

Strengthening the foundation: the physician's vital role in primary health care in Canada

David J. Walters, MA, MD, CCFP; Millicent Toombs, BA, MHA; Lorne A. Rabuka, MD

Une traduction française intégrale suit cet éditorial.

A renewed commitment to primary health care, a community approach to health care delivery, a focus on wellness — these and similar expressions have featured prominently in recent plans to reform Canada's health care system. Policymakers hope that an increased commitment to primary care will help maintain Canada's high-quality system at a reasonable cost. Salient elements of reform plans include the following.

- Greater emphasis on prevention and health promotion.
- Encouragement of community health care centres and other alternatives to traditional practice settings.
- Encouragement of multidisciplinary care teams.
- Enhanced roles for nurses and other health care providers.

At the same time, many health care professionals claim an increased role in service delivery, promoting themselves as providers of low-cost, wellness-oriented primary care.

To address these issues the CMA recently published *Strengthening the Foundation: the Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*.¹ This report was prepared with the assistance of a working group formed in the fall of 1992 under the chairmanship of one of the authors of this editorial (L.A.R.), who is a member of the CMA Council on Health Care. The group included representatives of the College of Family Physicians of Canada, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the Canadian Association of Internes and Residents. The working group's recommendations were widely reviewed by members of

CMA's divisions and affiliated organizations and by independent reviewers. Other avenues of review were a CMA survey of over 100 key informant organizations, discussion during a strategic-issue session at the 1993 CMA General Council meeting and a questionnaire distributed to council delegates. The delegates expressed the following.

- Overwhelming support for the family physician as a point of entry to the health care system and some agreement that specialists and nurse practitioners could be entry points under certain circumstances.
- Support for the concept of multidisciplinary care, especially with the physician as a team leader or case coordinator.
- Agreement that prevention and health promotion are important in primary medical care.
- Strong opinion that the CMA and other medical organizations should make public statements reinforcing the role of physicians as primary care providers.

The report's recommendations were approved by the CMA Board of Directors in December 1993. The following are some of the main points.

Canada has developed a strong primary health care system that uses the skills and experience of a number of professionals. The primary medical care that physicians provide is a vital component of primary health care and is the foundation of Canada's health care system. The report defines primary medical care as follows.

Primary medical care consists of first-contact assessment of a patient and the provision of continuing care for a wide range of health concerns. The scope of primary medical care includes the diagnosis, treatment and management of health problems, prevention and health promotion, and ongoing support, with family and community intervention where needed.²

Dr. Walters is director and Ms. Toombs project manager, CMA Department of Health Care and Promotion. Dr. Rabuka is a general practitioner in Prince Albert, Sask., and chairman of the Working Group on Primary Care.

Reprint requests to: Ms. Millicent Toombs, Department of Health Care and Promotion, Canadian Medical Association, PO Box 8650, Ottawa, ON K1G 0G8; fax (613) 731-9013

Table 1: Recommendations from the report *Strengthening the Foundation: the Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*¹

1. Family physicians, on the basis of their education, training and skills, should be the preferred point of entry into Canada's health care system.
2. Each Canadian should have access to, and be encouraged to select, a personal family physician who is able to provide continuity of care.
3. Because of their education and skills family physicians should continue to be the preferred case coordinators for the delivery of primary medical care in Canada.
4. Physicians and patients should be familiar with the guidelines for referral to specialist services, as outlined in the *Report of the Task Force on the Relationship between Family Physicians and Specialist/Consultants*, by the College of Family Physicians of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.³
5. Primary care physicians should be familiar with health and social service resources outside the medical care system.
6. The family physician's role should include (a) provider of patient care, encompassing diagnosis, treatment and prevention of disease, health promotion through individual and family counselling, maternal and child care (including obstetrics), emergency care, psychosocial counselling, rehabilitative and palliative services, and advocacy within the health care system, (b) case coordinator and resource manager, (c) public advocate for health and promoter of health within the community and the workplace, (d) lifelong learner, (e) educator of medical and other professions and (f) researcher and generator of new knowledge.
7. Physicians and medical organizations should document their interventions related to health promotion.
8. Physicians should continue to enhance their involvement in community health promotion initiatives such as heart-health and injury-prevention programs.
9. Remuneration arrangements should recognize the practice of health promotion, preventive counselling and related activities in primary medical care.
10. The health care system should address services related to special health needs in the community, and primary care physicians should continue to enhance their involvement in the design and delivery of these services.
11. Family physicians should be encouraged to be leaders in medical education, and medical schools should continue to include primary care education and research as strong components of their curricula at the undergraduate and postgraduate levels.
12. Medical schools should prepare students for a multi-dimensional role by providing training in communication skills, a comprehensive view of medicine and knowledge of resources for health outside the medical sector.
13. The appropriate provision of physician services to underserved areas should be addressed through appropriate education, incentives to recruit and retain physicians, and support, such as locum services and assistance with continuing medical education, to practitioners in underserved areas.
14. Physicians and medical organizations should be actively involved in formulating and monitoring plans for health system reform at the federal, provincial or territorial, regional and municipal levels.
15. Health service delivery organizations should involve family physicians in the provision of services.
16. Health service delivery organizations should encourage patients to establish a professional relationship with a primary care physician.
17. Studies should be undertaken to assess the impact of alternative health service delivery organizations on quality, continuity and cost-effectiveness of care.
18. Collaborative research projects should be undertaken to assess the comparative quality, cost-effectiveness and health outcomes of primary care provided by physicians and other health care professionals; medical organizations should initiate and be involved in such research.
19. Episodic care services should assist in maintaining continuity through consistent maintenance of patient records, communication with patients' family physician and collaboration with other elements of the health care network; such services should also ensure continuing medical education for physicians in their employment.
20. Family physicians should organize their practices to ensure continuity of care by providing after-hours coverage and group on-call systems.
21. The concept of multidisciplinary care should continue to be addressed and encouraged where appropriate.
22. Research should continue into the effects of the multidisciplinary approach on health outcomes and costs.
23. Guidelines and operational goals should be developed for all members of the health care team, and systems should be developed to assist in the monitoring of such goals to maintain accountability.
24. The accountability of the medical profession should be retained with respect to the patient, the community and society, licensing bodies and professional colleges, and other colleagues and team members, in recognition of the complexity of today's health care needs and the complementary roles of other professions.
25. Further research should be undertaken into the effect of physician sex on practice patterns and on the delivery of primary medical care.
26. Physicians' organizations should encourage physicians who are women or members of other under-represented groups, such as aboriginal people, to take leadership roles in education, administration and medical organization activity.
27. The continuing education of primary care physicians should include evaluation of practice and quality management skills.
28. Medical associations and peer-review organizations should continue to develop programs to assist physicians in evaluating their practices and in quality management.
29. Enhanced information systems for primary care, including patient-management software, should continue to be developed to promote improved health care quality, effective patient management and efficient use of resources.
30. Education of family medicine residents in primary care research methods should be continued and encouraged.
31. Funding bodies should support primary care research.

There is consensus that primary care is best provided by a physician educated in comprehensive care who is able to coordinate care cost-effectively and collaborate with medical specialists and other health care providers when appropriate for the best interests of the patient. The family physician assumes responsibility for primary health care in most cases, although in some locations and circumstances specialists such as pediatricians and emergency physicians may provide such care.³

Primary medical care is described as follows.

- First-contact (the primary care physician is usually the first health care professional with whom the patient consults).

- Continuing (care provided over long periods by physicians who come to know their patients as unique human beings with unique family or social circumstances).

- Coordinated (the primary care physician works with specialists, nurses, physiotherapists, pharmacists and other health care professionals to deliver the best possible care).

- Comprehensive (care that covers many areas, including the diagnosis and treatment of disease, prevention, health promotion, rehabilitation, counselling, advocacy and participation in community health programs).

The report's 31 recommendations are listed in Table 1.¹ The CMA will continue to be involved in the issue of primary medical care and its role in Canada's health care system. Current and planned initiatives include research into the cost-effectiveness of such care, discussion with nurses, psychologists and other professionals on multi-disciplinary care and enhancement of how physicians provide preventive services.

There is little question that health care reform will have an effect on primary medical care. The CMA wishes this to be a positive effect. The CMA report will provide the association and its divisions and affiliated organizations with policy direction for ongoing discussion about primary health care reform and will help individual physicians deal with the effects of a changing health care system on their practices. [Copies of the report are available from Membership Services, Canadian Medical Association, PO Box 8650, Ottawa, ON K1G 0G8; tel (800) 267-9703, fax (613) 731-1779.]

References

1. Working Group on Primary Care: *Strengthening the Foundation: the Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*, Canadian Medical Association, Ottawa, 1994
2. Working Group on Primary Care: *Strengthening the Foundation: the Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*, Canadian Medical Association, Ottawa, 1994: executive summary
3. *Report of the Task Force on the Relationship between Family Physicians and Specialist/Consultants*, College of Family Physicians of Canada and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, 1993

Conferences continued from page 825

Mar. 29, 1994: Kellogg Nutrition Symposium (sponsored by Kellogg Canada Inc.)

Toronto

Liz Routliffe, Kellogg Nutrition Symposium, 6700 Finch Ave. W, Etobicoke, ON M9W 5P2; tel (416) 675-5296

Apr. 2, 1994: International Symposium on Neurofibromatosis (cosponsored by the International Neurofibromatosis Association)

Hong Kong

Ms. Francine Morris, National Neurofibromatosis Foundation, Ste. 7-S, 141 5th Ave., New York, NY 10010-7105; tel (212) 460-8980, fax (212) 529-6094

Apr. 5-7, 1994: Ovarian Cancer: Screening, Treatment and Follow-up — a National Institutes of Health Consensus Development Conference

Bethesda, Md.

Conference registrar, Technical Resources, Inc., 3202 Tower Oaks Blvd., Rockville, MD 20852; tel (301) 770-3153, fax (301) 468-2245

Apr. 6, 1994: Nonsteroid Anti-inflammatory Treatment of Asthma Symposium (precedes the Eastern Allergy Conference/Southwest Allergy Forum)

Palm Beach, Fla.

Study credits available.

Allergy Proceedings, 95 Pitman St., Providence, RI 02906

Apr. 14-16, 1994: 3rd Canadian Congress on Utilization and Quality Management: Quality Breakthroughs in Hard Times (cosponsored by the Canadian Hospital Association, the CMA, the Canadian Nurses Association, the Hospital Medical Records Institute and the MIS Group)

Montreal

Guest speakers: Stephen Lewis and Nancy Betkowski

Professional Services, Canadian College of Health Service Executives, 402-350 Sparks St., Ottawa, ON K1R 7S8; tel (800) 363-9056 or (613) 235-7218, fax (613) 235-5451

Du 14 au 16 avr. 1994 : 3^e congrès canadien sur l'utilisation et la qualité de l'information de gestion : Assurer la qualité en période difficile (coparrainé par l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'AMC, le Hospital Medical Records Institute et le Groupe MIS)

Montréal

Conférenciers invités : Stephen Lewis et Nancy Betkowski

Services professionnels, Collège canadien des directeurs des services de santé, 402-350, rue Sparks, Ottawa, ON K1R 7S8; tél (800) 363-9056 ou (613) 235-7218, fax (613) 235-5451

continued on page 852

Consolider la base : le rôle vital du médecin dans les soins de santé primaires au Canada

David J. Walters, MA, MD, CCFP; Millicent Toombs, BA, MHA; Lorne A. Rabuka, MD

Engagement renouvelé envers les soins de santé primaires, prestation communautaire des soins de santé, orientation vers le mieux-être : toutes ces expressions et d'autres semblables sont en vedette dans les plans récents de réforme du système de soins de santé du Canada. Les décideurs espèrent qu'un plus grand engagement envers les soins primaires aidera à maintenir le système de grande qualité du Canada à un coût raisonnable. Les plans de réforme visent notamment à :

- Mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé.
- Encourager les centres de soins de santé communautaires et d'autres solutions de rechange aux contextes classiques de la pratique.
- Encourager les équipes de soins multidisciplinaires.
- Améliorer le rôle des infirmiers et infirmières et des autres fournisseurs de soins de santé.

En même temps, de nombreux professionnels des soins de santé revendiquent un rôle accru dans la prestation des services, affirmant qu'ils peuvent fournir des soins primaires peu coûteux et axés sur le mieux-être.

Afin de répondre à ces questions, l'AMC a publié récemment un document intitulé *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada*¹. Ce rapport a été préparé avec l'aide d'un groupe de travail créé à l'automne de 1992 et présidé par un des auteurs du présent éditorial (L.A.R.), qui est membre du Conseil des soins de santé de l'AMC. Le groupe de travail était constitué de représentants du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'Association canadienne des médecins résidents et internes. Des membres des divisions de l'AMC et de ses sociétés affiliées, ainsi que des examinateurs indépendants, ont étudié les recommandations du groupe de travail. L'AMC a aussi effectué un sondage auprès de plus de 100 organismes-ressources clés, organisé une discussion au cours d'une séance d'étude stratégique à l'assemblée de 1993 du Conseil général de l'AMC et distribué un

questionnaire aux délégués. Les délégués ont exprimé les avis suivants :

- La grande majorité estiment que le médecin de famille doit constituer le point d'entrée dans le système de soins de santé et certains reconnaissent que les spécialistes et les praticiens des soins infirmiers pourraient jouer un rôle de point d'entrée dans certaines circonstances.
- On appuie le concept des soins multidisciplinaires, particulièrement lorsque le médecin agit comme chef d'équipe ou coordonnateur de cas.
- On reconnaît que la prévention de la maladie et la promotion de la santé jouent un rôle important dans les soins médicaux primaires.
- On est fermement convaincu que l'AMC et d'autres organisations médicales devraient produire des déclarations publiques pour renforcer le rôle des médecins comme fournisseurs de soins primaires.

Le Conseil d'administration de l'AMC a approuvé les recommandations contenues dans le rapport en décembre 1993. Voici certains des principaux points.

Le Canada a créé un solide système de soins de santé primaires qui met à contribution les compétences spécialisées et l'expérience de divers professionnels. Les soins médicaux primaires que fournissent les médecins sont un élément constituant vital des soins de santé primaires et la base du système des soins de santé du Canada. Dans le rapport, on définit comme suit les soins médicaux primaires.

Les soins médicaux primaires comportent l'examen d'un patient lors du premier contact et la prestation de soins continus portant sur un large éventail de problèmes de santé. Les soins médicaux primaires comprennent le diagnostic et le traitement de problèmes de santé, la prise en charge du patient, la prévention de la maladie et la promotion de la santé, de même que l'appui soutenu, avec intervention des membres de la famille et de la communauté au besoin².

On s'entend pour dire que c'est un médecin qui a reçu une formation en soins complets qui est le mieux capable de coordonner les soins d'une façon rentable et

Le Dr Walters est directeur du Département des soins et de la promotion de la santé de l'AMC et M^{me} Toombs y est chargée de projet. Le Dr Rabuka est omnipraticien à Prince-Albert (Sask.) et président du Groupe de travail sur les soins primaires.

Demandes de tirés à part : M^{me} Millicent Toombs, Département des soins et de la promotion de la santé, Association médicale canadienne, CP 8650, Ottawa, ON K1G 0G8; fax (613) 731-9013

Tableau 1 : Recommandations tirées du rapport intitulé *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada*¹

1. Qu'à cause de leur éducation, de leur formation et de leurs connaissances spécialisées, les médecins de famille constituent le point d'entrée privilégié du système de soins de santé du Canada.
2. Que chaque Canadien ait accès à un médecin de famille personnel capable de lui assurer des soins continus et soit encouragé à en choisir un.
3. Qu'à cause de leur éducation et de leurs connaissances spécialisées, les médecins de famille demeurent les coordonnateurs idéals de cas en ce qui concerne la prestation des soins médicaux primaires au Canada.
4. Que les médecins et les patients connaissent bien les lignes directrices relatives à l'aiguillage vers des services de spécialistes énoncées dans *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé* du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada².
5. Que les médecins de première ligne connaissent bien les ressources des services de santé et des services sociaux qui existent en dehors du système de soins médicaux.
6. Que le médecin de famille joue notamment les rôles suivants : (a) fournisseur aux patients de soins qui comprennent le diagnostic, le traitement et la prévention de la maladie, la promotion de la santé par des conseils à l'individu et à la famille, les soins à la mère et à l'enfant (y compris les soins obstétriques), les soins d'urgence, les conseils psycho-sociaux, la réadaptation et les soins palliatifs, la défense au sein du système de soins de santé, (b) coordonnateur de cas et gestionnaire de ressources, (c) défenseur public de la santé et promoteur de la santé au sein de la communauté et en milieu de travail, (d) perpétuel apprenant, (e) éducateur des professions médicales et autres et (f) chercheur et générateur de connaissances nouvelles.
7. Que les médecins et les organisations médicales documentent leurs interventions dans le domaine de la promotion de la santé.
8. Que les médecins continuent de participer davantage à des initiatives communautaires de promotion de la santé comme les programmes de santé cardiaque et de prévention des blessures, par exemple.
9. Que les modes de rémunération reconnaissent la pratique de la promotion de la santé et le counselling de prévention, de même que les activités connexes dans le domaine des soins médicaux primaires.
10. Que le système de soins de santé envisage des services destinés à répondre à des besoins spéciaux de la communauté dans le domaine de la santé, et que les médecins de première ligne continuent de participer davantage à la conception et à la mise en oeuvre de ces services.
11. Que l'on encourage les médecins de famille à agir en chefs de file de l'éducation médicale et que les facultés de médecine continuent de veiller à ce que leurs programmes d'études au niveau du premier cycle et à celui des études postdoctorales comportent un solide volet de formation en soins primaires.
12. Que les facultés de médecine préparent les étudiants à jouer un rôle multidimensionnel en leur donnant de la formation en techniques de communication, en leur inculquant une perspective complète de la médecine et en leur fournissant des connaissances sur les ressources du domaine de la santé qui existent en dehors du secteur médical.
13. Que l'on fournisse les services médicaux dont ont besoin les régions mal desservies par une éducation appropriée, des incitations permettant de recruter et de conserver les médecins dans ces régions, ainsi que des services d'appui comme les services de remplaçants et d'aide à l'éducation médicale continue aux praticiens des régions mal desservies.
14. Que les médecins et les organisations médicales participent activement à l'élaboration et au contrôle de plans de réforme du système de santé aux niveaux du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires, des régions et des municipalités.
15. Que les médecins de famille participent à la prestation des services fournis par les organismes de prestation de services de santé.
16. Que les organismes de prestation de services de santé encouragent les patients à établir une relation professionnelle avec un médecin de première ligne.
17. Que l'on entreprenne des études au sujet de l'impact que les organismes parallèles de prestation de services de santé ont sur la qualité, la continuité et la rentabilité des soins.
18. Qu'on lance des projets de recherche en collaboration pour comparer la qualité, la rentabilité et les résultats des soins primaires fournis par les médecins et d'autres professionnels de la santé, et que des organisations médicales lancent de telles études et y participent.
19. Que les services de soins ponctuels aident à maintenir la continuité par la tenue de dossiers uniformes sur les patients, la communication avec le médecin de famille du patient et la collaboration avec d'autres éléments du réseau des soins de santé, et que ces services assurent aussi l'éducation médicale continue des médecins qu'ils emploient.
20. Que les médecins de famille organisent leur pratique de façon à assurer la continuité des soins en fournissant des services après les heures normales et des systèmes de garde collective.
21. Que l'on continue d'examiner et d'encourager au besoin le concept des soins multidisciplinaires.
22. Que l'on poursuive les recherches au sujet des effets de la démarche multidisciplinaire sur les résultats et les coûts dans le domaine de la santé.
23. Que l'on élabore des lignes directrices et des objectifs opérationnels pour tous les membres de l'équipe de soins de santé et que l'on mette au point et utilise des systèmes d'appui à la surveillance de tels buts afin de maintenir l'obligation de rendre des comptes.
24. Que l'on maintienne la responsabilité de la profession médicale à l'égard du patient, de la communauté et de la société, des ordres de médecins et des collèges professionnels, des collègues et des membres de l'équipe, compte tenu de la complexité des besoins actuels dans le domaine des soins de santé et des rôles complémentaires que jouent d'autres professions.
25. Que l'on entreprenne d'autres recherches sur l'effet qu'a le sexe du médecin de famille sur les tendances de la pratique et sur la prestation de soins médicaux primaires.
26. Que les associations de médecins encouragent les femmes médecins et les membres d'autres groupes sous-représentés, comme les autochtones, par exemple, à jouer un rôle de chef de file dans les domaines de l'éducation, de l'administration et de l'organisation médicale.
27. Que l'éducation continue des médecins de première ligne comprenne l'évaluation de la pratique et des techniques de gestion de la qualité.
28. Que les associations médicales et les organisations d'examen par les pairs continuent d'élaborer des programmes afin d'aider les médecins à évaluer leur pratique et leur gestion de la qualité.
29. Que l'on continue de mettre au point des systèmes améliorés d'information dans le domaine des soins primaires, y compris des logiciels de gestion des patients en clinique, afin de promouvoir des soins de santé de plus grande qualité, une gestion efficace des patients et l'utilisation efficiente des ressources.
30. Que l'on continue de donner aux résidents en médecine familiale une formation en méthodologie de la recherche sur les soins primaires et qu'on encourage cette formation.
31. Que les organismes subventionnaires appuient la recherche sur les soins primaires.

de collaborer avec des spécialistes médicaux et d'autres fournisseurs de soins de santé au besoin, dans le meilleur intérêt du patient et qui est le plus en mesure de fournir ces soins. Les médecins de famille assurent la responsabilité des soins médicaux primaires dans la plupart des cas, même si, à certains endroits et dans certaines circonstances, ces soins peuvent être fournis par des médecins spécialistes comme les pédiatres et les urgentistes, par exemple³.

On décrit ainsi les soins médicaux primaires :

- Premier contact (le médecin de première ligne est habituellement le premier professionnel de la santé que le patient consulte).

- Continuité (soins fournis pendant des périodes prolongées par des médecins qui en viennent à connaître leurs patients comme des êtres humains uniques dont les circonstances familiales et sociales sont particulières).

- Coordination (le médecin de première ligne collabore avec des médecins spécialistes, des infirmiers et infirmières, des physiothérapeutes, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé afin de fournir les meilleurs soins possible au patient).

- Intégralité (englobe de nombreux aspects dont le diagnostic et le traitement de la maladie, la prévention de la maladie, la promotion de la santé, la réadaptation, les conseils, la défense des intérêts des patients et la participation à des programmes de santé communautaires).

Le tableau 1 contient les 31 recommandations du rapport¹. L'AMC continuera de s'intéresser à la question des soins médicaux primaires et à leur rôle dans le système de soins de santé du Canada. Parmi les initiatives

en cours et prévues, mentionnons les recherches sur la rentabilité de ces soins, des discussions avec des praticiens des soins infirmiers, des psychologues et d'autres professionnels au sujet des soins multidisciplinaires et de l'amélioration de la prestation de services de prévention par les médecins.

La réforme des soins de santé aura inévitablement des répercussions sur les soins médicaux primaires. L'AMC souhaite que ces répercussions soient favorables. Le rapport de l'AMC fournira à l'association et à ses divisions et sociétés affiliées une orientation de principe qui servira aux discussions courantes sur la réforme des soins de santé primaires et aidera chaque médecin en particulier à faire face aux retombées de l'évolution du système de soins de santé sur sa pratique. [Pour obtenir des exemplaires du rapport, s'adresser aux Services aux membres, Association médicale canadienne, CP 8650, Ottawa, ON K1G 0G8; tél. (800) 268-9703, fax (613) 731-1779.]

Références

1. Groupe de travail sur les soins primaires : *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada*, Association médicale canadienne, Ottawa, 1994
2. Groupe de travail sur les soins primaires : *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada*, Association médicale canadienne, Ottawa, 1994 : sommaire
3. *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*, Collège des médecins de famille du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa, 1993

The night before breast surgery

Am I going to regret tomorrow,
that I have no pictures to show . . .
I had two! I had two! I had two!?

Will I ever regret that I didn't
go topless a few times to prove . . .
that I had two! I had two! I did!

Will I cry in the bath as I wash only half
the endowment I had . . .
when I had two? Morbid!

NO!
I'll go down with a flair!

To heck with a pair!
and I'll get me a grand tattoo!

maybe

— Mary Yuill