Faire le point

David White MD CCMF FCMF

Le Nouvel An est traditionnellement le moment de prendre des résolutions et de réfléchir à des moyens d'améliorer nos vies de façon importante ou modeste. En tant que médecins de famille, nous connaissons tous des patients qui nous disent qu'ils cesseront de fumer, commenceront à faire de l'exercice, mangeront plus sainement… dès le 1er janvier. Sur le plan personnel, nous prévoyons probablement faire un peu la même chose, y compris prendre rendez-vous pour un examen médical pour nous-mêmes, nous rattraper dans notre formation continue, respecter l'horaire des rendez-vous au bureau (et rentrer à la maison pour retrouver notre famille à la fin de la journée).

Mais, dans un sens plus profond, la nouvelle année est une occasion de réfléchir et de faire le point. Tout comme nous examinons notre situation personnelle, nous avons aussi l'occasion de réfléchir à l'état de notre discipline. Dans plusieurs régions du pays, les médecins de famille se sentent assiégés. Des honoraires stagnants ou réduits, l'augmentation des coûts, la complexité croissante de la pratique, une réglementation accrue et la compression progressive des ressources en soins de santé sont tous des facteurs qui ont des répercussions autant sur nos patients que sur notre qualité de vie en tant que praticiens.

Pour nous médecins de famille, notre défi particulier est l'amélioration constante de notre expertise en tant que généralistes offrant des soins complets et globaux. La médecine familiale est reconnue comme une spécialité… d'une énorme portée. Reconnaître *l'expertise* des médecins de famille peut être difficile, surtout en comparant nos tâches particulières avec celles de ceux qui se spécialisent dans un domaine donné[1]. Et pourtant, nos collègues spécialistes, et de plus en plus nos leaders en santé, conviennent que pour améliorer les résultats de santé des patients, il faut de bons médecins de famille

This article is also in English on **page 77.**

La qualité des soins est souvent mesurée par le respect des lignes directrices. Stange et Ferrer ont défini « le paradoxe des soins primaires » ainsi :

> Le paradoxe est que, comparativement aux soins spécialisés ou aux systèmes dominés par les soins spécialisés, les soins primaires sont associés à : 1) des soins perçus comme étant de moindre qualité pour certaines maladies mais ; 2) un état de santé fonctionnel similaire à moindre coût pour les personnes atteintes de maladies chroniques et ; 3) une meilleure qualité, une meilleure santé, une plus grande équité et un coût moindre pour la personne dans son intégralité et pour les populations entières.[2]

Au niveau du système, Barbara Starfield et ses collaborateurs ont démontré que des soins primaires de meilleure qualité sont associés à de meilleurs résultats.[3-7] Aider les médecins de famille à être des spécialistes des soins primaires complets et globaux est la raison pour laquelle notre Collège défend des thèmes diversifiés, mais interreliés, comme une meilleure formation continue grâce à Mainpro+, la création d'équipes de soins primaires selon le modèle du Centre de médecine de famille et les certificats de compétence additionnelle. Ces activités appuient personnellement les médecins, mais exigent aussi un plaidoyer au niveau des politiques pour veiller à ce que nos collègues, les institutions et les bailleurs de fonds contribuent à une médecine familiale robuste en tant que pilier des soins de santé de qualité pour les Canadiens et Canadiennes.

Références

1. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004;79(10 Suppl):S70-81.
2. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7(4):293-9.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
4. 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.
5. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37(3):529-50.
6. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-18.
7. Starfield B. Primary care visits and health policy. *CMAJ* 1998;159(7):795-6.