

# Nous deux

Jessica Fulton MD CCFP, BOURSIÈRE EN RÉDACTION

Tout bon scénario comprend quelques heurts, et je pense que les vieux films westerns en sont les meilleurs exemples. Les scènes nous mettent dans l'esprit— avec les rues empoussiérées, les bâtisses de bois construites à la hâte et les villageois qui survivent à peine dans cette région de la nouvelle frontière. Des tensions surviennent inévitablement et les meneurs s'affrontent sur la rue principale parce que « cette ville est trop petite pour nous deux ».

C'est parfois semblable en médecine. D'un côté de la rue poussiéreuse, un gastro-entérologue et un chirurgien se tiennent prêts à dégainer leurs armes privilégiées, l'endoscope et le scalpel. De l'autre côté se trouvent un médecin de famille et un hospitalier, le premier portant la main à son étui où sont brodées en or les lettres FIFE\* et l'autre brandissant un plan de congé complet. L'ironie c'est que les opposants travaillent en réalité pour une même cause - la santé des villageois - ce qui exige un travail d'équipe.


Le vieux proverbe « L'union fait la force » s'applique à la fois à ceux qui essaient de survivre à la nouvelle frontière et à la médecine. Chez les omnipraticiens, on reconnaît que l'esprit d'équipe améliore les soins aux patients<sup>1</sup> et l'efficacité de l'équipe<sup>2</sup>. L'amélioration du travail d'équipe entre généralistes a fait l'objet de récentes recherches. Howard et coll. (page e185) ont étudié des équipes de santé familiale en Ontario et observé que le leadership, la culture et l'utilisation plus poussée des capacités des dossiers médicaux électroniques étaient associés à un meilleur climat de travail dans les pratiques d'omnipraticiens<sup>3</sup>. Par ailleurs, les soins complets exigent des généralistes et des spécialistes<sup>4</sup>.

La division culturelle entre généralistes et spécialistes existe en médecine depuis la Grèce antique<sup>5</sup>, mais elle s'est accrue davantage avec la surspécialisation. Manca et coll. (page 576) décrivent la culture des spécialistes comme étant axée sur la technologie, les concepts et les détails particuliers des maladies et des organes<sup>6</sup>. Ils font valoir que la culture médicale spécialisée délimite les champs d'intérêt et d'expertise en limitant l'accès à de précieuses ressources, en établissant des frontières et en socialisant avec les autres en fonction de leur domaine de compétence. D'autre part, les généralistes traitent à la fois des maladies différenciées et indifférenciées, et sont centrés sur le patient et non sur la maladie. En fonction de cette description, je suis contente d'être généraliste, mais je crois que la question va plus loin. Les généralistes se fient aux spécialistes pour faire des chirurgies et

des interventions très spécialisées et prendre en charge des maladies très rares. Par ailleurs, plus le fossé culturel se creuse, plus la tension monte entre les factions.

Malheureusement, les patients ne sont pas épargnés par cette tension. Les patients consultent souvent leur médecin de famille après le spécialiste, au sujet du plan thérapeutique proposé. Cela est flatteur, mais avons-nous aidé les patients en ne manifestant pas notre confiance envers nos collègues spécialistes pour qu'ils se sentent entre bonnes mains avec eux? Cela peut retarder des investigations et des traitements importants et gruger inutilement les ressources en santé déjà limitées.

Réciproquement, un patient peut nous aborder en disant: «J'ai seulement besoin que vous fassiez une demande de consultation». Après quelques questions préliminaires, le patient interrompt: «Sans vouloir vous offenser, vous n'êtes pas spécialiste. Je veux voir un [nommer le spécialiste].» Les médecins de famille choisissent d'être généralistes et ont la capacité de trier les problèmes, de rassurer le patient dans l'immédiat et de faciliter les demandes de consultation, si elles s'imposent. Peut-être que ce patient a déjà vu un spécialiste qui n'a pas non plus manifesté sa confiance envers les généralistes. La méfiance des patients est une source de frustration pour les médecins des deux côtés de la rue poussiéreuse, et elle sert à creuser le fossé entre spécialistes et généralistes, au détriment de nos patients. Comme le laissent entendre Manca et ses collègues, la relation médecin-médecin pourrait être aussi importante que la relation médecin-patient dans la prestation de soins de qualité et l'amélioration de l'efficacité du système de santé<sup>6</sup>. Il est essentiel de promouvoir une culture inclusive dans la profession médicale, qui valorise autant les spécialistes que les généralistes et insiste sur la collaboration, pour améliorer les relations médecins-médecins.

Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reconnaissent l'importance de cette relation<sup>7,8</sup>, et des recherches sont en cours pour améliorer cette interaction. François (page 574), par exemple, a élaboré un outil pour évaluer la qualité des consultations et des demandes de consultation en médecine familiale<sup>9</sup>. Grâce aux efforts constants des généralistes et des spécialistes, l'écart entre nos cultures pourra s'atténuer. Même si l'ajustement peut être difficile, les gains seront considérables. Ce village a besoin de nous deux et les villageois profiteront de la paix et de la sécurité qui en résultent. 

**Intérêts concurrents**  
Aucun déclaré

**Références à la page 525.**

\*Acronyme en anglais pour Feelings, Ideas, Function, Expectations, un moyen mnémotechnique dans une entrevue centrée sur le patient.

This article is also in English on page 525.