



John Wootton, MD
Shawville (Qc)

Correspondance : Dr John
Wootton; jwootton@srpc.ca

Message du président. *Alea iacta est**

J'espère que mon professeur de latin, disparu depuis des années déjà, me pardonnera d'avoir dû chercher la traduction de cette expression latine bien connue qu'un collègue m'a envoyée après avoir lu le dernier message du président¹. Que César ait murmuré ces mots en franchissant le Rubicon importe à peine maintenant. Ce qui est resté, c'est le moment figé dans une expression. Ce qui importe au sujet des expressions qui perdurent comme celle-ci, c'est qu'on peut les prendre au pied de la lettre. C'est ainsi que je l'interprète.

La médecine familiale est à un tournant. Des étudiants en médecine se sont présentés de nouveau cette année sur la Colline pour exercer des pressions en faveur de la diversité accrue de l'effectif médical. La Colline, c'est l'endroit où l'on se rend pour faire les manchettes, mais pas nécessairement l'endroit où aller lorsque l'on veut provoquer le changement. La perspective des étudiants constitue néanmoins une différence heureuse face à la résignation qui semble la norme dans d'autres milieux.

Même si on pourra me pardonner, à titre de président sortant de la SMRC, de claironner la cause de la médecine rurale de nouveau dans cette chronique qui est ma dernière, je pense que la lutte qu'il faut entreprendre sur l'autre rive du Rubicon dépasse l'envergure de la médecine rurale et atteint la trame même des soins primaires. Dans la mesure où la médecine familiale s'installe dans des spécialités, le système dans l'ensemble deviendra plus complexe, plus lourd et moins à l'écoute des besoins de la société. Cette évolution importe pour les communautés rurales, mais elle importe aussi pour les milieux urbains. Le modèle de soins qui est la norme dans des centres ruraux fonctionnels s'impose aussi dans nos régions métropolitaines, ne serait-ce que pour brider la croissance sauvage du nombre des spécialités et des surspécialités. Ce n'est que lorsque le

spécialiste interviendra seulement pour exécuter une intervention spécialisée et que l'omnipraticien (OP) et son équipe feront tout le reste que l'on réussira à contrôler la flambée des coûts des soins de santé.

Je me rappelle les leçons que nous devrions maintenant savoir. Dans la majeure partie de l'Europe, le modèle obstétrique inclut des sages-femmes qui s'occupent des patientes à faible risque et des obstétriciens prêts à traiter celles qu'on leur envoie. L'OP n'intervient pas du tout. Au Canada, au cours des années 50, c'étaient les étoiles de McGill qui s'installaient en pratique rurale, tandis qu'en ville, les OP grognaient parce que les spécialistes les chassaient des hôpitaux. Ils ont créé leur propre ordre pour reprendre un peu de place. Plus de 50 ans plus tard, la médecine familiale se retrouve de nouveau repoussée du courant général et ses chefs de file n'ont aucun plan pour s'opposer à la disparition du généraliste.

Au moment où je rédige cette chronique, nous sommes à la mi février et je suis en retard pour renouveler mon adhésion à l'ordre. Je suis membre depuis le milieu des années 80, bénéficiant d'une clause de droits acquis à la suite d'un internat en rotation et d'un examen auquel je me rappelle vaguement m'être présenté. Je suis même fellow de l'ordre et en rédigeant cette chronique, je pense aux façons dont l'ordre est à la hauteur de mes attentes et ne l'est pas tout aussi souvent. Je ne me plains pas des 1000 \$, mais comme Leonard Cohen, je m'interroge : « Pourquoi ne pas en demander davantage ? »².

RÉFÉRENCES

1. Wootton, J. Message du président. L'éléphant dans la pièce. *Can J Rural Med* 2012;17:8.
2. Cohen L. « Bird on the wire ». *Songs from a room*. Nashville : Columbia, 1969.

*Les dés sont jetés.