Premier contact : son importance pour la pratique de médecine familiale en 2017 ?

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

Dans le présent numéro du *Médecin de famille canadien*, notre président, le Dr David White, commente l'importance du médecin généraliste comme modèle qui continue d'être associé au généralisme.[1] Le rôle de gardien de la porte d'entrée est aussi un rôle important que jouent les médecins généralistes et les médecins de famille. Ce rôle est défini comme « un point d'entrée chaque fois que des soins sont nécessaires pour un problème de santé ».[2] Il englobe le besoin de soins appropriés, les contraintes budgétaires et l'équité dans la répartition des soins.[3] Le gardien de la porte d'entrée touche aussi le premier contact - autre rôle important traditionnellement assumé par les MF. Haggerty et coll. décrivent l'accès aux services de premier contact comme « la facilité avec laquelle une personne peut obtenir les soins dont elle a besoin… d'un praticien de son choix dans un délai qui correspond à l'urgence du problème ».[4] Dans un contexte interdisciplinaire où l'accès aux services de premier contact relève d'autres prestataires (ex., infirmiers praticiens/infirmières praticiennes [IP]) en plus des MF, est-ce que la nature de l'accès aux services médicaux de première ligne a changé, et si oui, de quelle façon ? Est-ce que le fait qu'une personne autre qu'un médecin de famille contrôle l'accès aux services de premier contact a des répercussions sur l'ensemble des soins de premier contact ? Un renvoi virtuel d'un plan de gestion du MF à un autre professionnel de la santé fait-il toujours partie des soins de premier contact ? Est-ce qu'il y a un point où trop de renvois pourraient nuire à nos propres compétences en tant que fournisseurs d'accès et de soins de premier contact ? Est-ce important ?

Nos relations continues avec nos patients nous permettent de reconnaître là où une présentation clinique justifie une attente vigilante ou la poursuite active d'un diagnostic définitif. Bien que l'on puisse en apprendre beaucoup de manière formelle, bon nombre sont convaincus que ces compétences sont plus facilement acquises par l'expérience clinique et réaffirmées par la prestation de soins de premier contact.

Stange et coll. nous rappellent que dans un centre de médecine de famille centré sur le patient, l'accès aux services de premier contact implique davantage de « communication asynchrone et de soins autogérés » [5], ainsi que l'interaction directe avec les membres de l'équipe de pratique ; et qu'il existe diverses façons d'organiser la pratique de manière à dispenser des soins de premier contact (ex. communication électronique, visites de groupe). Dans les nouveaux modèles de soins, la responsabilité des soins de premier contact passe, dans une certaine mesure, d'un seul médecin à toute la pratique. L'inclusion des membres de l'équipe, dont les IP, n'est pas nouvelle ; par contre, les patients insistent souvent sur la primauté de leur relation avec leur MF, tout en considérant acceptable une visite chez un autre MF ou un autre professionnel de la santé.[6,7] Dans une étude sur la satisfaction des patients à l'égard de l'accès après l'introduction d'Équipes Santé familiales universitaires en Ontario, Carroll et coll. ont constaté que les patients étaient généralement satisfaits de l'accès, mais qu'il y avait toujours lieu d'améliorer ; que les patients préféraient être vus par un autre MF si leur MF n'était pas disponible ; et qu'avoir une ou un IP au sein de l'équipe traduisait une volonté par le patient de consulter un professionnel de la santé autre qu'un MF membre de l'équipe.

Au fur et à mesure que l'on comprend mieux le rôle des professionnels de la santé au sein d'une équipe, il est probable que les soins de premier contact seront vraiment perçus tant par les professionnels de la santé que par les patients comme la responsabilité de toute l'équipe. Stange et coll. expliquent que, dans un centre de médecine de famille centré sur le patient, le MF « dirige une équipe dans la pratique qui assume collectivement la responsabilité des soins continus aux patients »[5]. Nous savons, à partir de l'évolution de modèles de pratique, d'observations et de conversations avec les décideurs, que certains discutent de l'évolution du rôle du MF vers celui de consultant membre d'équipes de soins de première ligne et, d'éventuellement augmenter le nombre de patients dont un MF qui travaille en équipe est responsable.

Tout en supposant qu'un tel rôle pourrait être possible pour les MF, la valeur unique que nous offrons repose sur la prise en charge de la continuité des soins. Une partie de cette continuité vient de la « synchronicité », notamment être avec nos patients pour tout ce qu'ils présentent et être en mesure de décider avec eux de l'approche à prendre (par exemple, référence, attente vigilante). Au fur et à mesure que les modèles de soins évoluent, il sera important d'étudier les répercussions sur les soins aux patients et les résultats sur la santé de la population de l'accès aux services de premier contact offerts par des membres de l'équipe autres que les MF. Je vous invite à me transmettre vos perspectives sur les idées exprimées dans cet article à **executive@cfpc.ca.**

Références à la **page 256**

This article is also in English on **page 256.**