

Si tous les médecins s'y mettaient — pas seulement les médecins de famille —, la question de l'accès à la première ligne serait réglée.

Mais voilà, c'est un peu plus compliqué dans la réalité. Pensez-vous que ce sera fait en 2014 ? En 2015 ? En 2016 ? Sinon quand ?

Au fait, ce n'est pas tant *d'avoir* un médecin de famille qui importe que *d'avoir accès* à ce médecin quand vous en avez besoin. Un médecin que vous pouvez rencontrer quand vous êtes est malade, pas seulement pour un suivi lorsque tout va plutôt bien.

Or, l'organisation traditionnelle des soins de première ligne accorde beaucoup plus de place aux rendez-vous de suivi prévus des mois à l'avance qu'à un accès adapté à vos besoins. Retenez cette expression: *accès adapté*.

Un médecin pour soigner la bonne santé ?

D'abord, la question qui ne tue pas : est-il essentiel d'avoir un médecin de famille si vous êtes en bonne santé ?

Pas tant que cela. Ça dépend de vos besoins et du rôle attribué au médecin pour répondre à ces besoins.

Par exemple, si le gros de son travail consiste à vous rencontrer périodiquement pour vous faire des «bilans de santé» (1), je doute que ça vous aide beaucoup à vivre plus longtemps ou même à améliorer votre qualité de vie — c'est pourtant ce qui compte vraiment.

Je ne suis d'ailleurs pas le seul à le penser. La [collaboration Cochrane](#), référence internationale en matière d'«évidence» médicale, conclut à peu près la même chose :

rencontrer un médecin pour des bilans de santé réguliers n'améliore pas vraiment santé. En fait, ça pourrait, de surcroît, vous rendre malade. Notamment parce que certains tests inutiles pourraient entraîner des traitements superflus comportant des effets secondaires et même des risques.

Si vous êtes en santé, ce qu'il vous faut surtout, c'est pouvoir rencontrer votre médecin lorsque quelque chose ne va pas — ce qui veut dire : si le besoin se manifeste, généralement par des symptômes.

Quant à la prévention, les mesures qui permettent vraiment de prolonger votre vie ou votre qualité de vie ne sont pas si nombreuses et pourraient souvent être appliquées par d'autres professionnels. Mais nous en sommes bien loin ici.

Les besoins différents des malades

Par contre, si vous êtes un grand malade, le besoin d'avoir un médecin attitré est beaucoup plus important, afin de favoriser la continuité des soins, notamment par la régularité des contacts. Il est alors tout aussi essentiel que vous puissiez accéder rapidement à votre médecin si votre état de santé se détériore, afin d'être pris en charge en temps opportun, soigné adéquatement et orienté au besoin vers les ressources appropriées.

Beaucoup d'études ont d'ailleurs montré que pour le grand malade que vous êtes peut-être, l'accès rapide à un médecin ou à une équipe coordonnée permet de diminuer le recours à l'urgence et l'hospitalisation dans une large proportion — jusqu'à 50 %! — tout en améliorant votre santé et en maintenant votre qualité de vie. Ce genre d'effet a été mesuré, entre autres, pour les grands insuffisants cardiaques, les grand pulmonaires et même pour les malades consultant souvent à l'urgence (ou qui sont fréquemment hospitalisés).

Et une telle capacité d'intégrer et de coordonner les soins est d'une importance capitale à la fois pour les grands malades et pour le système de santé lui-même, puisqu'on peut alors dégager beaucoup de ressources et de lits d'hospitalisation pour les consacrer alors à d'autres patients. C'est probablement une des clefs les plus importantes pour améliorer la situation des urgences. Mais voilà, c'est encore aujourd'hui fait de manière trop fragmentaire et insuffisante.

Et ce qui manque souvent en première ligne, c'est la capacité d'évaluer en temps réel vos besoins (ce qui requiert un appui en soins infirmiers) et la souplesse requise dans l'organisation des rendez-vous afin d'avoir toujours des plages disponibles pour vous offrir un accès en temps réel — ce qui demande une réorganisation complète du fonctionnement des cliniques.

C'est ce qu'on appelle [*l'accès adapté*](#), pratique réinventée de la première ligne, qui commence à se déployer... mais encore timidement. C'est que deux résistances se manifestent : celle des médecins, car leur pratique est alors transformée – cas plus aigus et modalités de rendez-vous insécurisant certains ; et celle des CSSS (les établissements), qui ne fourniraient pas toujours le support infirmier pourtant requis.

Le problème concerne tous les médecins

Mais ces questions ne concernent pas uniquement les médecins de famille. Pour améliorer l'accès à la première ligne, il faut également réfléchir à la place de la médecine spécialisée dans notre réseau hospitalier, un sujet assez peu abordé jusqu'ici dans les débats.

Les difficultés d'accès à la première ligne s'expliqueraient entre autres par le fait que les médecins de famille [*consacreraient chez nous*](#) autour de 40 % de leur temps clinique en pratique hospitalière, alors que le chiffre serait plutôt de 15 à 20 % dans le reste du Canada.

Quatre approches peuvent rendre les médecins de famille plus disponibles pour la prise en charge: accroître le nombre total de médecins; accroître leur charge de travail; ou diminuer leurs tâches hospitalières afin d'augmenter leur temps de clinique. Et bien sûr, améliorer le support professionnel dans les cliniques.

Comme je doute qu'on puisse augmenter la charge de travail par magie et que, par ailleurs, rehausser le nombre total de médecins prendra beaucoup de temps, n'est pas nécessairement souhaitable et coûtera cher, il faudra un jour examiner la question de la répartition des tâches hospitalières. S'agissant de vases communicant, diminuer ces tâches pour les médecins de famille (pour augmenter leur disponibilité) impliquerait d'augmenter en parallèle celles des médecins spécialistes, surtout comme médecins traitants, notamment dans les spécialités « générales » comme la médecine interne. Tout un chantier, auquel il faudrait peut-être un jour s'attaquer.

Écrit par Alain Vadeboncoeur
Lundi, 06 Janvier 2014 14:40 -

Quand j'ai commencé ma pratique, en 1990, on peinait à trouver des médecins de famille pour travailler dans les urgences, à l'hospitalisation et aux soins intensifs — notamment pour des questions de rémunération. Aujourd'hui, on vit le problème inverse. Aurait-on surcorrigé dans les années 1990 ? Quoiqu'il en soit, il y a quelque chose de tristement ironique à vivre aujourd'hui le problème inverse.

Plus de médecins ou une meilleure médecine ?

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) soutient qu'il manque 1 000 médecins de famille au Québec. C'est tout de même curieux, puisque nous avons plus de médecins de famille au Québec par habitant que dans la plupart des provinces au Canada et, même, que dans la majorité des pays de l'OCDE. C'est toutefois exact qu'il y en a davantage en France, qui fait figure d'exception.

Mais j'ai aussi [entendu le docteur Louis Godin](#), président de la FMOQ, affirmer qu'une réorganisation de la première ligne comportant un solide support infirmier permettrait de résoudre les problèmes d'accès. Accroître le nombre de médecins ne serait donc pas la seule solution aux problèmes d'accès...

La FMOQ y est par ailleurs allée récemment de nouvelles [propositions pour améliorer l'accès](#), qui semblent toutefois être passées sous le radar. J'y reviendrai.

Au fait, il faudrait aussi parler davantage du rôle des autres professionnels de la santé, notamment des infirmières praticiennes (leur pratique en première ligne est beaucoup plus élaborée en Ontario) et des sages-femmes (beaucoup plus présentes dans les pays d'Europe et ailleurs), deux groupes avec qui les médecins québécois ont toujours eu une certaine réticence à partager les soins – une attitude s'est tout de même améliorée au cours de la dernière décennie.

Comme vous voyez, le chemin jusqu'à l'accès est parsemé de défis. En attendant, soyez patients (c'est le cas de le dire). Je vous souhaite tout de même une excellente année 2014 et surtout la santé, la prospérité, l'éducation, la solidarité, l'amour et l'accès à un médecin de famille avant la fin de vos jours.

Bonne année 2014 et l'accès à un médecin avant la fin de vos jours

Écrit par Alain Vadeboncoeur
Lundi, 06 Janvier 2014 14:40 -

Dans l'ordre que vous voulez, d'ailleurs — sachant que l'amélioration des conditions de vie, du support social et du bonheur de vivre contribuent sans doute plus largement à votre santé que l'accès aux médecins. Mais ne leur dites pas trop souvent.

* * *

Note

(1) Tout le mouvement de la «médecine corporative» est un bon exemple de pratique inutile sans répercussions réelles sur la santé.

*

Pour me suivre sur [Twitter](#) .

Pour me suivre sur [Facebook](#) .

Pour des solutions en santé, notamment en première ligne: [Privé de soins](#) .

Cet article [Bonne année 2014, et l'accès à un médecin avant la fin de vos jours](#) est apparu en premier sur [L'actualité](#)

.

Consultez la source sur Lactualite.com: [Bonne année 2014 et l'accès à un médecin avant la fin de vos jours](#)