



Leçons tirées de l'expérience de nos voisins

Jennifer L. Hall MSc MD CCMF FCMF

A lors que mon année à la présidence du CMFC tire à sa fin, je fais un retour sur la merveilleuse occasion qui m'a été offerte. Que ce soit dans des réunions, aux assemblées scientifiques annuelles provinciales ou au FMF, votre dévouement envers les soins aux patients et votre volonté d'améliorer le système de santé sont universels, même si les contextes dans lesquels vous exercez sont très différents.

J'ai aussi entendu cette passion et ces mêmes convictions de médecins de famille à l'étranger. Cet automne, j'ai assisté au congrès de l'*American Academy of Family Physicians* (AAFP) aux É.-U. Les similitudes entre nos deux organisations sont marquantes, malgré les différences qui séparent nos deux systèmes de soins.


Pour l'AAFP, le nombre d'étudiants diplômés des facultés de médecine américaines qui choisissent la médecine familiale (MF) comme option de carrière est une préoccupation importante. En 2016, 8,7% des étudiants en médecine avaient obtenu un poste en MF selon le jumelage de l'AAFP, ce qui représentait une légère hausse (0,3%) par rapport aux résultats de 2015. Au Canada, 36,2% des étudiants en médecine ont choisi la médecine familiale en 2016, soit une légère baisse par rapport à 2015. Je sais qu'aux États-Unis, on considère souvent des disciplines comme la médecine interne et la pédiatrie comme des disciplines de soins primaires. De ce fait, les étudiants qui s'intéressent aux soins primaires dans certains groupes démographiques pourraient opter pour l'une de ces. Cela dit, nous devons nous réjouir de nos données tout en gardant à l'esprit le risque pour notre discipline et en reconnaissant qu'à moins de constamment souligner la valeur de la MF, il pourrait être difficile de maintenir un niveau d'intérêt élevé en sa faveur. Promouvoir sans relâche la valeur de la médecine familiale et des soins complets, globaux et continus aux yeux de tous les intervenants, y compris des étudiants en médecine, est une priorité dans notre pays.

Lorsque les étudiants s'inscrivent dans un programme de résidence en MF, les compétences qu'ils acquièrent pour répondre aux besoins des communautés dans lesquelles ils pratiquent ont aussi de l'importance. À cette même réunion de l'AAFP, j'ai rencontré un groupe qui discutait de la formation en milieu rural. La teneur de ces discussions n'était pas si différente des nôtres. Les principaux sujets portaient sur des occasions d'apprendre et d'appliquer les compétences requises par les médecins de famille qui travaillent en milieu rural, ainsi que le recrutement des diplômés en MF pour exercer dans ces régions. Dans un contexte où le nombre de médecins de famille issus des programmes de résidence est relativement bas, les préoccupations de nos collègues américains sont fondées. Ces préoccupations font également l'objet de discussions au

Canada. Récemment, les recommandations du Groupe de travail collaboratif pour faire avancer la médecine familiale rurale ont été approuvées par les conseils d'administration du CMFC et de la Société de la médecine rurale du Canada. Pour que les intervenants clés gardent ces recommandations en tête de liste, un sommet sur les soins de santé ruraux aura lieu en février 2017 afin de présenter la feuille de route pancanadienne pour l'action et étudier des façons de faire progresser ces initiatives.

Autre grande préoccupation pour l'AAFP: l'élan vers la prestation de soins complets, globaux et continus aux patients par les médecins de famille. Comme au Canada, les membres de l'AAFP sont confrontés à de fortes pressions externes des bailleurs de fonds pour répondre aux besoins de leurs communautés de manière rentable et réfléchie. Aux É.-U., on s'éloigne des systèmes de rémunération en fonction du volume au profit d'un système fondé sur la valeur. On reconnaît que l'adoption du modèle du *Patient-centered medical home* de l'AAFP favorisera la globalité des soins, un meilleur accès et de meilleurs résultats sur la santé. La satisfaction professionnelle est un avantage de ce modèle, avec de famille qui pratiquent dans toute la mesure de leurs compétences. De plus, ce modèle permet une utilisation plus efficace des ressources et donne aux praticiens l'occasion de se préparer en vue des nouveaux programmes de rémunération améliorés qui récompensent le mérite et la responsabilité. Malgré des différences marquées entre les deux systèmes, bon nombre des concepts américains peuvent être appliqués à la réalité canadienne. Les leçons tirées de l'expérience américaine peuvent nous aider à actualiser le Centre de médecine de famille du CMFC pour tenir compte de l'information et des données probantes survenues depuis son lancement en 2011.

L'une des priorités du CMFC est de soutenir les médecins de famille pour qu'ils offrent des soins complets, globaux et continus dans toute la mesure de leurs compétences, avec un accès rapide à des soins appropriés pour les patients dans un environnement interprofessionnel. La mise au point du modèle du Centre de médecine de famille et la poursuite de la recherche qui démontre son efficacité sont importantes pour l'avenir.

Une différence manifeste entre les défis et les visions du CMFC et de l'AAFP a retenu mon attention: le plaidoyer sincère du Dr Doug Henley, chef de la direction de l'AAFP, pour que tous les Américains aient accès aux soins de santé. C'est certainement un point de départ bien différent du nôtre, ce qui devrait nous donner une longueur d'avance dans nos efforts pour améliorer les soins. J'ai pu constater le travail de plusieurs d'entre vous et j'ai entendu vos réflexions et vos idées. Les médecins de famille sont bien placés pour fortement influencer ces changements. 

This article is also in English on page 941.