

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille

OCTOBRE 2014

CONSEIL PRATIQUE – SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT DANS LES CENTRES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Les soins centrés sur le patient sont largement reconnus comme une valeur fondamentale de la médecine familiale¹. Ils sont également le premier pilier du Centre de médecine de famille (CMF) du CMFC².

Les définitions des *soins centrés sur le patient* varient, mais de façon générale, on s'entend pour dire qu'ils élargissent l'approche médicale conventionnelle de manière à inclure le patient en tant que participant actif aux soins qu'il reçoit et qu'ils encouragent le partenariat médecin-patient³. D'Ian McWhinney décrit ces soins comme suit : le professionnel de la santé « entre dans l'univers du patient pour voir la maladie de la perspective du patient ... [Ces soins] sont étroitement liés aux besoins, désirs et préférences des patients et y répondent⁴ ». Le slogan « Rien sur moi sans moi »⁵ résume bien ce que sont les soins centrés sur le patient.

Selon Epstein et ses collaborateurs⁶, trois valeurs fondamentales définissent l'approche centrée sur le patient :

- *prendre en considération* les besoins, les désirs, les points de vue et les expériences personnelles du patient;
- *offrir au patient des occasions* de donner son avis et de participer aux soins qu'il reçoit;
- *approfondir le partenariat* et la compréhension de la relation patient-médecin.

Little et ses collaborateurs estiment qu'en considérant les soins centrés sur le patient comme une relation de partenariat entre le médecin et le patient, il est possible d'améliorer les soins de santé et de venir à bout de pratiques et de comportements profondément enracinés⁷.

Les soins centrés sur le patient sont un mélange de relations personnelles, professionnelles et organisationnelles. Les efforts déployés pour les promouvoir doivent tenir compte des besoins des patients (et de ceux de leurs familles) et de la fonctionnalité des équipes de soins interprofessionnelles. Si les patients deviennent plus actifs lors des consultations, les échanges dirigés par le médecin évolueront en discussions auxquelles participeront activement les patients. Former les médecins pour qu'ils soient plus sensibles aux points de vue et préoccupations des patients modifie le rôle médical, qui passe de rôle d'autorité à un rôle axé sur le partenariat thérapeutique, la réceptivité empathique et la collaboration⁸.

Les professionnels qui dispensent des soins peuvent influencer sur l'autodétermination du patient⁹. Pour pouvoir agir à titre de partenaires de leur propre traitement, les patients doivent être responsabilisés. Les médecins de famille peuvent favoriser leur responsabilisation en les traitant avec respect, en prenant le temps de les écouter et en les valorisant¹⁰.

OBJECTIF

Le présent document vise à guider les médecins de famille dans la mise en œuvre des soins centrés sur le patient dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale.

Bien que ce document soit présenté aux fins d'examen par tous ceux qui exercent la médecine familiale, l'approche centrée sur le patient est un choix particulièrement logique pour ceux dont les cabinets et cliniques fonctionnent sur le modèle du Centre de médecine de famille (CMF) du Collège des médecins de famille du Canada (www.patientsmedicalhome.ca/fr).



IMPORTANCE DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

Lorsque les soins sont centrés sur le patient, celui-ci participe activement à la prise des décisions relatives à son traitement. La mise en place d'une approche centrée sur le patient implique l'établissement préalable de rapports de confiance durables entre le patient, son médecin de famille, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé susceptibles de participer à la prestation des soins².

Les médecins de famille jouent un rôle important en aidant les patients à comprendre les résultats et les conséquences possibles des décisions relatives à leur santé. Ce sont des docteurs en médecine ayant la formation voulue pour explorer pleinement l'histoire d'un patient, se charger des aspects pertinents de l'examen de santé, formuler une série de diagnostics possibles et recommander les examens appropriés pour chaque problème qu'ils rencontrent¹¹. Leur formation médicale leur permet de fournir des soins continus à leurs patients ou, au besoin, de demander pour eux une consultation. Les médecins de famille discutent des options offertes dans les cas de chirurgie majeure, ouvrent le dialogue sur l'importance des médicaments et aident les patients à comprendre la nécessité du dépistage, des tests de diagnostic ou de la vaccination¹².

Comme l'indiquent plusieurs importants indicateurs, l'approche centrée sur le patient peut contribuer à l'amélioration des soins. En travaillant de manière concertée, les fournisseurs de soins de santé, les administrateurs, les patients et les familles améliorent la qualité des soins. Des études ont montré que la collaboration médecin-patient était liée à des résultats positifs en matière de santé : périodes de rétablissement plus courtes¹³, meilleur état de santé^{14,15} et meilleurs résultats cliniques pour les patients souffrant de maladies chroniques, dont le diabète de type 2 et la dépression¹⁶. Ces résultats positifs peuvent être attribués à la participation des patients et de leurs familles en tant que partenaires dans la prestation des soins⁵.

Quand médecins et patients partagent une même vision – et lorsque les patients sont en mesure de participer activement à tous les aspects des soins qui leur sont dispensés, comme les choix en matière de traitement et d'autogestion –, il en résulte une plus grande adhésion aux médicaments et un meilleur contrôle des maladies chroniques¹⁷. Selon une étude menée par Little et ses collaborateurs⁷, la plupart des patients préfèrent de loin l'approche centrée sur le patient, approche qui selon eux comporte trois grands axes : communication, partenariat et promotion de la santé.

Il existe également une corrélation positive entre la satisfaction des patients et les soins centrés sur le patient. Mallinger et ses collaborateurs ont constaté que la satisfaction des patients augmente lorsque le médecin adopte des comportements axés sur le patient¹⁸. Des études ont également démontré que les soins centrés sur le patient peuvent améliorer la gestion des maladies¹⁹, favoriser la participation des patients²⁰, réduire l'anxiété¹⁷ et augmenter la satisfaction des professionnels^{21,22}.

Dans une approche centrée sur le patient, la relation thérapeutique doit être équilibrée. Le médecin doit échanger des idées, discuter des différentes options de traitement et partager avec les patients le pouvoir et l'influence, tout en servant au mieux les intérêts de ces derniers. Les options discutées devraient être le fruit de la collaboration patient-médecin, le patient étant en mesure de faire des choix de manière autonome en se basant sur des données médicales et sur l'expérience du médecin.

Le but ultime des stratégies mises en œuvre dans le cadre d'une approche centrée sur le patient est de servir au mieux les intérêts des patients et de répondre aux besoins de la collectivité. Prenons les visites à domicile : ce service peut être bénéfique pour de nombreux patients, mais ce ne sont pas nécessairement tous les médecins de famille qui peuvent l'offrir. Plusieurs facteurs peuvent les en empêcher : pratique médicale très chargée, soins hospitaliers, quarts de travail à l'urgence, enseignement, travail administratif, mauvais temps et, pour certains, grandes distances à parcourir ou circulation intense²³.

Les nombreuses différences qui existent entre les cabinets de soins primaires – taille des cabinets, caractéristiques organisationnelles, etc. – peuvent poser problème aux médecins désireux de se conformer au modèle idéal en matière de soins centrés sur le patient. Le professionnel de la santé peut estimer qu'il est difficile de s'engager de façon significative auprès des patients dans le bref temps alloué pour les consultations standard en cabinet médical. Selon la structure du cabinet, ce changement dans la productivité peut avoir des conséquences diverses pour le médecin ou son cabinet : par exemple, le médecin aura moins de temps à consacrer à ses autres patients, devra prolonger ses heures de travail ou manquera de temps pour s'acquitter de ses responsabilités administratives.

Il est toutefois prouvé que l'entrevue centrée sur le patient peut améliorer les soins au patient *sans* exiger plus de temps. L'incidence des soins centrés sur le patient a été prouvée en ce qui concerne certains résultats positifs : meilleur taux d'hémoglobine A_{1c}, meilleur contrôle de la tension artérielle, meilleure gestion de la douleur et soulagement plus rapide des symptômes²⁴.

Selon Lein et Wills, l'utilisation de stratégies d'entrevue centrées sur le patient augmente l'efficacité des processus de soins et améliore les résultats, tout en maintenant l'efficacité de la prise en charge du patient²⁵.

Brock et ses collaborateurs ont démontré que la technique de communication centrée sur le patient appelée *Collaborative upfront agenda setting*^{*}, où le médecin et le patient établissent ensemble en début de consultation les points qui seront abordés, aide les patients à formuler leurs préoccupations dès le début, afin qu'elles puissent être abordées, et ce *sans* allonger la durée de la consultation²⁶.

Compte tenu des obstacles qui précèdent, la prestation de soins centrés sur les besoins et les préférences des patients devrait être une priorité pour tous les médecins de famille. Au départ, le

Les soins centrés sur le patient sont au cœur de la médecine familiale. Le CMFC recommande fortement cette méthode comme étant l'approche la plus efficace pour l'interaction patient-professionnel de la santé et en a fait son premier pilier du Centre de médecine de famille.

* La technique « *Collaborative upfront agenda setting* » peut être définie d'une des trois manières suivantes : 1) le médecin demande au patient les raisons de sa visite ou pose des questions afin de découvrir des raisons additionnelles et le patient indique que la liste est complète; 2) le médecin demande au patient les raisons de sa visite ou pose des questions afin de découvrir des raisons additionnelles et négocie ou priorise les sujets à aborder; ou 3) le médecin pose des questions à plusieurs reprises ou demande plusieurs fois au patient de formuler les raisons de sa visite²⁶

changement du rôle du médecin, qui passe de figure d'autorité à partenaire, peut susciter un certain malaise tant chez le médecin que chez le patient. Toutefois, la transition en vaut la peine au regard des avantages qui en découleront, dont de meilleurs résultats de santé et une plus grande satisfaction pour le patient comme pour le médecin.

Les soins centrés sur le patient sont au cœur de la pratique familiale. Le CMFC appuie fermement ces soins comme étant l'approche la plus efficace des interactions patient-médecin et en a fait le premier pilier du Centre de médecine de famille.

Veillez consulter l'Annexe 1 pour une comparaison entre le modèle axé sur le patient et le modèle traditionnel de prestation des soins.

PRINCIPES DIRECTEURS DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT

Dans un Centre de médecine de famille, les *principes* suivants guident la pratique des soins centrés sur le patient :

1. Dans un Centre de médecine de famille, les soins et le personnel soignant doivent être avant tout centrés sur la personne et demeurer attentifs aux sentiments, aux préférences et aux attentes du patient.
2. Les patients, leur famille et leurs aidants naturels devraient être écoutés et respectés à titre de participants actifs au processus décisionnel et aux soins continus.
3. Les patients devraient avoir accès à leurs dossiers médicaux tel que convenu par chaque patient, son médecin de famille et l'équipe de professionnels de la santé.
4. Il conviendrait d'encourager et d'appuyer les soins autogérés dans le cadre du plan de soins de chaque patient.
5. Les stratégies qui favorisent l'accès convivial à l'information et aux soins, outre les visites traditionnelles au cabinet du médecin traitant (p. ex., les communications par courriels), devraient être intégrées aux façons de faire du Centre de médecine de famille.
6. La participation et les commentaires du patient (p. ex., par l'intermédiaire de conseils consultatifs de patients) devraient être compris dans la planification et l'évaluation continues des services fournis par le Centre de médecine de famille.

L'outil d'autoévaluation du CMF est une méthode efficace pour mesurer à quel point votre pratique est centrée sur le patient.

Consultez le patientsmedicalhome.ca/fr/outil-autoevaluation/ pour en savoir davantage sur l'outil d'autoévaluation du CMF.

STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT

Vous trouverez ci-après des *stratégies* que les médecins de famille peuvent utiliser pour intégrer l'approche centrée sur le patient à leur pratique.

1. PARTICIPATION DU PATIENT AUX SOINS

Les médecins peuvent soutenir l'approche centrée sur le patient en faisant participer leurs patients à la prise de toutes les décisions liées à leurs soins²⁷, par exemple lorsque les patients doivent choisir entre différentes options médicales et comprendre les conséquences potentielles de chacune.

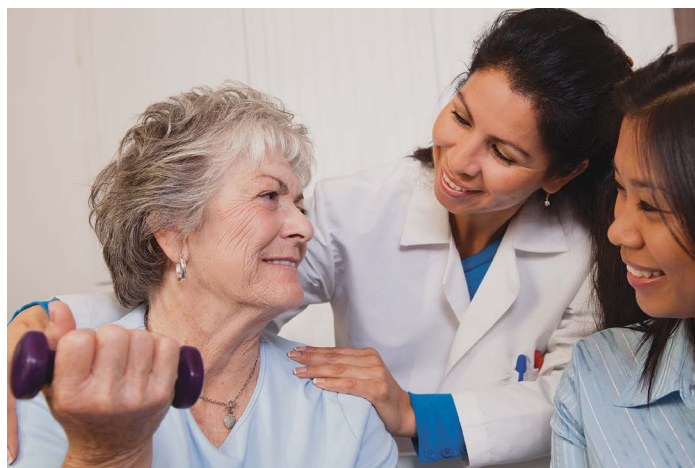
Informez vos patients et faites d'eux des partenaires dans la gestion de leur santé :

- en leur fournissant de l'information sur leurs problèmes de santé ainsi que sur les traitements qui s'offrent à eux, en expliquant les avantages et les risques de chacun;
- en définissant clairement les rôles et responsabilités des patients, des soignants et des médecins;
- en mettant en place un système de rappels (pour les soins préventifs courants) ou d'alertes (p. ex., si un suivi est nécessaire en raison de résultats de tests anormaux ou de changements requis à la médication);
- en leur donnant accès à leur dossier médical et la possibilité d'ajouter des renseignements ou de clarifier ceux qui s'y trouvent;
- en leur offrant de l'aide relativement aux soins autogérés;
- en leur offrant de l'aide relativement aux changements de comportement;
- en leur fournissant du matériel d'éducation aux patients;
- en offrant de l'encadrement et des conseils aux parents sur les questions liées à la santé et au développement des enfants.

2. PRISE DE DÉCISIONS PARTAGÉE

En faisant participer les patients au processus décisionnel, les médecins peuvent les aider à saisir l'importance de leurs valeurs et préférences lorsqu'ils doivent décider de la meilleure marche à suivre. Sachant que plusieurs options s'offrent pour ce qui est du traitement, du test de dépistage ou de la procédure diagnostique à privilégier, la plupart des patients voudront faire leur choix en collaboration avec leur médecin²⁷.

Comprendre l'objectif du patient à l'égard de son traitement peut également accroître la probabilité qu'il s'y conforme davantage¹². La prise de décisions partagée aide le



professionnel de la santé à cerner les obstacles à l'adhésion au traitement et à trouver des solutions adaptées au patient, qui peut être préoccupé par diverses questions : gestion des symptômes, effets secondaires, coût, qualité de vie et complexité du traitement²⁸. Offrir des options aide le patient à dissiper ses inquiétudes et à choisir un traitement auquel il sera en mesure d'adhérer.

3. SOINS AUTOGÉRÉS

Les Centres de médecine de famille doivent faciliter et appuyer les soins autogérés (aussi appelés autosoins)*. Les études ont démontré que la promotion des soins autogérés est plus efficace lorsque tous les membres de l'équipe y participent². Les médecins de famille, le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe devraient toujours envisager le traitement qu'ils recommandent d'après la perspective du patient. Ils devraient collaborer avec les patients et leurs aidants naturels pour élaborer des plans d'action réalistes et leur enseigner des techniques de résolution de problèmes, dans la mesure de leurs possibilités.

Les soins autogérés sont particulièrement importants pour les patients atteints de maladies chroniques. Les études ont démontré qu'il serait utile pour une pratique d'organiser des visites en groupe pour ces patients. Les soins autogérés devraient avoir pour but d'accroître la confiance du patient et de ses aidants naturels pour que ces derniers puissent les aider à mieux composer avec leur maladie et de ce fait, améliorer leur état de santé^{2,29}.

4. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET RÉTROACTION DES PATIENTS

Un cabinet dont l'approche est centrée sur le patient s'efforce continuellement d'accroître la satisfaction des patients et la qualité des soins. Au moyen d'enquêtes et d'autres outils, il encourage la rétroaction des patients et cherche notamment à connaître leur évaluation de l'accès aux rendez-vous et du temps qui leur est chaque fois accordé. Pour renforcer l'approche centrée sur le patient, les cabinets pourraient envisager d'évaluer régulièrement l'efficacité de leurs services dans le cadre de leur adhésion à un programme d'amélioration continue de la qualité (ACQ)². Afin de déterminer et de traiter toute lacune interne et d'améliorer leur efficacité globale, ils devraient en outre suivre de près les résultats de santé et la satisfaction de leurs patients.

Veuillez consulter l'Annexe 2 pour des exemples d'outils de rétroaction des patients.

5. ÉQUIPES

Le CMFC reconnaît l'importance de la collaboration au sein des équipes de soins de santé primaires, qui permettent à chaque professionnel de la santé d'utiliser pleinement ses connaissances et ses compétences dans l'exercice de ses fonctions.

Dans un cabinet où l'on mise sur la collaboration, les patients peuvent recevoir des soins de différents professionnels qui travaillent ensemble en équipes solides, appuyées par le système. Répondre aux besoins des patients veut dire leur donner accès au bon praticien au bon moment et au bon endroit. La mise en œuvre de la prestation des soins en équipe permet aux professionnels de la santé, comme

* Le soutien à l'autogestion des soins est défini comme la mise en œuvre systématique d'activités d'éducation et de soutien par une équipe de soins pour améliorer les compétences et la confiance des patients en ce qui concerne la prise en charge de leurs problèmes de santé, notamment l'évaluation régulière des progrès réalisés et des problèmes, la définition d'objectifs et l'aide à la résolution de problèmes²⁹.

les collègues médecins, les infirmières praticiennes et les adjoints au médecin, de compléter les soins dispensés par les médecins de famille, tout en travaillant dans les limites de leur domaine de pratique.

Comme les patients et leurs familles interagissent avec différents groupes de professionnels de la santé lors de leurs différentes visites, il est important que le médecin de famille soit le pivot de l'équipe, celui qui fait le lien entre le patient et les différents professionnels et qui veille au bon déroulement de la prestation des soins et du partage de l'information. Les équipes de soins collaboreront à l'établissement de buts communs qui reflètent les priorités des patients et de leurs familles et peuvent être clairement formulés, compris et soutenus par tous les intervenants³⁰. Il semble que plus l'approche des soins est cohérente, plus grande est la continuité des soins³¹, la satisfaction des patients³² et la satisfaction des professionnels de la santé³³.

6. TECHNOLOGIE (INCLUANT LES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES (DMÉ) et le COURRIEL)

L'utilisation de la technologie fait partie intégrante du fonctionnement des cabinets de soins primaires. Toute une gamme d'options technologiques devraient être mises à la disposition des patients des Centres de médecine de famille.

Les technologies de la santé doivent être utilisées pour renforcer la continuité des soins, stimuler la participation des patients et améliorer la communication entre les médecins, le personnel et les patients. Les systèmes de dossiers axés sur le patient doivent donner au clinicien un accès facile à l'information sur la famille du patient et à d'autres données contextuelles, offrir de l'espace pour documenter les préférences du patient en matière de traitement et être faciles d'utilisation pour la gestion des dossiers administratifs et de facturation¹⁷.

La technologie doit favoriser la participation active des patients lors des rencontres cliniques en favorisant les échanges entre eux et leur médecin de famille¹⁷. Des échanges suivis et planifiés avec les patients par courriel, téléphone ou d'autres moyens de communication électroniques peuvent faciliter la gestion des soins des patients, en particulier de ceux qui souffrent de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, l'arthrite et la maladie mentale³⁴.





Axer l'utilisation du DMÉ sur le patient est un moyen d'encourager sa participation. Il est par exemple possible de programmer dans le DMÉ un rappel à envoyer au patient ou à sa famille concernant les rendez-vous ou la vaccination grâce au moyen de communication automatisé (appel téléphonique ou courriel) choisi par le patient.

D'autres avantages de l'utilisation du DMÉ incluent une diminution du nombre d'événements indésirables liés à la médication et une adhésion accrue au traitement³⁵, une efficacité accrue du déroulement des interventions et des rappels aux patients³⁶ et une amélioration de la sécurité des données et de la confidentialité du patient³⁷.

Consultez le document du CMFC intitulé [Vous avez un message! Ce que tout médecin de famille devrait savoir avant de cliquer sur « Envoyer »](#)³⁸ pour de plus amples

renseignements sur l'envoi de courriels à vos patients.

Vous trouverez à l'Annexe 3 deux exemples d'outils électroniques qui favorisent la participation des patients à leurs soins de santé.

7. UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS

Les cabinets ou cliniques devraient instaurer un système qui assure un accès en temps opportun aux rendez-vous à tous les patients. Ces derniers considèrent l'accès en temps opportun comme l'un des éléments les plus importants des soins primaires³⁹. Différents modèles de prise de rendez-vous sont utilisés dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale pour favoriser un accès rapide, dont le modèle de rendez-vous le jour même/rendez-vous accéléré. D'autres systèmes devraient également être mis en œuvre pour permettre :

- aux patients de choisir eux-mêmes le jour et l'heure de leur rendez-vous;
- les consultations par téléphone ou courriel lorsqu'elles constituent un substitut approprié aux consultations en personne;
- le service en dehors des heures ouvrables afin que les soins primaires soient facilement accessibles le soir, les week-ends et les jours fériés⁴⁰.

Consultez le document du CMFC intitulé [Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale : Rendez-vous le jour même/Rendez-vous accélérés](#)³⁴ pour de plus amples renseignements.

Mettre en œuvre les stratégies qui précèdent aidera votre cabinet ou clinique à être davantage axé(e) sur les besoins des patients. De solides partenariats s'établiront entre vous et vos patients, ce qui peut contribuer à une plus grande satisfaction chez vos patients et à de meilleurs résultats de santé.

Annexe 1 : Caractéristiques du modèle de soins de santé traditionnel

c. le modèle de soins centré sur le patient

	MODÈLE DE SOINS TRADITIONNEL	MODÈLE DE SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT
Rôle du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Passif • La plupart du temps, le patient écoute le professionnel de la santé expliquer le traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif • Le médecin encourage le patient à discuter activement des options de traitement et de ses préférences à cet égard.
Prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle décisionnel est essentiellement assumé par le professionnel de la santé (habituellement un médecin de famille). • Le professionnel de la santé n'offre pas d'options. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le professionnel de la santé et le patient collaborent à la prise de décisions. • Le professionnel de la santé propose les choix de traitement recommandés et discute des avantages et des inconvénients de chacun.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle centré sur la maladie • L'intervention du professionnel de la santé est centrée uniquement sur le traitement de la maladie diagnostiquée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle centré sur le patient • Ensemble, le professionnel de la santé et le patient échangent activement des idées et cherchent des solutions pour améliorer la qualité de vie du patient, pas uniquement pour « traiter » la maladie.
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • C'est surtout le professionnel de la santé qui parle. • Peu de temps est accordé au patient pour poser des questions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le professionnel de la santé écoute plus et parle moins. • Du temps est accordé au patient pour poser des questions et discuter des avantages et des inconvénients des choix de traitement recommandés.
Plans de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de traitement est recommandé et fourni au patient. • Ce plan est axé sur le traitement de la maladie diagnostiquée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs possibilités de traitement sont discutées par le patient et le professionnel de la santé. • Lorsque le patient et le professionnel de la santé se sont entendus sur un traitement, le médecin de famille, en collaboration avec l'équipe de soins, élabore un plan de traitement complet qui tient compte de la situation, des préoccupations et des préférences du patient. • Le plan inclut un schéma de traitement pour la maladie diagnostiquée ainsi que d'autres recommandations visant un mode de vie plus sain —p. ex., on pourrait recommander un régime et un plan d'exercice à un patient à la limite de l'embonpoint ayant reçu un diagnostic de diabète.
Technologie utilisée	<ul style="list-style-type: none"> • Le cabinet ou la clinique peut disposer d'un système de DMÉ, mais ne l'utilise pas pour susciter la participation des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les renseignements du patient sont conservés dans un système de DMÉ qui est accessible à l'équipe de soins du patient. • Grâce aux outils dont est doté le système de DMÉ, il est facile de suivre les progrès du patient, p. ex., des tableaux et des graphiques permettent au médecin de voir facilement les résultats de santé passés et présents d'un patient et ses résultats futurs projetés.
Prestataires des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients sont vus par leur médecin de famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont accès à une équipe de professionnels de la santé, qui peut inclure des médecins de famille, des infirmières, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux, tous travaillant ensemble à élaborer le meilleur plan de traitement possible.

Annexe 2 : Exemples d'outils de rétroaction des patients

L'**Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** a élaboré une **série de sondages sur les soins de santé** qui portent sur trois différents niveaux de la pratique des soins primaires : le **patient**, le **dispensateur** et l'**organisation**. Les sondages peuvent être utilisés séparément ou ensemble. Ils peuvent faire l'objet de couplages au moyen d'identificateurs anonymes qui permettent de coupler patients et dispensateurs, et dispensateurs et organisations⁴¹.

L'Université McMaster a lancé le projet **Quality in Family Practice Project**, un programme complet et intégré d'ACQ qui encourage et célèbre l'excellence en pratique familiale. Ce projet préconise l'utilisation d'un outil d'évaluation interdisciplinaire auprès des cabinets et cliniques de médecine familiale⁴².

Le **Health Quality Council de la Saskatchewan** a créé l'outil **Patient Experience Survey Toolkit**, un guide pratique pour sonder les patients qui fréquentent les cabinets et cliniques de médecine familiale. Cette trousse d'outils décrit un processus de sondage courant et des méthodes pour planifier et mener des sondages. Elle explique aussi comment utiliser les résultats dans le programme d'ACQ de votre cabinet ou clinique. Pour plus de flexibilité, elle propose une version **courte** et une version **longue** du sondage⁴³.

Annexe 3 : Exemples de ressources axées sur la technologie

En mars 2014, **Inforoute Santé du Canada** lançait l'**Initiative de prise de rendez-vous électronique**⁴⁴ afin d'inciter les médecins et les infirmières praticiennes admissibles à offrir la prise de rendez-vous en ligne à leurs patients. Avec une majorité de Canadiens et de Canadiennes qui souhaitent pouvoir prendre leurs rendez-vous en ligne, la prise de rendez-vous électronique peut être un outil utile pour atteindre un niveau de commodité et de contrôle dans les cabinets. Au Canada, les premiers à avoir adopté cette solution ont mentionné les avantages suivants : réduction du taux de rendez-vous manqués, efficacité et satisfaction accrues du personnel administratif, responsabilisation et satisfaction accrues des patients.

Certaines initiatives ont également été lancées à plus petite échelle. C'est le cas, par exemple, de **MyChart™**, une initiative du **Centre des sciences de la santé Sunnybrook** liée à la cybersanté. Il s'agit d'un outil en ligne que les patients peuvent utiliser pour créer et gérer les renseignements personnels et cliniques sur leur santé. MyChart™ tient compte des droits et des besoins des patients et des fournisseurs de soins, tout en assurant la sécurité des renseignements privés connexes⁴⁵.



Références

1. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med* 2011;9(2):155–164.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *A Vision for Canada: Family Practice – The Patient's Medical Home*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Publié au : http://www.cfpc.ca/A_Vision_for_Canada/. Consulté le 29 juillet 2014.
3. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of “patient-centredness” in patient-physician communication research. *Soc Sci Med* 2013;96:147–153.
4. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, eds. *Communicating with Medical Patients*. London, UK: Sage; 1989:25–42.
5. Berwick D. What “patient-centered” should mean: Confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(4):w555–565.
6. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61(7):1516–1528.
7. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468–472.
8. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011;9(2):100–103.
9. Kvåle K, Bondevik M. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scand J Caring Sci* 2008;28:582–589.
10. Tuckett AG. The care encounter: Pondering caring, honest communication and control. *Int J Nurse Pract* 2005;11:77–84.
11. Gutkin C. Looking ahead: Shifting tides. *Can Fam Physician* 2012;58(11):1312, 1309–11.
12. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(12):600–607.
13. Jackson J. Communication about symptoms in primary care: Impact on patient outcomes. *J Altern Complement Med* 2005;11(S1):S51–S56.
14. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796–804.
15. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns* 2005;57(3):308–314.
16. Dinh TT, Bounajm F. *Improving Primary Health Care Through Collaboration. Briefing 3: Measuring the Missed Opportunity*. Ottawa, ON: Conference Board du Canada; 2013.
17. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs* 2010;29(8):1489–1495. Publié au : http://ahealthaction.org/library/http___content.healthaffairs.org_cgi_reprint_29_8_1489.pdf_ijkeyHQf01wE_2r.pdf. Consulté le 21 août 2014.
18. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns* 2005;57(3):342–349.
19. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras ME. Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ Couns* 2012;88 (2):170–176.
20. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335(7609):24–27.
21. Green ME, Hogg W, Gray D, Manuel D, Koller M, Maaten S, et al. Financial and work satisfaction: Impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario. *Healthc Policy* 2009;5(2):e161–e176.
22. Savage AI, Lauby T, Burkard JF. Examining selected patient outcomes and staff satisfaction in a primary care clinic at a military treatment facility after implementation of the patient-centered medical home. *Mil Med* 2013;178(2):128–134.
23. Buchman S. There's no place like home. *Can Fam Physician*, 2012;58(3):349.
24. Smith, RC. *Patient-centered Interviewing: An Evidence-based Method*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
25. Lein C, Wills CE. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *Am Acad Nurse Pract* 2007;19:215–220.
26. Brock DM, Mauksch LB, Witteborn S, Hummel J, Nagasawa P, Robins LS. Effectiveness of intensive physician training in upfront agenda setting. *J Gen Intern Med* 2011;26(11):1317–1323.
27. Barry M, Edgman-Levitan S. Shared decision making: The pinnacle of patient-centered care. *New Engl J Med* 2012;366(9):780–781.
28. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:331–342.
29. National Research Council. *The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
30. Wynia MK, Von Kohorn I, Mitchell PH. Challenges at the intersection of team-based and patient-centered health care: Insights from an IOM working group. *JAMA* 2012;308(13):1327–1328.

31. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ* 2001;323:784–787.
32. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al. The Group Health medical home at year two: Cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(5):835–43.
33. Helfrich CD, Dolan ED, Simonetti J, Reid RJ, Joos S, Wakefield BJ, et al. Elements of team-based care in a patient-centered medical home are associated with lower burnout among VA primary care employees. *J Gen Intern Med* 2014;29(Suppl 2):S659–66.
34. Collège des médecins de famille du Canada. *Timely Access to Appointments in Family Practice: Same Day/Advanced Access Scheduling*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Publié au : www.cfpc.ca/Timely_Access/. Consulté le 21 août 2014.
35. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)* 2005;24(5):1103–1117.
36. Paterson et al. Cross-Canada EMR case studies: Analysis of physicians' perspectives on benefits and barriers. *Electronic J Health Inform* 2011;6(4):e34.
37. Agrawal A. Return on investment analysis for a computer-based patient record in the outpatient clinic setting. *J Assoc Acad Minor Phys* 2002;13(3):61–65.
38. Collège des médecins de famille du Canada. *You've Got Mail! What Family Physicians Should Know Before Hitting "Send."* 2011. Publié au : www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3853&terms=EMAIL. Consulté le 21 août 2014.
39. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What do people think is important about primary healthcare? *Healthc Policy* 2008;3(3):89-104.
40. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient Centred Primary Care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(10):953-957.
41. Institut canadien d'information sur la santé. Primary health care: Pan-Canadian primary health care survey questions and tools. Site Web de l'ICIS. www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/tabbedcontent/types+of+care/primary+health/cihi006583. Consulté le 29 août 2014.
42. Levitt C, Hiltz L. *Quality Book of Tools*. Hamilton: McMaster Innovation Press; 2010. Publié au : www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro_ACE/Quality_in_Family_Practice_Book_of_Tools.pdf. Consulté le 29 août 2014.
43. Saskatchewan Health Quality Council. Patient Experience Survey Toolkit. Publié au : www.hqc.sk.ca/Portals/0/documents/patient-experience-survey-toolkit.pdf. Consulté le 29 août 2014.
44. Inforoute Santé du Canada. E-Booking Initiative. Site Web d'Inforoute Santé du Canada. www.infoway-inforoute.ca/index.php/programs-services/investment-programs/consumer-health-solutions/e-booking-initiative. Consulté le 29 août 2014.
45. Sunnybrook Health Sciences Centre. My Chart™. Sunnybrook Health Sciences Centre website. <http://sunnybrook.ca/content/?page=mychartlogin-learnmore>. Consulté le 29 août 2014.

OCTOBRE 2014

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA