

La médecine familiale

Une discipline en évolution dans le monde entier

Archana Gupta MD CCFP MPH Carolyn Steele Gray MA PhD Megan Landes MD MSc CCFP(EM)
Sanjeev Sridharan MS PhD Onil Bhattacharyya MD PhD CCFP

Nous sommes en 2021. L'obligation de sortir les services de santé des hôpitaux est évidente. Avant la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), les médias canadiens avaient changé leur rengaine demandant des « temps d'attente plus courts pour une opération » pour revendiquer la fin de « la médecine de corridor ». Durant la pandémie de la COVID-19, le message est maintenant de garder les patients en sécurité à domicile et en dehors des milieux à risque élevé. L'accent étant davantage mis sur les soins reçus en dehors de l'hôpital, le rôle exercé par les secteurs des soins communautaires, en particulier la médecine familiale ou de famille, attire de plus en plus l'attention. Toutefois, une certaine confusion demeure concernant ce secteur, notamment au chapitre de la terminologie et de son rôle pour maintenir les patients en santé dans leurs communautés. Il est essentiel que la terminologie soit précise pour orienter la réforme du système de santé au Canada et dans le monde, et pour faire en sorte que les acteurs du système de santé utilisent un seul et même vocabulaire. Dans cet article, nous clarifions les distinctions entre *soins de santé primaires (SSP)*, *soins primaires* et *médecine familiale ou de famille*, et nous mettons en évidence la façon dont la médecine familiale est une discipline adaptative et évolutive qui répond aux besoins des patients et des communautés. Les soins primaires sont une composante essentielle d'un système de SSP qui fonctionne bien.

Nous célébrons, en 2019, le 50^e anniversaire de la Certification en médecine familiale. Malgré que la discipline ait une certification unique depuis plus de 50 ans, les distinctions entre la médecine familiale, les soins primaires et les SSP sont souvent vagues. La confusion dans le langage est évidente, étant donné la récente déclaration publiée par le Collège des médecins de famille du Canada pour protéger la terminologie en médecine familiale, en raison de la tendance à utiliser la « pratique familiale » et la « médecine familiale » en dehors de la discipline¹. Non seulement les confusions dans la terminologie sont le signe d'un manque de compréhension des différents profils de compétences et rôles des fournisseurs, mais elles risquent d'affecter la façon dont les soins de santé sont organisés et fournis.

La médecine de famille est une discipline unique, axée sur « des soins de haute qualité, fondés sur des données probantes et prodigués par des médecins de famille formés pour répondre aux besoins en matière de soins de santé de leurs patients et de leurs communautés »¹. Elle est essentielle à la prestation des soins primaires et des

SSP au Canada, et elle continue d'évoluer pour répondre aux besoins de nos populations. Sur le plan mondial, les pays présentent la médecine familiale comme une façon de renforcer les SSP. De ce fait, les chercheurs, les enseignants, les décideurs et la communauté de la médecine familiale doivent bien comprendre les distinctions et les interactions entre ces 3 secteurs.

Les soins de santé primaires

Le concept des SSP a été redéfini maintes fois depuis son apparition dans le rapport Dawson, en 1920, dans lequel les SSP étaient classés comme étant le premier niveau de soins, outillé pour la prestation de services curatifs et préventifs². En 1978, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) officialisait, à l'échelle mondiale, son engagement envers les SSP. Elle définissait les SSP comme étant des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement³. Par *soins de santé essentiels*, on entendait des soins qui incluaient la promotion de la santé, la prévention des maladies, de même que des soins préventifs et curatifs, de réadaptation et palliatifs. L'OMS est allée plus loin en qualifiant les SSP comme étant la clé pour atteindre la « santé pour tous », dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata⁴. Même si la Déclaration d'Alma-Ata a conduit à un accord sur l'importance des SSP, elle n'a pas défini la manière d'opérationnaliser cet engagement. En 2018, soit 40 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, les partenaires mondiaux se sont réunis de nouveau à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, non seulement pour réaffirmer les engagements pris en faveur des SPP par la Déclaration d'Astana, mais aussi pour convenir d'une seule et même définition opérationnelle des SSP (**Encadré 1**)⁵.

La Déclaration d'Astana nous fournit une définition complète et précise de ce qu'englobent les SSP, de même que des divers moyens de les renforcer. La médecine familiale est au cœur de l'élément 1^{6,7}.

Même en l'absence d'une définition opérationnelle claire, 40 années d'expérience ont démontré la valeur qu'apportent les SSP à l'échelle mondiale. Des études ont fait valoir que les SSP réduisaient les principales causes de morbidité et de mortalité sur la planète, et ce, de manière statistiquement significative, notamment les décès maternels, néonataux et infantiles, de même que les décès de causes comme le VIH-sida, le paludisme, la tuberculose et

les maladies évitables par un vaccin⁸⁻¹⁰. Ils réduisent aussi les coûts totaux en soins de santé, augmentent l'efficacité en améliorant l'accès à des services de prévention et de promotion, assurent un diagnostic et un traitement hâtifs de nombreux problèmes, dispensent des soins axés sur les besoins de la personne dans son entier, et réduisent les admissions à l'hôpital¹¹⁻¹⁴. Bon nombre d'interventions qui sont essentielles pour procurer les bienfaits des SSP concernent les soins primaires^{9,15}.

Les soins primaires

Les soins primaires sont une composante essentielle des SSP (**Figure 1**). Ils représentent un concept plus étroit des services dispensés aux personnes. Les SSP sont une expression plus générale qui repose sur les principes fondamentaux formulés par l'OMS, et leur définition décrit une approche des politiques en matière de santé et de la prestation des services, notamment les services fournis aux individus (services de soins primaires) et aux populations (fonctions de santé publique)¹⁶. On définit les *soins primaires* comme étant des soins de première ligne, continus, complets et coordonnés, dispensés aux populations indifférenciées par le sexe, la maladie ou l'organe¹⁷. Les 4 principales caractéristiques des services de soins primaires sont : un accès de première ligne pour chaque nouveau besoin; des soins à long terme centrés sur la personne (plutôt que sur la maladie); des soins complets pour la plupart des besoins liés à la santé; et des soins coordonnés lorsqu'ils doivent être obtenus ailleurs. Selon les recherches phares de Barbara Starfield, la communauté internationale juge que les soins

primaires sont « bons » dans la mesure où ces 4 caractéristiques sont respectées¹¹.

Les médecins de famille, les omnipraticiens ou praticiens généraux, et les fournisseurs de soins primaires non médecins dispensent des services de soins primaires. Les fournisseurs de soins primaires non médecins forment un vaste groupe qui inclut, sans s'y limiter, les travailleurs communautaires de la santé et non professionnels, les infirmières, les adjoints au médecin, les sages-femmes, les travailleurs sociaux et les pharmaciens. Dans les pays à revenu élevé (PRE) comme le Canada, les prestataires de soins primaires non médecins travaillent habituellement en équipe aux côtés de médecins de famille. La collaboration interprofessionnelle est reconnue comme un aspect essentiel des soins aux patients, surtout ceux souffrant de problèmes complexes et chroniques¹⁸, et elle est considérée comme une composante essentielle de la prestation de soins primaires de grande qualité¹¹.

Les données probantes à l'appui du fait que les soins primaires contribuent à une meilleure santé dans les PRE sont convaincantes; les personnes soignées par des médecins de soins primaires sont en meilleure santé. Les populations qui ont accès à des soins primaires qui englobent les 4 caractéristiques des soins primaires (de première ligne, à long terme et centrés sur la personne, complets et coordonnés) ont de meilleurs résultats sur le plan de la santé¹¹. Même si la majorité des données probantes concernant les soins primaires proviennent des PRE, certaines données existent aussi sur les initiatives en matière de santé axées sur les soins primaires dans les pays à moyen et faible revenu (PMFR). Dans les PMFR, les populations qui ont des programmes de soins primaires ont un meilleur accès aux soins de santé, des coûts moins élevés en santé et de meilleurs résultats à ce chapitre, sans compter de moindres disparités liées à la richesse sur le plan de la mortalité^{9,19}. Les soins primaires sont d'autant plus renforcés s'ils sont dotés de médecins spécialisés en soins primaires, c'est-à-dire des médecins de famille, impliqués dans la prestation et la gestion des services de santé.

La médecine familiale ou de famille

La médecine familiale est un sous-ensemble des soins primaires. Ce sont la prestation, l'organisation et la gestion des services de santé par des médecins de famille qui distinguent la médecine familiale des soins primaires.

Pour comprendre le concept de la médecine familiale, il faut d'abord connaître l'histoire derrière son évolution. Le rôle, la formation et le titre du praticien général ou omnipraticien qui travaille dans une pratique de soins primaires ont changé avec le temps et diffèrent d'un pays à l'autre. L'expression *praticien général* a d'abord été utilisée en Angleterre au début du 19^e siècle pour décrire un nouveau genre de praticien qui avait la compétence pour exercer la médecine, la chirurgie et le métier de sage-femme²⁰. Au début du Canada, il n'y avait pas de facultés de médecine, et les praticiens étaient formés comme

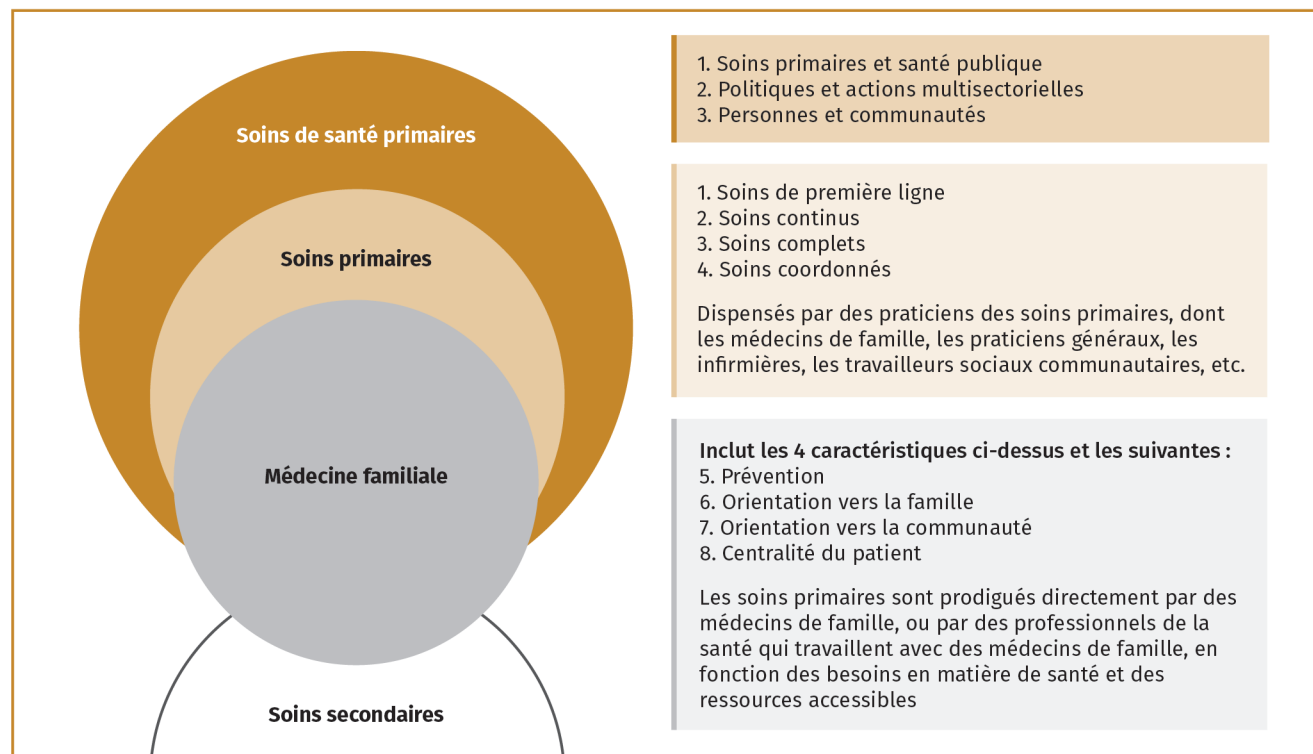
Encadré 1. Définition des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires permettent la santé et le bien-être grâce à ce qui suit :

- Répondre aux besoins en santé des personnes grâce à des soins complets, thérapeutiques, de réadaptation et palliatifs, de même qu'à la promotion de la santé et à la prévention, tout au long de la vie, en priorisant stratégiquement les services de santé à l'intention des individus par l'intermédiaire des soins primaires, et de la population par le biais des fonctions de santé publique, comme éléments centraux de services de santé intégrés;
- S'attaquer systématiquement aux déterminants généraux de la santé (y compris les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, de même que les caractéristiques et les comportements individuels) au moyen de politiques et d'actions fondées sur des données probantes, et ce, dans tous les secteurs;
- Habilitier les individus, les familles et les communautés à optimiser leur santé en plaidant en faveur des politiques qui favorisent et protègent la santé et le bien-être, qui encouragent l'élaboration conjointe des services sociaux et de santé, et qui assistent les personnes et les aidant à protéger leur santé.

Adaptation de l'Organisation mondiale de la Santé⁵.

Figure 1. Distinctions et relations entre les soins de santé primaires, les soins primaires et la médecine familiale



apprentis, jusqu'en 1840, lorsque les premières facultés de médecine ont été fondées²⁰. Au début du 19^e siècle, tous les médecins canadiens étaient des praticiens généraux, en ce sens qu'ils exerçaient à la fois la médecine et la chirurgie, et donnaient au besoin des soins épisodiques aux patients. Avant 1966, au Canada, la plupart des médecins commençaient la pratique générale après 1 an d'internat²⁰. L'impulsion à la base du développement du domaine de la médecine de famille a suivi de près la publication du rapport Collings, en 1950, qui mettait en évidence les conditions médiocres de la pratique générale, le découragement des praticiens généraux, et le manque de fondements universitaires et de normes pour la pratique générale au Royaume-Uni²¹. Par conséquent, des programmes de formation en médecine familiale ont d'abord été mis en œuvre en 1966 au Royaume-Uni, et des programmes ont été mis sur pied durant la même décennie au Canada et aux États-Unis pour améliorer ces conditions et pour répondre aux besoins des individus et des populations²². Le changement de nom, passant de *pratique générale* à *médecine familiale*, a coïncidé avec l'instauration de la formation postdoctorale en médecine familiale. Cette modification dans l'appellation symbolise le changement du rôle du praticien général comme fournisseur de soins épisodiques à un concept plus large du médecin de famille comme promoteur et gardien de la santé dans une population définie, composée principalement de groupes de familles²⁰.

À l'échelle internationale, la terminologie porte plutôt à confusion, notamment par l'utilisation interchangeable

des expressions *praticien général* et *médecin de famille*. Dans certains cas, l'appellation *praticien général* inclut effectivement ceux qui ont une formation postdoctorale spécialisée en soins primaires (comme au Royaume-Uni, au Danemark et aux Pays-Bas, par exemple). Dans d'autres contextes, elle désigne un médecin qui a obtenu un diplôme de formation prédoctorale en médecine, sans formation spécialisée en soins primaires, et qui fournit des soins médicaux généralisés de base^{22,23}. Au Canada, nous utilisons *médecin de famille* pour identifier ceux qui ont terminé la formation postdoctorale en soins primaires et ont réussi à l'examen de Certification en médecine familiale.

La médecine familiale suit 8 principes fondamentaux qui orientent l'éducation et la formation : l'accès aux soins ou les soins de première ligne, l'aspect global, la continuité des soins, la coordination, la prévention, l'orientation axée sur la famille, l'orientation axée sur la communauté et la centralité du patient. Fait à souligner, 4 des 8 principes chevauchent les composantes des soins primaires. La médecine familiale élargit davantage les soins primaires en y ajoutant la prévention, l'orientation axée sur la famille, l'orientation communautaire et la centralité du patient. La prestation des soins cliniques fondée sur ces 8 principes distingue la médecine familiale des autres spécialités médicales²².

Les médecins de famille exercent leur rôle professionnel en donnant des soins, soit directement aux patients ou en travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de la santé en fonction des besoins en matière

de santé et des ressources accessibles dans les communautés où ils travaillent^{22,24}. La médecine familiale est spécifique au contexte; la portée de la formation et de la pratique de chaque médecin de famille varie selon le contexte de son travail, de ses rôles, ainsi que de l'organisation et des ressources du système de santé dans chaque pays²². Il n'existe pas de modèle universel de pratique de la médecine familiale. Par exemple, dans les PMFR et les régions éloignées des PRE où les médecins sont peu nombreux, les médecins de famille peuvent travailler dans des milieux de soins secondaires et effectuer des interventions chirurgicales, comme des césariennes; ils peuvent prendre en charge les traumatismes et s'occuper des soins aux adultes et aux enfants. Dans d'autres contextes, les médecins de famille peuvent être des cliniciens dirigeant des équipes de soins de santé en milieu hospitalier, ou occuper des rôles de leadership ou d'administration au sein de ces équipes²⁵. Étant donné leur diversité et leur envergure, les rôles des médecins de famille chevauchent souvent les secteurs des soins primaires et secondaires (**Figure 1**). Dans de nombreux PRE dotés de ressources humaines suffisantes en santé, ils forment habituellement la pierre angulaire du système de soins primaires, desservent une population connue, et agissent comme intendants de l'accès à des soins plus spécialisés et au reste du système de santé²². Le fait d'avoir des médecins de famille qui dispensent et gèrent les soins primaires augmente la portée des soins fournis aux patients et améliore l'efficacité et l'organisation de la prestation des soins primaires²⁶⁻²⁸.

La médecine familiale continue d'évoluer dans le monde, à des rythmes différents. En 1995, au moins 56 pays avaient élaboré des programmes de formation spécialisée en médecine familiale, et de nombreux PMFR continuent à développer et à implanter des programmes^{22,29}. Une enquête réalisée dans la région Asie-Pacifique a fait valoir que la formation en médecine familiale s'était remarquablement accrue depuis 1995, et que 53% des établissements universitaires avaient signalé offrir un programme postdoctoral de formation clinique en médecine familiale³⁰. Au cours des 20 dernières années, plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne ont mis sur pied des programmes de formation en médecine familiale, dont le Ghana, le Botswana, l'Uganda, le Kenya, le Nigeria et le Lesotho, et, plus récemment, l'Éthiopie, le Malawi et le Zimbabwe^{22,23,31}.

Cela dit, il est évident que les SSP, les soins primaires et la médecine familiale sont 3 secteurs différents, qui pourtant sont très interreliés (**Figure 1**). La médecine familiale est un sous-ensemble des soins primaires dispensés par des médecins de famille. De bons soins primaires sont une composante essentielle d'un système de SSP qui fonctionne bien.

Une discipline en évolution

Au Canada, nous avons vu la médecine de famille évoluer au cours des 50 dernières années, passant du médecin de

famille en solo qui prodiguait des soins primaires à une communauté jusqu'à celui qui travaille au sein d'équipes interdisciplinaires complètes et les gère dans le but d'améliorer l'accès aux soins et leur coordination pour une population bien définie. Nous avons été témoins de cette transition au cours de la dernière décennie, dans plusieurs provinces, avec l'instauration des équipes de santé familiale en Ontario, des groupes de médecine familiale au Québec, des My Health Teams au Manitoba, des réseaux de soins primaires en Alberta et des centres de santé familiale à l'Île-du-Prince-Édouard^{32,33}.

En Ontario, l'évolution se poursuit avec le mandat confié à ses équipes de santé familiale de fournir un continuum coordonné de soins à une population définie, au moyen d'un système intégré de soins primaires et secondaires responsable des soins dispensés³⁴. Les médecins de famille font partie intégrante du développement, de la gestion et de la mise en œuvre des équipes Santé Ontario, étant donné leur rôle pivot dans la prestation et la facilitation de soins fluides pour les patients, de concert avec la santé publique, les soins à domicile, d'autres spécialistes et les hôpitaux.

Les médecins de famille contribuent aussi au renforcement des SSP en plaidant en faveur de changements aux politiques, comme l'accès à des régimes universels d'assurance médicaments, les initiatives pour mettre un terme à la pauvreté, de meilleures solutions de logement pour les itinérants et les personnes en logement précaire, et la prestation de soins à long terme pour les populations vieillissantes.

En 2021, alors que nous songeons à l'avenir de la médecine familiale au Canada, nous pouvons nous attendre à ce que le rôle des médecins de famille continue d'évoluer et soit plus important dans la prestation des soins primaires, renforçant l'intégration avec la santé publique et les soins secondaires, et améliorant l'accessibilité au moyen de la technologie. La pandémie de la COVID-19 a accentué notre capacité de voir le rôle qu'exercent les médecins de famille dans cette évolution des soins de santé. Nous avons été témoins de l'instauration et de l'expansion rapide des cliniques virtuelles³⁵, mais avec précaution par crainte de perdre les innombrables bienfaits des soins en personne³⁶, de l'accroissement de la capacité sur le plan des soins palliatifs et en fin de vie³⁷, et de la réorganisation novatrice des visites nécessaires en personne³⁸. Tous ces accomplissements ont été réalisés de pair avec l'organisation et la prestation des soins requis dans les centres pour la COVID-19, en collaboration avec la santé publique et les centres de soins secondaires³⁹.

Dans les PMFR, nous nous attendons à ce que la trajectoire de la médecine familiale soit unique et spécifique au contexte; par exemple, dans les régions où règnent des pénuries considérables d'effectifs dans le domaine de la santé, le rôle du médecin de famille au moment de la mise en œuvre sera celui de leader clinique et de consultant auprès des travailleurs des soins primaires

non médecins^{25,31}. De fait, nous croyons que les médecins de famille canadiens apprendront des leçons de leurs collègues internationaux sur la façon de mettre en œuvre de manière optimale le transfert des tâches et les soins interdisciplinaires pour élargir la prestation des services sans compromettre la qualité ou augmenter les coûts.

Conclusion

La médecine de famille continue d'évoluer au Canada de manière à soutenir les systèmes de soins primaires et de SSP qui permettent d'atteindre la santé et le bien-être pour tous. À l'échelle mondiale, la médecine familiale prend de l'expansion comme moyen de renforcer les SSP dans les PMFR. Alors que ces initiatives sont implantées et évaluées, il est essentiel de reconnaître les distinctions entre la médecine familiale ou de famille, les soins primaires et les SSP. Il importe aussi de ne pas oublier que la médecine familiale est une discipline en constante évolution, qui entend répondre aux besoins changeants des populations que nous servons.

La **D^{re} Archana Gupta** est médecin de famille et candidate au doctorat à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé de l'Université de Toronto (Ontario). La **D^{re} Carolyn Steele Gray** est scientifique auprès du Bridgepoint Collaboratory for Research and Innovation, à Toronto, et professeure adjointe (statut) à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé de l'Université de Toronto. La **D^{re} Megan Landes** est professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. **M. Sanjeev Sridharan** est leader national des systèmes d'apprentissage et de l'évaluation des systèmes à la Fondation Bill et Melinda Gates à Delhi (Inde). Le **D^r Onil Bhattacharyya** est professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Archana Gupta, courriel : archnagupta@gmail.com

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

Références

1. *Position statement: appropriate use of family medicine terminology*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Accessible à : <https://www.cfp.ca/CFPC/media/Images/News/News%20PDF/Protecting-Family-Medicine-Terms-Position-Statement-Dec-6-19-Web-ENG.pdf>. Réf. du 16 mai 2021.
2. Consultative Council on Medical and Allied Services. *Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 (Lord Dawson of Penn)*. Londres, RU: Ministry of Health; 1920.
3. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1978.
4. *Social determinants of health. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé. Accessible à : <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>. Réf. du 16 mai 2021.
5. *Declaration of Astana*. Astana, Kazakhstan: Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2018. Accessible à : <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>. Réf. du 16 mai 2021.
6. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet* 2018;392(10156):1369.
7. Collège des médecins de famille du Canada. *CFPC Position Statement in support of the Declaration of Astana*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Accessible à : https://www.cfp.ca/uploadedFiles/About_Us/Sadok_Besrouir_Centre_for_Innovation_in_Global_Health/CFPC-Position-Statement-in-Support-of-the-Declaration-of-Astana-ENG.pdf. Réf. du 16 mai 2021.
8. *The World Health Report 2008. Primary health care. Now more than ever*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2008. Accessible à : https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Réf. du 2021 Jul 7.
9. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med* 2010;70(6):904-11. Publ. en ligne du 19 janv. 2010.
10. Perry HB, Sacks E, Schleiff M, Kumapley R, Gupta S, Rassekh BM et coll. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 6. Strategies used by effective projects. *J Glob Health* 2017;7(1):010906.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.

12. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit* 2012;26(Suppl 1):20-6. Publ. en ligne du 21 janv. 2012.
13. Weiss LJ, Bustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742-7.
14. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(5):766-72.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-65.
16. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? *Can J Public Health* 2006;97(5):409-11.
17. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
18. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E et coll. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care* 2011;25(3):167-74. Publ. en ligne du 23 déc. 2010.
19. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage* 2009;32(2):150-71.
20. McWhinney IR. General practice in Canada. *Int J Health Serv* 1972;2(2):229-37.
21. Collings JS. General practice in England today—a reconnaissance. *Lancet* 1950;255(6604):555-85.
22. Kidd M, rédacteur. *The contribution of family medicine to improving health systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors*. 2^e éd. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013.
23. Arya N, Gibson C, Ponka D, Haq C, Hansel S, Dahlman B et coll. Family medicine around the world: overview by region. The Besrouir Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Can Fam Physician* 2017;63:436-41.
24. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D et coll. *The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 1991*. Belgique, Bruxelles: World Organization of Family Doctors; 1991.
25. Mash B, Reid S. Statement of consensus on family medicine in Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2010;2(1):a151.
26. *Continuity of care with family medicine physicians: why it matters*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2015. Accessible à : https://secure.cihi.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_EN.pdf. Réf. du 16 mai 2021.
27. Glazier RH, Moineddin R, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG et coll. *The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions. ICES investigative report*. Toronto, ON: ICES; 2008.
28. Strumpf E, Ammi M, Diop M, Fiset-Laniel J, Touisignant P. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *J Health Econ* 2017;55:76-94. Publ. en ligne du 1^{er} juill. 2017.
29. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M et coll. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Acad Med* 1995;70(5):370-80.
30. Ng CJ, Teng CL, Abdullah A, Wong CH, Hanafi NS, Phoa SSY et coll. The status of family medicine training programs in the Asia Pacific. *Fam Med* 2016;48(3):194-202.
31. Mash R, Howe A, Olayemi O, Makwero M, Ray S, Zerihun M et coll. Reflections on family medicine and primary healthcare in sub-Saharan Africa. *BMJ Glob Health* 2018;3(Suppl 3):e000662.
32. Peckham A, Ho J, Marchildon G. *Rapid review 1. Policy innovations in primary care across Canada*. Toronto, ON: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2018. Accessible à : https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/NAO-Rapid-Review-1_EN.pdf. Réf. du 16 mai 2021.
33. Gutkin C. The future of family practice in Canada. The Patient's Medical Home. *Can Fam Physician* 2011;57:1224 (ang), 1223 (fr).
34. *Ontario Health Teams*. Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians; 2019. Accessible à : <https://www.ontariofamilyphysicians.ca/tools-resources/timely-trending/ontario-health-team-oht-overview>. Réf. du 11 févr. 2019.
35. Bhattacharyya O, Payal A. Adapting primary care to respond to COVID-19 [blogue]. *Can Fam Physician* du 9 avril 2020. Accessible à : <https://www.cfp.ca/news/2020/04/09/04-09-1>. Réf. du 22 juill. 2021.
36. Telner D. Unsticking the pendulum [blogue]. *Can Fam Physician* du 25 août 2020. Accessible à : <https://www.cfp.ca/news/2020/08/25/08-25>. Réf. du 22 juill. 2021.
37. Khosravani H, Steinberg L, Incardona N, Quail P, Perri GA. Symptom management and end-of-life care of residents with COVID-19 in long-term care homes. *Can Fam Physician* 2020;66:404-6.
38. Ferguson KB, Bradford J. A parking-lot injection clinic: an adaptation to the COVID-19 pandemic [blogue]. *Can Fam Physician* du 14 juill. 2020. Accessible à : <https://www.cfp.ca/news/2020/07/14/07-14>. Réf. du 22 juill. 2021.
39. Zimmer R. Primary medical care can help to protect acute care capacity, if properly incorporated into local COVID-19 pandemic preparedness and response [blogue]. *Can Fam Physician* du 14 avr. 2020. Accessible à : <https://www.cfp.ca/news/2020/04/14/04-14>. Réf. du 22 juill. 2021.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2021;67:656-60. DOI: 10.46747/cfp.6709656

This article is also in English on page 647.