Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Spring 2003 Contents • Printemps 2003 Table des matières

Individual advocacy, collective responsibility. . . or both?

John Wootton, MD
Shawville Que.
Scientific editor, CJRM

CJRM 2003;8(2):83

The Canadian experiment continues. Currently the focus is on primary care networks of various kinds, and one has the impression that it is simply by virtue of the weight of report after report that change will happen. Romanow1 stated flatly that any new investment in the health care system must "buy change." What fundamental change must occur, and how will it happen?

Central to the thinking about primary care delivery is the idea that things will function more efficiently and effectively if groups of professionals accept responsibility for the care of defined groups of patients. The flip side of responsibility for the collective (a favourite, if somewhat misunderstood, expression in Quebec) is advocacy for the individual, the latter being one of the 5 principles of family medicine. Fundamentally a physician whose primary objective is to advocate for his or her patient may care little if he or she creates problems for the "collective" in the process.

Some physicians have always been better advocates than others. A direct call to a consultant, a particularly well written, persuasive consultation letter, a corridor buttonhole, an out-of-hours special visit — all these behaviours are examples of physicians going "beyond the call of duty" to advocate for their patients. In general, collective responsibility for groups of patients, particularly if it is shared across different professions, is unlikely to be able to provide the kind of personal service described above. Does it matter? Perhaps in our willingness to embrace networks of various sorts we are saying that it matters less than we have led ourselves to believe.

In rural areas this bullet has already been bitten in a number of important areas. Obstetrical care providers in many towns have abandoned the personal commitment to deliver "their" patients, in favour of a collective responsibility for a group of pregnant patients. The sky did not fall in! It turns out that while in labour women may be more focussed on what is happening than on who is there.

In fact, more than almost any group of professionals, rural physicians now and in the past have all along been delivering the kind of comprehensive population-based care that is being re-packaged as "new" in primary care networks. They have done so, by all accounts, without sacrificing the "personal touch," and even, in many regions, going beyond primary care and integrating it with secondary (and at times tertiary) care. For this they have received little recognition. However, given this history, it may be possible for rural groups to more fully embrace the philosophy and practice of current reforms, and show planners how it really ought to be done!

Correspondence to: Dr. John Wootton, Box 1086, Shawville QC J0X 2Y0

Reference

1. Romanow RJ. Building on values: the future of health care in Canada. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002. Available: www.healthcarecommission.ca/

© 2003 Society of Rural Physicians of Canada

Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Spring 2003 Contents • Printemps 2003 Table des matières

Représentation individuelle, responsabilité collective... ou les deux?

John Wootton, MD
Shawville (Qué.)
Rédacteur scientifique, JCMR

CJRM 2003;8(2):84

L'expérience canadienne se poursuit. L'attention converge actuellement sur les réseaux de soins primaires de divers types et on a l'impression que le changement émanera uniquement du poids des rapports qui se succèdent. M. Romanow1 a déclaré clairement que tout nouvel investissement dans le système de santé doit servir à «financer le changement». Or, quel changement fondamental doit se produire et comment se produira-t-il?

La réflexion sur la prestation des soins primaires repose sur le concept selon lequel le système fonctionnera de façon plus efficiente et efficace si des groupes de professionnels acceptent de se charger de certains groupes de patients. L'envers de la responsabilité collective (expression populaire mais un peu mal comprise au Québec), c'est la représentation de la personne, qui constitue l'un des cinq principes de la médecine familiale. Essentiellement, un médecin cherchant avant tout à défendre son patient peut se préoccuper très peu de créer des problèmes pour la «collectivité».

Certains médecins ont toujours été de meilleurs défenseurs que d'autres. L'appel téléphonique direct à un consultant, une lettre de consultation persuasive particulièrement bien rédigée, une interpellation dans un couloir, une visite spéciale en dehors des heures normales — tous ces comportements sont des exemples de médecins qui «font plus que leur devoir» pour représenter leurs patients. En général, il est peu probable que la responsabilité collective à l'égard de groupes de patients, et en particulier si elle est partagée entre différentes professions, puisse fournir les services personnels décrits ci-dessus. Cela importe-t-il? Disposés que

nous sommes à adopter des réseaux de divers types, peut-être affirmons-nous que cela a moins d'importance que nous avions cherché à nous en convaincre.

Dans les régions rurales, on a déjà affronté ces obstacles dans de nombreux domaines importants. Dans beaucoup de villes, des prestateurs de soins obstétriques ont laissé tomber l'engagement personnel d'accoucher «leurs» patientes en faveur d'une responsabilité collective à l'égard d'un groupe de patientes enceintes. Le ciel ne leur est pas tombé sur la tête! Pendant le travail, les femmes se concentrent bien plus sur ce qui se passe que sur les personnes présentes.

En fait, plus que presque que n'importe quel autre groupe de professionnels, les médecins ruraux d'aujourd'hui et d'hier ont toujours dispensé des soins intégrés fondés sur la population, attitude que l'on présente comme «nouvelle» dans les réseaux de soins primaires. Tout compte fait, ils y sont parvenus sans sacrifier la «touche personnelle» et même, dans de nombreuses régions, en dépassant les soins primaires et en les intégrant aux soins secondaires (et parfois tertiaires). Ils en ont reçu peu de reconnaissance. Compte tenu de ces antécédents, il se peut toutefois que des groupes ruraux adoptent davantage les principes et la pratique des réformes en cours et montrent aux planificateurs comment il faut vraiment s'y prendre!

Correspondance : Dr John Wootton, CP 1086, Shawville QC J0X 2Y0

Référence

1. Romanow RJ. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. Disponible à l'adresse : www.commissionsoinsdesante.ca/

© 2003 Société de la médecine rurale du Canada