie de pratiques de soins globaux ou, dans certains cas, qui exercent majoritairement ou à temps plein dans ce domaine. Les CPMF ont été établis dans des domaines cliniques comme la médecine de la dépendance, les soins aux patients atteints du cancer, la douleur chronique, la médecine d'urgence, la santé mentale, et la médecine du sport et de l'exercice. Consultez la [Section des Communautés de pratique en médecine familiale](#) pour une liste complète des programmes des CPMF.

Ce guide met l'accent sur la collaboration entre les médecins de famille. L'importance accordée à ce sujet ne devrait pas nous éloigner du rôle essentiel que jouent les médecins d'autres spécialités dans un CMF. Collaborer avec des collègues qui pratiquent dans d'autres disciplines est indispensable pour aider les médecins de famille à orienter leurs patients vers les services dont ils ont besoin. En examinant les conseils contenus dans ce document, les médecins de famille — ceux ayant une pratique ciblée et ceux offrant des soins complets et globaux — devraient être très conscients des champs de compétences et de connaissances de tous les professionnels de la santé impliqués dans le soin de leurs patients.

Les structures requises pour appuyer les approches discutées dans ce document ne sont pas toujours en place. Cependant, nous espérons que les études de cas fructueuses dont il est question dans le document fourniront des exemples de réalisations possibles. Ces réussites devraient fournir une grande motivation vers la création d'une infrastructure qui permet ce type de collaboration. Le modèle du CMF offre une base robuste qui englobe les soins complets et globaux et les possibilités d'une plus grande expertise dans des domaines particuliers.

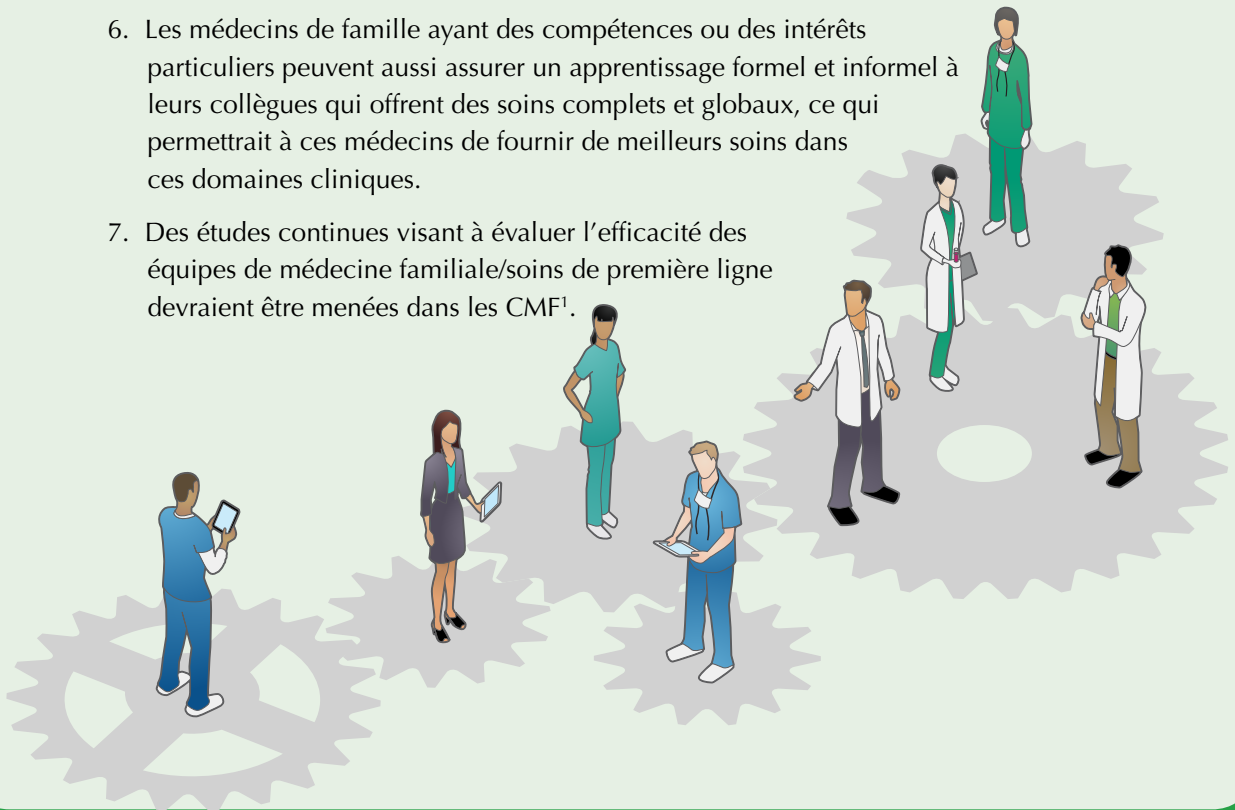
## Soins intraprofessionnels ou inter-professionnels?

L'envers de la médaille des communautés **intraprofessionnelles** de pratique en équipe est la structure plus large d'équipe **inter-professionnelle** dans le CMF qui intègre d'autres professionnels de la santé, dont des infirmières, des nutritionnistes et des travailleurs sociaux. La distinction entre les deux est notable. Ce guide Conseil pratique est le premier de deux guides qui traitent de la pratique en équipe; le deuxième guide portera sur les soins interprofessionnels en équipe dans le modèle du CMF.

## Principes directeurs

**Au sein du CMF, les principes directeurs suivants favorisent l'intégralité des soins, la réaction aux besoins des communautés et le rôle des modèles collaboratifs de prestation de soins :**

1. Les médecins de famille ayant des compétences ou des intérêts particuliers, de concert avec d'autres spécialistes, devraient faire partie du CMF et collaborer avec le médecin de famille du patient afin de fournir un accès à une vaste gamme de services de soins de première ligne et de consultation<sup>1</sup>.
2. Les pratiques devraient offrir aux patients une vaste gamme de services de santé dispensés par des équipes ou des réseaux de professionnels de la santé, y compris le médecin de famille du patient, qui travaille en collaboration avec ses collègues médecins et d'autres spécialistes, le personnel infirmier et d'autres professionnels<sup>3</sup>.
3. Chaque CMF devrait encourager et promouvoir les modèles de soins partagés qui favorisent l'accès rapide aux consultations et la continuité des soins<sup>1</sup>.
4. La composition des équipes ou des réseaux de professionnels et de prestataires de soins de santé des CMF peut varier en fonction des besoins de la communauté<sup>1</sup>.
5. Les médecins de famille ayant des compétences ou des intérêts particuliers sont encouragés à participer à la recherche et à enseigner aux étudiants de médecine, aux résidents et à d'autres apprenants, afin d'enrichir l'expérience globale d'apprentissage de la médecine familiale.
6. Les médecins de famille ayant des compétences ou des intérêts particuliers peuvent aussi assurer un apprentissage formel et informel à leurs collègues qui offrent des soins complets et globaux, ce qui permettrait à ces médecins de fournir de meilleurs soins dans ces domaines cliniques.
7. Des études continues visant à évaluer l'efficacité des équipes de médecine familiale/soins de première ligne devraient être menées dans les CMF<sup>1</sup>.



## OBJECTIF

L'objectif du présent guide est de fournir des conseils pratiques pour créer et maintenir des communautés de pratique pour :

- Les médecins de famille offrant des soins complets et globaux qui souhaitent collaborer avec d'autres professionnels pour élargir leur champ de pratique
- Les MFIP et les médecins de famille ayant des pratiques ciblées qui veulent se joindre à un milieu où des soins complets et globaux sont offerts, tout en maintenant ces intérêts

Bien que ce guide soit destiné aux médecins dans tous ces types de pratiques familiales, les stratégies décrites font appel à plusieurs éléments importants du modèle du CMF. Le modèle met l'accent sur les soins axés sur le patient qui sont humains, équitables, continus, complets et globaux.

## LE RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE AVEC DES INTÉRÊTS PARTICULIERS OU UNE PRATIQUE CIBLÉE

Les médecins de famille avec des intérêts particuliers (MFIP) et les médecins de famille ayant des pratiques ciblées peuvent compléter leurs compétences et expérience de base par une expertise additionnelle dans un domaine particulier, tout en demeurant engagés dans leur rôle fondamental de généraliste<sup>4</sup>. Le travail des MFIP et des médecins de famille ayant des pratiques ciblées est de développer les ressources humaines en santé et d'offrir les soins appropriés au moment et à l'endroit nécessaires. Ces médecins de famille travaillent dans leur champ de formation, de compétences et d'expertise afin d'offrir les meilleurs services possible et de répondre aux besoins des patients. Ils peuvent toujours s'appuyer largement sur leur formation et leur l'approche de généraliste pour la prise en charge de la maladie, et des soins axés sur le patient, afin de travailler en collaboration à différents niveaux de soins, y compris avec d'autres spécialistes, pour répondre aux besoins des patients<sup>5</sup>. Ces cliniciens sont également une ressource pour d'autres médecins dans leur système de santé local en améliorant la prestation des soins, ainsi que les occasions d'apprentissage et d'enseignement.



Les médecins de famille qui acquièrent ces compétences additionnelles par de la formation clinique avancée ou des années d'expérience clinique peuvent offrir des services qui ne sont autrement pas offerts dans certains endroits, particulièrement dans les communautés éloignées et rurales. Dans l'ensemble, les médecins pratiquant en régions rurales sont plus susceptibles d'avoir une pratique ciblée. Selon le Sondage national auprès des médecins de 2013, environ 71 % des médecins de famille en milieux ruraux ont une pratique ciblée en médecine d'urgence comparativement à 40 % de leurs homologues qui travaillent en milieux urbains. On observe des tendances semblables dans différents domaines de pratique, notamment en médecine hospitalière (59 % comparativement à 47 %) et en anesthésie en médecine familiale (10 % comparativement à 5 %). Comme ils pratiquent en milieux ruraux, ces médecins complètent leurs compétences en soins globaux par des domaines d'expertise spécialisés afin de mieux répondre aux besoins des populations qu'ils desservent. Selon les cas, les pratiques de médecine familiale peuvent avoir une équipe de soins composée de professionnels possédant des compétences avancées et des aptitudes appropriées pour répondre aux besoins de la population locale<sup>6</sup>.

### Étude de cas : Les médecins de famille dans les services d'urgence

*Une équipe de médecine familiale (ÉMF) communautaire de Brampton (Ontario) est composée de 17 médecins de famille. Tous les médecins offrent des soins complets et globaux en cabinet aux patients inscrits à leur registre. Trois des médecins travaillent aussi régulièrement à l'urgence et possèdent des certificats de compétences additionnelles (CCA) en médecine d'urgence. La médecine d'urgence (MU) est un domaine où le CMFC offre une reconnaissance formelle d'une formation en compétences avancées aux médecins de famille. Au Canada, une part importante des soins d'urgence sont offerts par les médecins de famille, avec ou sans désignation en MU.*

*La communication entre les collègues médecins de l'ÉMF de Brampton est régulière, informelle et axée sur le soutien. Les médecins qui travaillent à l'urgence fournissent régulièrement du soutien à ceux qui n'y travaillent pas. Lorsqu'un patient soupçonné d'une fracture simple se présente à la clinique, les médecins qui pratiquent à l'urgence examinent les radiographies avec le médecin qui ne pratique pas à l'urgence. Ils collaborent à l'immobilisation à l'aide d'une attelle au cabinet, ce qui évite au patient de se rendre à l'urgence. Leur soutien et leurs directives favorisent l'acquisition de plus de compétences chez les autres médecins, et les nouveaux partenaires qui se joignent à la pratique apprennent rapidement à soigner des fractures simples sans le recours à l'urgence, mais seulement un suivi en consultation externe pour le soin des fractures.*



## COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE EN ACTION

Les médecins de famille peuvent favoriser les collaborations intraprofessionnelles et créer des communautés de pratique de différentes façons. Certains peuvent inclure des médecins avec des intérêts particuliers dans leur équipe multidisciplinaire, tandis que d'autres concluent des arrangements consultatifs formels avec des pratiques ciblées dans leurs communautés.

Les MFIP peuvent aussi travailler dans divers milieux de pratique. Par exemple, la médecine d'urgence est un domaine où les médecins de famille sont essentiels à la prestation de soins. Ils peuvent utiliser leurs compétences uniques pour guider les patients dans un environnement de soins de santé de plus en plus complexe, afin d'assurer la continuité des soins<sup>6</sup>.

La santé mentale constitue un autre exemple. L'intégration des services de santé mentale dans le milieu des soins primaires a amélioré l'accès aux soins de santé mentale et a permis d'augmenter la capacité des soins primaires de prendre en charge les troubles de santé mentale et les problèmes de dépendance<sup>7</sup>. Le succès des projets au Canada et dans d'autres pays démontre que les modèles collaboratifs de prestation des services de santé mentale entraînent de meilleurs résultats cliniques, une utilisation plus efficace des ressources et une meilleure expérience pour les patients qui demandent et reçoivent des soins. Il est possible d'améliorer l'accès aux services et la qualité des soins et du soutien pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance grâce à une meilleure collaboration entre les professionnels et les services, afin d'assurer la continuité et l'intégralité des soins<sup>7</sup>. Les soins collaboratifs sont offerts par des professionnels de différentes spécialités, disciplines ou secteurs qui travaillent ensemble afin d'offrir des services complémentaires et du soutien mutuel<sup>7</sup>. Les médecins de famille avec des intérêts particuliers en santé mentale ou en médecine de la dépendance ont un rôle important à jouer dans l'intégration de ces services.







## POURQUOI DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE?

La création de communautés de pratique en médecine familiale peut mener à l'harmonisation de la prestation des services de soins de santé qui répondent aux besoins des communautés rapidement et de façon équitable. La recherche sur l'impact des soins primaires en général et l'expérience tirée des pratiques actuelles révèlent plusieurs avantages escomptés. Plusieurs de ceux-ci concordent directement avec le modèle du CMF et peuvent améliorer les mêmes résultats que vise le CMF.

### Amélioration des connaissances et des compétences cliniques au sein du CMF

La présence de médecins de famille possédant des compétences avancées permettra à l'équipe de pratique d'élargir ses compétences et ses capacités cliniques. Les médecins de famille tirent profit des communautés de pratique en apprenant des autres et en collaborant avec eux afin d'accélérer l'amélioration de la pratique, ce qui entraîne une amélioration globale des compétences du groupe<sup>8</sup>. En collaborant, les médecins de famille ont l'occasion d'échanger sur les cas cliniques, d'écouter, de réfléchir et de recevoir une rétroaction sur les processus de soins des patients qui présentent des cas complexes. Ces milieux de travail collaboratifs permettent aux médecins de partager des pratiques exemplaires, de cultiver les relations, d'élaborer des solutions et de générer de nouvelles idées et de susciter l'innovation<sup>9</sup>.

### L'intégralité dans le CMF

Les communautés de pratique garantissent une diversité des connaissances et compétences, élargissant ainsi la gamme de services de la pratique. En offrant un éventail global de services adaptés aux besoins des communautés, les pratiques de médecine familiale offrent des soins axés sur le patient qui correspondent aux préférences et aux valeurs des patients et qui répondent à leurs besoins<sup>10</sup>. Les patients peuvent recevoir des services complets et globaux dont ils ont besoin au sein de leur communauté, améliorant ainsi l'accès et permettant aux patients d'être traités dans une pratique de médecine familiale plus près de chez eux et de peut-être éviter les visites à l'hôpital.

## Continuité des soins dans le CMF

En fournissant un niveau accru de services de soins de santé dans le CMF, les médecins assurent que les patients reçoivent des soins dans un environnement familial offerts par des professionnels de la santé avec qui ils ont créé une relation, notamment un médecin de famille comme premier prestataire responsable. Les patients bénéficient d'une continuité dans les soins offerts par des équipes bien coordonnées qui partagent la même philosophie globale de soins. Les pratiques qui collaborent avec des MFIP et des médecins de famille ayant des pratiques ciblées ont des liens directs de communication, ce qui leur donne l'occasion de discuter des plans de soins et d'assurer une meilleure continuité des soins entre professionnels de la santé.

## Accès rapide aux services dans le CMF

Offrir des soins près du domicile des patients en fournissant des services additionnels dans les pratiques de médecine familiale ou en formant des réseaux de pratiques ciblées dans la communauté peut améliorer l'accès à des soins dans des domaines particuliers. Ceci comprend :

- La réduction des temps d'attente<sup>3</sup>
- L'accès à des services qui seraient autrement difficiles à obtenir, particulièrement dans les communautés rurales et éloignées<sup>3</sup>
- La diminution du temps de déplacement pour les patients, ce qui réduit le temps qu'ils doivent passer loin de leurs familles, de leur emploi, etc.<sup>3</sup>

Voir le guide [Conseil pratique sur l'accès en temps opportun aux soins dans les bureaux ou cliniques de médecine familiale](#) pour plus d'information sur des stratégies efficaces pour promouvoir l'accès rapide à des établissements de soins primaires.



## Utilisation efficace des ressources

La recherche démontre que les services de santé offerts dans un établissement de soins primaires sont généralement plus efficaces<sup>11</sup>. La collaboration est un des principes fondamentaux des soins primaires et correspond aux principes du modèle du CMF<sup>7</sup>. Des partenariats bien organisés en soins primaires peuvent permettre de réduire les coûts sans entraîner de réduction au niveau des services.

## Simplifier l'accès pour les patients

En assurant la bonne combinaison de professionnels au sein des équipes de soins, y compris des MFIP, les médecins de famille peuvent simplifier l'accès aux patients en :<sup>3,7</sup>

- Éliminant les étapes superflues (élimination des suivis redondants, inscription sur des listes d'attente, etc.)
- Évitant de recourir à des interventions plus coûteuses
- Évitant le chevauchement de services
- Facilitant le transfert des patients d'un service à un autre et en éliminant les obstacles à l'accès aux services grâce à l'orientation appropriée vers des hôpitaux secondaires ou tertiaires, le cas échéant<sup>8,12</sup>



<sup>8</sup>Des recherches effectuées auprès de médecins de famille en Afrique du Sud ont montré qu'ils jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients et dans la réduction des références vers des hôpitaux secondaires ou tertiaires.

## STRATÉGIES PERMETTANT D'INTÉGRER LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES DANS LE CMF

Cette section présente des stratégies pour l'organisation des communautés de pratique dans un contexte clinique. Les stratégies seront axées sur la façon d'amorcer un dialogue avec les MFIP et de créer des liens avec les médecins de famille ayant des pratiques ciblées.

### Cerner les besoins des communautés

Les médecins de famille sont invités à cerner les lacunes dans la prestation des soins de santé dans leur milieu de pratique local et de déterminer si les médecins de famille ayant des compétences additionnelles pourraient être en mesure de répondre à ces besoins. Les données tirées des dossiers médicaux électroniques — ainsi que la rétroaction des patients, des membres de la communauté et des intervenants — peuvent fournir de l'information sur les défis que doivent relever les patients dans la communauté. En fonction de ces besoins, les pratiques peuvent inclure un MFIP dans leur équipe multidisciplinaire, ou conclure des arrangements consultatifs formels avec des médecins de famille ayant des pratiques ciblées.

Il est important de ne pas oublier que la nature d'une communauté définie sur le plan géographique peut changer au fil du temps et que l'ensemble des compétences des praticiens doit évoluer en ce sens. Cette évaluation des besoins devrait être effectuée de façon continue et itérative afin de reconnaître tout changement dans les besoins en matière de soins de santé de la communauté et d'agir en conséquence. Ceci pourrait signifier l'approfondissement des connaissances des médecins de famille actuels dans certains domaines, l'ajout de médecins possédant des compétences additionnelles ou la création de liens avec des médecins locaux ayant des pratiques ciblées afin de promouvoir l'intégralité des soins. Il s'agit d'un domaine en développement et ceux qui tentent d'effectuer cette intégration apprennent les pratiques exemplaires; en partageant leurs expériences, les médecins peuvent aider des pratiques semblables dans d'autres communautés.

### Étude de cas : Cerner les besoins dans la communauté

*Un omnipraticien en oncologie pratiquant à Fredericton (Nouveau-Brunswick), habite dans la communauté rurale avoisinante de Harvey. Au fil du temps, un processus a été créé où l'omnipraticien en oncologie arrête au centre de santé local de la communauté rurale lorsqu'il rentre chez lui après avoir quitté le centre de soins tertiaires. Il rencontre les patients, ce qui minimise leur temps et leurs frais de déplacement. Le processus est efficace et apprécié.*

*De temps à autre, le médecin de famille local et l'omnipraticien en oncologie se croisent au centre local et discutent des nouveaux cas complexes en oncologie. Afin de continuer à minimiser les déplacements pour les patients qui habitent en régions rurales et de collaborer avec les médecins de famille locaux, les omnipraticiens en oncologie de Fredericton offrent aussi des visites par l'intermédiaire de télésanté pour les cliniques satellites des secteurs de Woodstock et de Perth. Le médecin de famille du patient effectue l'examen physique et envoie une note à l'omnipraticien en oncologie avant la séance de télésanté prévue. L'omnipraticien en oncologie examine les notes et rencontre le patient par la technologie de télécommunication. Le patient est accompagné par une infirmière en oncologie qui peut aider à expliquer l'information. Ces séances de télésanté sont très pratiques pour certains patients.*

*Afin de coordonner les soins en oncologie entre les professionnels de la santé, les omnipraticiens en oncologie effectuent les tâches suivantes : ils s'occupent des appels sur le terrain et répondent aux courriels des médecins de famille sur la prise en charge; ils fournissent des mises à jour sur les avancées pertinentes en oncologie médicale par l'intermédiaire du système de messagerie électronique de l'hôpital; ils offrent des conférences éducatives pour les médecins de famille locaux; et participent aux réunions mensuelles de la pratique de médecine familiale afin de fournir les mises à jour pertinentes.*

## Établir des liens de communication

Lorsqu'on a cerné les besoins de la communauté et que l'équipe de soins appropriée est choisie, les pratiques de médecine familiale doivent établir des liens de communication entre les professionnels de la santé. Ceci comprend notamment la transmission d'information pertinente sur les personnes et les programmes de façon rapide, lisible, pertinente et compréhensible. La communication peut avoir lieu en personne, par téléphone ou par d'autres moyens, y compris les dossiers médicaux électroniques (DMÉ).

Les DMÉ sont largement reconnus comme un outil essentiel à la coordination des soins, particulièrement pour les patients présentant des comorbidités qui voient divers professionnels de la santé pour différents problèmes de santé. Les médecins ont indiqué qu'il est plus facile de partager de l'information sur les patients avec les membres de leur équipe, sur place ou à distance, quand les antécédents médicaux des patients rédigés de façon lisible, compréhensible et précise existent/sont disponibles<sup>13</sup>. Les DMÉ permettent, entre autres, de partager l'information nécessaire pour recommander les patients et pour les consultations; pour l'enseignement, la recherche axée sur la pratique, et l'évaluation de l'efficacité de la pratique dans le cadre d'un engagement envers l'amélioration continue de la qualité<sup>1</sup>. Les DMÉ sont particulièrement pratiques quand les services ne sont pas offerts sous le même toit et que les membres de l'équipe de soins communiquent à distance dans le cadre de leur communauté de pratique. Le guide Conseil pratique *L'adoption des DMÉ dans les centres de médecine de famille* offre des conseils utiles pour les professionnels de la santé sur les éléments à prendre en considération lors de la mise en place d'un système de DMÉ.

### Étude de cas : Communication efficace

*Une unité de médecine familiale (UMF) de Montréal (Québec) est composée d'environ 45 employés à temps plein et à temps partiel. Les membres du personnel sont divisés en quatre équipes; au moins deux membres de ces équipes ont un intérêt particulier en obstétrique.*

*Afin de favoriser une communication efficace, les membres de la même équipe se réunissent toutes les semaines; les professionnels de la santé partagent tous le même DMÉ; les rendez-vous des patients sont prévus les journées où plusieurs des professionnels de la santé qui travaillent avec le patient sont sur place; et les membres de l'équipe sont tous présents dans la même salle d'enseignement pour faire une revue des cas avec les apprenants.*

*Par exemple, le médecin de famille personnel suivra une patiente jusqu'à 30 semaines de grossesse. Si ce médecin n'offre pas de soins intrapartum, un des médecins de famille qui en offre prendra le relai après la 30<sup>e</sup> semaine. Pendant le premier et le deuxième trimestre, le médecin de famille personnel consulte ses collègues au besoin, et les deux médecins effectuent le suivi de la grossesse par l'intermédiaire du DMÉ. Quand la patiente est dans la salle de travail et d'accouchement, on en informe le médecin de famille personnel et on communique avec lui quand elle a accouché. À cette étape, le médecin de famille personnel visitera la patiente à l'hôpital et planifiera la première visite postpartum, ainsi que les rendez-vous pour le nouveau petit patient de la pratique.*



## Offrir des services combinés dans les sites de pratique de médecine familiale

Certaines communautés de pratique, lorsque la capacité le permet, choisissent de combiner leurs services. Ceci permet aux MFIP et aux médecins de famille ayant des pratiques ciblées de collaborer dans un contexte de pratique de médecine familiale pour répondre aux besoins de santé des personnes qui utilisent ces services. Bien qu'elle soit utile, la combinaison des services ne garantit pas une collaboration efficace, surtout si certains des éléments énumérés précédemment sont manquants.

### Étude du cas : les services combinés (la colocation)

*Une UMF de Montréal (Québec) a mis sur pied une clinique des troubles musculosquelettiques dans l'unité pour les patients et les apprenants. La clinique est située dans le même espace clinique, les consultations sont envoyées par les secrétaires et il est possible de répondre aux demandes d'opinion spécifique dans la même pratique.*

*Le médecin de famille ayant un intérêt particulier pour les problèmes musculosquelettiques évalue le patient et prépare un rapport écrit. Dans certains cas, il s'agit d'une seule visite pour clarifier ou confirmer un diagnostic. Dans d'autres cas, plusieurs visites sont nécessaires pour établir le diagnostic (et pour organiser les analyses sanguines et imageries médicales nécessaires) ou pour déterminer le traitement.*

*Les patients bénéficient d'un accès plus rapide à un médecin de famille ayant de l'expertise dans les problèmes musculosquelettiques dans une pratique de médecine familiale dotée d'un processus simple de prise de rendez-vous. En plus, les médecins traitants bénéficient de la réception rapide des rapports de consultation, et ont en même temps l'occasion d'améliorer leurs propres compétences dans ce domaine.*



## Participer à des communautés virtuelles

La colocation n'est pas toujours possible ou nécessaire. Parfois, des médecins de famille des régions rurales ou éloignées peuvent communiquer virtuellement avec leurs collègues qui possèdent des compétences additionnelles. Les communautés de pratique virtuelles permettent aux médecins de famille de collaborer afin de fournir les ressources et les services de consultation en fonction des besoins. Les avancées technologiques et les DMÉ peuvent être utilisés de façon efficace pour maximiser ces collaborations.

## Consultation avec d'autres médecins de famille

Les médecins de famille peuvent communiquer avec leurs collègues quand une expertise additionnelle est nécessaire. Ceci peut se faire de différentes façons, notamment :

- Les MFIP offrent des conseils, des directives et assurent le suivi des professionnels de la santé en soins primaires afin de soutenir les soins aux patients et à leur proche.
- Les médecins de famille ayant des pratiques ciblées offrent du soutien en communiquant avec le médecin de famille du patient et en offrant leurs services au besoin.

Dans les milieux de pratique axés sur la collaboration, il est important de définir le partage des responsabilités et d'établir comment les patients sont orientés vers des médecins de famille ayant des compétences additionnelles. Quand les patients ont été vus par un médecin de famille ayant des compétences additionnelles ou qui sont dans un champ de pratique différent, leurs dossiers médicaux devraient être mis à jour et transmis à toute l'équipe de soins afin que tous les membres soient au courant des changements au plan de traitement.

### Étude de cas : Consultation

*Une pratique de médecine familiale dans le nord de l'Ontario a formé des réseaux de collaboration avec des MFIP dans le cadre d'un CMF. Ces pratiques collaboratives comprennent des consultations avec les médecins de famille ayant un intérêt en obstétrique, ainsi qu'avec des médecins de famille ayant un intérêt envers la médecine de la dépendance. Le médecin de famille peut coordonner les soins et orienter les patients vers des collègues médecins de famille au besoin tout en continuant de participer aux soins aux patients. Par exemple, pour une femme enceinte, un médecin de famille de cette pratique collaborative fournit les soins prénataux, mais non les soins intrapartum. Le médecin de famille communique avec un autre médecin qui dirige une clinique d'obstétrique en médecine familiale à un autre endroit. Les deux médecins s'entendent pour offrir des soins partagés à la patiente. Quand le bébé est né, le médecin de famille verra le nouveau-né à son cabinet dans les 2 à 3 jours suivant la naissance.*



## Promouvoir l'enseignement et la recherche au sein du CMF

Les médecins de famille ayant des compétences additionnelles sont encouragés à enseigner aux étudiants de médecine, aux résidents et aux autres apprenants, enrichissant ainsi l'expérience globale de l'apprentissage de la médecine familiale. Offrir des possibilités d'apprentissage formelles et informelles à ses collègues dans le cadre de leur travail peut permettre d'accroître la base de connaissances générales de l'équipe du CMF. Une étude des compétences avancées en chirurgie des professionnels de la santé en soins primaires pratiquant en milieu rural au Canada révèle que les mentors et les modèles, particulièrement ceux qui possèdent une formation initiale en médecine familiale, sont les principaux facteurs déterminants de la trajectoire des participants qui suivaient une formation avancée<sup>14</sup>. Il est important que les CPMF qui offrent des occasions d'enseignement fassent la promotion active de l'importance de la médecine familiale, de l'intégration et du renforcement de la médecine familiale dans son ensemble, et de l'approfondissement du désir de desservir les communautés en répondant à leurs besoins.

Tous les médecins de famille du CMF sont aussi encouragés à participer à la recherche. Les médecins ayant des intérêts particuliers ou un champ de pratique avancée offrent une mine d'expérience et une perspective de la collaboration à l'équipe de recherche. De plus, les centres universitaires et les services de formation continue doivent préparer les apprenants et les praticiens à travailler dans des partenariats collaboratifs<sup>7</sup>.

### Étude de cas : Enseignement et recherche

*Dans un centre hospitalier urbain de soins tertiaires de Montréal (Québec), le travail clinique d'un médecin de famille se limite aux soins oncologiques. Les tâches hospitalières du médecin de famille comprennent la prestation de soins oncologiques de soutien aux patients atteints de cancer qui reçoivent des traitements (allant de la prise en charge des symptômes aux traitements du cancer), des interventions psychosociales pour le patient et/ou ses proches, ainsi que des soins de fin de vie.*

*Les rôles principaux des médecins de famille consistent essentiellement à aller dans la communauté sur une base régulière pour enseigner aux professionnels des soins de santé de première ligne les problèmes courants, les besoins en matière de surveillance, ainsi que les recommandations actualisées quant au suivi pour les personnes ayant survécu au cancer. Ce médecin de famille assume aussi le rôle de fournisseur de ressources compétent pour les prestataires de soins primaires dans la communauté, en offrant des consultations téléphoniques rapides pour toute question que les FSP pourraient avoir concernant leurs patients ayant des antécédents de cancer. Aussi, en plus du soutien infirmier, ce médecin de famille aide à faciliter la transition des soins vers le FSP dans la communauté quand les traitements tertiaires sont complétés, par des interventions de coordination normalisées clés. De telles interventions comprennent l'autonomisation des personnes ayant survécu au cancer grâce à des activités éducatives, qui traitent du rôle important des FSP dans la prestation des soins aux survivants.*

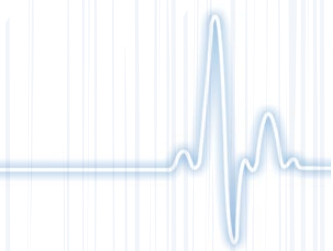




## CONCLUSION

Les communautés de pratique ont un rôle important à jouer dans le CMF. En mettant sur pied des collaborations intraprofessionnelles dans les établissements de médecine familiale, les médecins de famille peuvent mieux répondre aux besoins de la communauté et fournir des soins globaux plus près du domicile des patients. Les médecins de famille ayant des intérêts particuliers et des pratiques ciblées peuvent utiliser des compétences additionnelles pour fournir des soins aux patients et autonomiser leurs collègues. Au bout du compte, la priorité est que l'expérience des patients soit sans faille et qu'ils croient qu'on a répondu à leurs besoins. Pour le CMFC, les soins complets, globaux et continus demeurent une priorité. Le champ de compétences additionnelles offert dans un CMF dépendra des besoins de chaque communauté. Les médecins de famille devraient continuellement évaluer ces besoins afin de s'assurer que leurs patients reçoivent des soins optimaux grâce aux partenariats de collaboration au sein du CMF.





## Références

- 1 Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University; 1998.
- 2 Endsley S, Kirkegaard M, Linares A. Working together: communities of practice in family medicine. *Fam Pract Manag*. 2005; 12(1): 28-32.
- 3 Le Collège des médecins de famille du Canada. *Une Vision pour le Canada: La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Publié à : <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=3753&langType=3084>. Consulté le 14 avril 2016.
- 4 Ministère de la Santé. Part 3 : The accreditation of GPs and Pharmacists with Special Interests. Dans : *Implementing care closer to home: Convenient quality care for patients*. 2007. Publié à : [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_074424.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_074424.pdf). Consulté le 12 avril 2016.
- 5 Ministère de la Santé. Part 1: Introduction and overview. Dans : *Implementing care closer to home: Convenient quality care for patients*. 2007. Publié à : [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_074426.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_074426.pdf). Consulté le 6 avril 2016.
- 6 Leelavathi M. Family physicians with special interest in dermatology. *Malays Fam Physician*; 2008;3(1): 64-65.
- 7 Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, et coll. The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future. *Can Journal Psychiatry*. 2011;56:B1-B10.
- 8 Endsley S, Kirkegaard M, Linares A. Working Together: Communities of Practice in Family Medicine. *Fam Pract Manag*. 2005; 12(1): 28-32. Publié à : [www.aafp.org/fpm/2005/0100/p28.html](http://www.aafp.org/fpm/2005/0100/p28.html). Consulté le 6 avril 2016.
- 9 Soubhi H, Bayliss EA, Fortin M, Hudon C, van den Akker M, Thivierge R, et coll. Learning and caring in communities of practice: using relationships and collective learning to improve primary care for patients with multimorbidity. *Ann Fam Med*. 2010;8(2):170-177. doi: 10.1370/afm.1056.
- 10 Swanepoel M, Mash B, Naledi T. Assessment of the impact of family physicians in the district health system of the Western Cape, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2014;6(1), Art. #695, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.695>
- 11 Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*. 2004;113(Supplement 4):1493-1498.
- 12 Moosa S, Mash B, Derese A, Peersman W. The views of key leaders in South Africa on implementation of family medicine: critical role in the district health system. *BMC Family Practice*. 2014;15:125 doi: 10.1186/1471-2296-15-125.
- 13 PricewaterhouseCoopers. *The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care*. Toronto, ON: Canada Health Infoway; 2013. Publié à : [www.pwc.com/ca/en/healthcare/publications/pwc-electronic-medical-record-use-community-based-care-report-2013-06-en.pdf](http://www.pwc.com/ca/en/healthcare/publications/pwc-electronic-medical-record-use-community-based-care-report-2013-06-en.pdf). Consulté le 17 juin 2016.
- 14 Kornelsen J, Iglesias S, Humber N, Caron N, Grzybowski S. GP Surgeons' Experiences of Training in British Columbia and Alberta: A Case Study of Enhanced Skills for Rural Primary Care providers. *Can Med Educ J*. 2012;3(1):e33-41. eCollection 2012.

