

# Le G20 à Toronto, un an après

## *Possibilité ratée d'une contribution canadienne à la santé mondiale*

Barry N. Pakes MD MPH CCFP DTMH Jane Philpott MD CCFP Lynda Redwood-Campbell MD FCFP DTM&H MPH Katherine Rouleau MD CCFP

Un an s'est écoulé depuis la rencontre des leaders mondiaux à Toronto, en Ontario, à l'occasion du sommet du G8 et du G20, et nous faisons une rétrospective sur une occasion ratée. Lorsque le monde s'attendait du Canada qu'il exerce son leadership dans la résolution d'urgents problèmes mondiaux au lieu de se préoccuper à l'excès de la sécurité et d'une terne initiative mère-enfant, nous aurions dû proposer, pour relever le défi de la santé mondiale, une solution unique au Canada - une ressource nationale qui, si elle était exportée et adaptée à l'étranger, pourrait améliorer et sauver des milliards de vies dans le monde entier: la médecine familiale canadienne.

Tous les pays, des plus riches aux plus démunis, peuvent apprendre quelque chose du modèle canadien de soins primaires. Il a été démontré à maintes reprises que la médecine familiale, en tant qu'assises de solides soins primaires, contribue à de meilleurs résultats sur le plan de la santé et à des soins de santé plus rentables partout dans le monde<sup>12</sup>. Si tous les pays ne sont pas aussi favorisés que nous - ressources naturelles abondantes, population bien scolarisée et démocratie stable - chaque pays pourrait bénéficier de l'application des 4 principes de la médecine familiale canadienne dans leurs systèmes de soins primaires<sup>3</sup>.

### Les médecins de famille sont des cliniciens compétents

Les médecins de famille canadiens sont plus encore que des omnipraticiens. Ce sont des spécialistes en soins primaires qui ont complété 2 années ou plus de formation spécialisée fondée sur les compétences. Ils règlent des problèmes à large spectre de manière compétente et ancrée dans le généralisme, et ils sont formés pour prendre en charge des problèmes de santé complexes et indifférenciés. L'envergure, l'approfondissement et la qualité des soins fournis par les médecins de famille influent effectivement sur la nature de la médecine spécialisée, permettant aux spécialistes de ne voir que les personnes pour qui une consultation s'impose véritablement. À l'inverse de certains autres pays à revenus élevés où les omnipraticiens ne servent que de gardiens de l'accès au système, les spécialistes canadiens de la médecine familiale ont la compétence voulue pour soigner les patients de manière holistique, du berceau à la tombe. Ils sont à l'aise dans une diversité de rôles, de

procédures et d'interventions - de la suture de lacérations à la psychothérapie dynamique, de l'ablation de corps étrangers aux urgences à l'injection de corticostéroïdes dans une clinique de la douleur, de l'obstétrique aux soins palliatifs. Les pays ne peuvent qu'améliorer leurs infrastructures de soins primaires en développant la médecine familiale à titre de spécialité - des spécialistes en généralisme - et en y investissant.

### La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille

La population canadienne valorise le rôle du médecin de famille. Les Canadiens entretiennent des relations uniques avec leurs médecins de famille, fondées sur la confiance, l'histoire et la responsabilité réciproque. Même quand d'excellents soins spécialisés sont à leur disposition, ils s'adressent à leur médecin de famille pour obtenir des soins, des conseils et leur intervention. Les pays peuvent atteindre un ratio élevé de médecins de famille par spécialiste en investissant dans les ressources humaines pour les soins primaires, s'assurant que tous ont accès à une équipe qui inclut des médecins de famille bien formés. La relation canadienne médecin-patient offre une avenue spécialement précieuse pour le transfert de renseignements, l'application de mesures préventives et l'amélioration de l'observance des plans thérapeutiques élaborés conjointement. La relation médecin-patient représente bien plus qu'un but utopique, elle se traduit par des vies plus longues et en meilleure santé.

### La médecine familiale est communautaire

Les médecins de famille ont des relations non seulement avec leurs patients mais aussi avec leurs communautés. La pratique d'un médecin de famille est à la fois une fenêtre qui révèle les besoins de santé d'une communauté et un ensemble d'outils pour y répondre. La formation en médecine familiale reconnaît le rôle des valeurs dans le façonnement de cette relation et parle de responsabilité sociale comme de la force dirigeante du travail des médecins. Les médecins de famille voient leurs patients à domicile, dans les hôpitaux, les centres d'accueil et leur cabinet, comme partie intégrante d'un réseau de professionnels de la santé. Parce que nous ne sommes pas en concurrence avec nos collègues médecins ou d'autres professionnels de la santé (tels que les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes), nous avons toutes les raisons

This article is also in English on page 650.


voulues de collaborer avec eux dans les soins à nos patients. L'importance sans cesse grandissante accordée aux soins interprofessionnels est prise en compte dans la formation en médecine familiale et cette pratique est encouragée et récompensée par le système de santé. Elle est rentable et dans l'intérêt supérieur de nos patients. Dans le contexte d'équipes de santé familiale, la spécialité de la médecine familiale demeure au centre de ce réseau plus large de soins partagés.

### **Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients**

Les médecins de famille au Canada sont uniques au monde. Ce sont des praticiens privés, pas des fonctionnaires, qui facturent leurs services à un seul assureur public pour les soins fournis. En tant que tels, ils fonctionnent effectivement comme des intendants autonomes et dignes de confiance des ressources limitées en soins de santé, représentant les intérêts de leurs patients sans crainte de représailles, et ils peuvent orchestrer des changements au système de santé à partir de l'intérieur. Cela se traduit par une indépendance et un contrôle considérables dans leur pratique et favorise une culture de professionnalisme, permettant aux médecins de famille d'exercer des rôles de leadership et de représentation de leurs patients dans leur communauté et à l'échelle nationale. Les médecins de famille jouissent de la confiance de leurs patients, qui croient qu'ils défendront leur intérêt supérieur, et de celle du gouvernement, qui croit qu'ils prendront des décisions avisées et n'abuseront pas de la grande responsabilité qui leur est confiée.

Évidemment, le vrai secret de la réussite est notre système de santé administré par le gouvernement, universel, accessible, transportable et complet, financé à même les fonds publics. Même si la plupart des pays ne pourront pas reproduire complètement ce système, le fait de comprendre pourquoi il est si important pour la santé - pas seulement pour les soins de santé - peut être utile pour aller de l'avant dans la réalisation de l'objectif qu'est la santé pour tous. Les données factuelles et les ouvrages spécialisés sur les mérites des systèmes de santé fondés sur l'équité et financés par le secteur public sont convaincants<sup>4</sup>. Pour les médecins de famille, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* énoncés plus haut ont un certain nombre d'effets tangibles. Dans un système financé par le privé, les médecins se font concurrence pour avoir des patients et n'ont pas de responsabilité d'intendance des ressources collectives en soins de santé. Les demandes des consommateurs et la menace omniprésente de poursuites devant les tribunaux ont tendance à inciter les médecins à prescrire à l'excès et à faire des tests inutiles, ce qui fait grimper les coûts des soins médicaux et des assurances pour faute professionnelle,

et met à risque les patients d'avoir des diagnostics inexistantes et des interventions préjudiciables. Parce qu'il n'y a pas de compétition entre eux, les médecins canadiens peuvent être honnêtes avec leurs patients et leur fournir les meilleurs soins fondés sur des données probantes et centrés sur le patient. Ils ont tous les motifs voulus pour transmettre aux patients des connaissances en prévention leur permettant de demeurer en santé, loin de leurs cliniques, des hôpitaux, des appareils d'imagerie et des urgences.

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les soins primaires en 2008 mettait en évidence 4 secteurs de réforme pour atteindre la santé pour tous: la prestation des services, la couverture universelle, les politiques publiques et le leadership<sup>5</sup>. Même si de nombreux lecteurs canadiens pourraient avoir quelques critiques constructives ou citer un exemple où la barre de nos principes est plus élevée que notre pratique, le système canadien des soins primaires a beaucoup à enseigner dans chacun des domaines du rapport de l'OMS. Au lieu de montrer nos prouesses en contrôle des foules ou même nos magnifiques lacs (vrais ou faux), la prochaine fois, nous devons démontrer au monde ce que le Canada a à contribuer à la santé mondiale - la spécialité de la médecine familiale. 

**D<sup>r</sup> Pakes** est directeur de programme à l'Institut pour la formation en santé mondiale du Centre for International Health à Toronto, en Ontario, professeur adjoint à la Dalla Lana School of Public Health de l'University of Toronto et chercheur clinicien à l'Institut des sciences médicales du Joint Center for Bioethics de l'University of Toronto. **D<sup>re</sup> Philpott** est directrice du Département de médecine familiale au Markham Stouffville Hospital et professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'University of Toronto. **D<sup>re</sup> Redwood-Campbell** est professeure agrégée et coordonnatrice de la santé mondiale au Département de médecine familiale à la McMaster University à Hamilton, en Ontario, et présidente du Comité de la santé mondiale du Collège des médecins de famille du Canada. **D<sup>r</sup> Rouleau** est professeure adjointe au Département de médecine familiale et communautaire de l'University of Toronto, directrice adjointe du Département de médecine familiale au St Michael's Hospital et directrice du programme de troisième année de résidence en santé mondiale et des populations vulnérables à l'University of Toronto.

#### **Intérêts concurrents**

Aucun déclaré

#### **Correspondance**

**Barry Pakes**, University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, 155 College St, Toronto, ON M5T 3M7; téléphone 647 328-5567; télécopieur 647 328-5567; courriel [barry.pakes@utoronto.ca](mailto:barry.pakes@utoronto.ca)

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

#### **Références**

1. 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.
2. 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.
3. Collège des médecins de famille du Canada. *Four principles of family medicine*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Accessible à: [www.cfpc.ca/Principles](http://www.cfpc.ca/Principles). Accédé le 3 mars 2011.
4. Médecins canadiens pour le régime public [site web]. Toronto, ON: Médecins canadiens pour le régime public; 2011. Accessible à: [www.canadiandoctors-formedicare.ca](http://www.canadiandoctors-formedicare.ca). Accédé le 14 avril 2011.
5. Organisation mondiale de la Santé. *World health report 2008: primary health care (now more than ever)*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2008. Accessible à: [www.who.int/whr/2008/en/index.html](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html). Accédé le 3 mars 2011.