

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

# Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille

JUIN 2016



## INTRODUCTION

Au **Centre de médecine de famille\*** (CMF), les principes directeurs suivants<sup>1</sup> favorisent des soins complets et globaux, et l'importance de répondre aux besoins du public :

- Le médecin de famille du patient devrait travailler en collaboration avec les autres membres de l'équipe médicale afin d'offrir une gamme complète de services aux personnes de tous âges, y compris la prise en charge des maladies indifférenciées et des questions médicales complexes.
- Le CMF devrait accorder la priorité à la prestation de soins fondés sur des données probantes, la prévention des maladies et des blessures et la promotion du mieux-être, ainsi que renforcer ces éléments à chaque visite du patient.
- Le système de soins de santé devrait soutenir les CMF pour assurer qu'ils jouent un rôle clé dans la prise en charge et la coordination des soins dispensés aux patients souffrant de maladies chroniques, y compris les maladies mentales.
- Il conviendrait d'encourager et d'appuyer les soins autogérés dans le cadre du plan de soins de chaque patient.

Au Canada, on remarque un passage radical des maladies aiguës et transmissibles vers la prévalence de maladies chroniques. La prise en charge des maladies chroniques, notamment le diabète, l'hypertension, l'arthrite et la santé mentale, constitue un défi important tant à l'heure actuelle qu'à l'avenir, étant donné la croissance prévue de la population de personnes âgées<sup>1</sup>. À mesure que cette population vieillit, la prévalence de maladies chroniques augmente<sup>2</sup>.

Les maladies chroniques sont des maladies non transmissibles de longue durée qui peuvent être influencées par les comportements en matière de santé. Au cours des dernières années, les données probantes révèlent que ces maladies ont atteint des proportions épidémiques<sup>3</sup>. Au Canada, le nombre de décès attribués aux maladies chroniques est à la hausse, et les taux de maladies chroniques augmentent d'environ 14 % chaque année<sup>4</sup>. On note une augmentation de la prévalence de personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques (comorbidités) vu le vieillissement de la population<sup>2</sup>.

Bien que ce soient principalement les adultes plus âgés qui sont atteints de maladies chroniques, ils ne sont pas les seuls à en souffrir. Le taux de maladies chroniques augmente plus rapidement chez les Canadiens âgés de 35 à 64 ans, comparativement à ceux de 65 ans et plus. Les enfants et les jeunes adultes présentent des taux croissants de maladies chroniques, et comme ils vivent avec des maladies chroniques pendant une plus longue période, la prise en charge est extrêmement importante<sup>4</sup>.

Les maladies chroniques peuvent avoir des répercussions importantes sur le développement d'un enfant.

**Quatre-vingt-trois pour cent des Canadiens et Canadiennes** âgés de 65 ans et plus rapportent souffrir d'au moins une maladie chronique<sup>7</sup>. Près du quart de toutes les personnes âgées au Canada sont atteintes de comorbidités, et rapportent trois maladies chroniques ou plus. L'estimation du taux de prévalence déclaré pour les maladies suivantes chez les adultes est :

**Diabète : 9,3 %**<sup>8</sup>

**Hypertension : 22,7 %**<sup>9</sup>

**Arthrite : 15,3 %**<sup>10</sup>

\* Le Centre de médecine de famille : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/>

Les enfants et les adultes souffrent de différents types de maladies. Les maladies chroniques les plus souvent rapportées chez les aînés sont l'hypertension et l'arthrite<sup>5</sup> alors que chez l'enfant, ce sont surtout l'asthme, le diabète et le cancer<sup>6</sup>.

Le fait d'offrir des soins primaires axés sur le patient peut aider à améliorer l'état de santé des patients atteints de maladies chroniques. Les équipes dirigées par un médecin de famille dans les CMF constituent la pierre angulaire d'une prise en charge efficace des maladies chroniques.

## OBJECTIFS

L'objectif de ce guide est de fournir des conseils pratiques aux médecins de famille pour la prise en charge de maladies chroniques dans les cliniques ou cabinets de médecine familiale. Les objectifs consistent à améliorer la qualité de vie, prévenir les troubles connexes, minimiser les symptômes invalidants et de l'apparition de maladies chez les personnes à risque<sup>11</sup>.

Bien que ce guide soit destiné à tous les types de pratiques de médecine familiale, les stratégies décrites comportent plusieurs éléments importants du modèle du CMF du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

## CONTEXTE

Les maladies chroniques, bien qu'elles soient complexes, ont des facteurs de risque en commun. Certains facteurs de risque contextuels, comme l'âge et la composition génétique, ne peuvent être changés, mais d'autres sont modifiables<sup>11</sup>. Les facteurs de risque comportementaux des maladies chroniques comprennent le tabagisme, un régime alimentaire malsain, le sédentarisme et une consommation abusive d'alcool<sup>12</sup>. Les preuves péremptoires suggèrent que des comportements malsains et un surpoids sont associés à plusieurs maladies chroniques, notamment le diabète de type 2, la coronaropathie, l'arthrose et certains cancers.

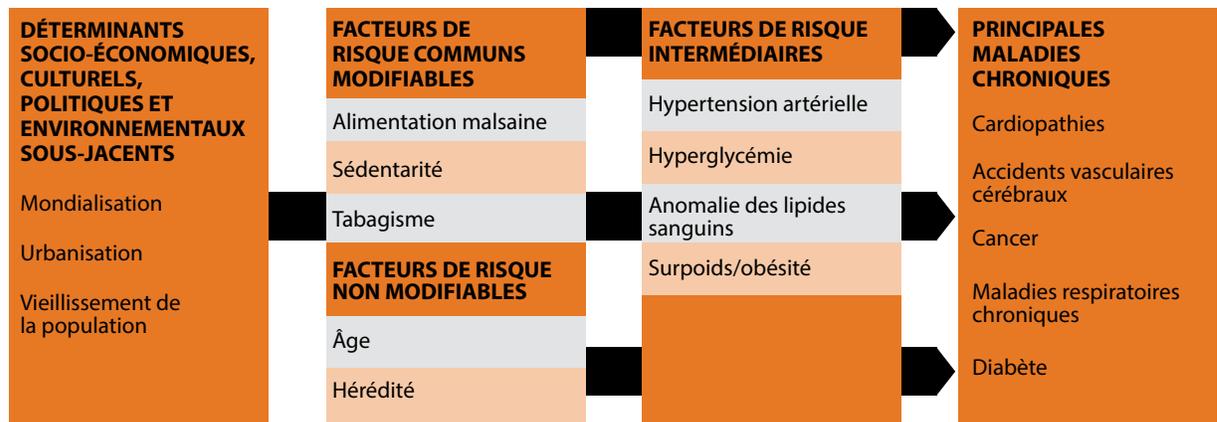
Plus de 60 % des adultes<sup>13</sup> et 25 % des enfants canadiens sont obèses ou en surpoids, ce qui augmente leur risque de maladies chroniques<sup>14</sup>. Les communautés autochtones présentent un risque encore plus important, affichant des taux plus élevés de maladies chroniques comme la maladie cardiaque, le diabète, le cancer et l'asthme<sup>4</sup>.

Les déterminants sociaux de la santé influencent fortement les facteurs de risque comportementaux. La pauvreté peut constituer une cause principale de maladies chroniques, car elle est associée à une augmentation du risque de malnutrition, de tabagisme, de faibles niveaux d'activité physique et de consommation abusive d'alcool. Ceci est appuyé par des données probantes qui démontrent que les répercussions des maladies chroniques sur la qualité de vie sont plus importantes chez les Canadiens et Canadiennes les plus pauvres<sup>15</sup>.

Il existe un lien étroit entre les maladies chroniques et les déterminants sociaux de la santé. Certaines personnes vivent dans la pauvreté à cause de leur maladie, tandis que d'autres sont malades à cause de leur condition socioéconomique<sup>2</sup>. La Figure 1 présente les facteurs complexes qui interagissent et qui influencent les taux de maladies chroniques.

**Figure 1:** Facteurs qui influencent les taux de maladies chroniques

## Causes des maladies chroniques



Reproduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé<sup>16</sup>

Selon le Fonds du Commonwealth, les professionnels de la santé ne saisissent pas souvent l'occasion de faire participer les patients atteints de maladies chroniques à leurs propres soins. La prise en charge de ces maladies peut prévenir, retarder et contrôler les maladies chroniques, et ainsi réduire leurs importantes conséquences sociales et sur la santé. Au moins 80 % des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, des cas de diabète de type 2 précoces, ainsi que 40 % des cancers pourraient être prévenus grâce à des interventions de prise en charge active<sup>17</sup>.

### Le rôle de la médecine familiale

Les médecins de famille peuvent aider à réduire l'incidence des maladies chroniques et à atténuer ses effets en mettant en œuvre des stratégies de prise en charge dans leurs pratiques. Les données probantes démontrent qu'une bonne organisation des pratiques de médecine familiale joue un rôle important dans la réduction de plusieurs facteurs de risque ainsi que des coûts associés aux maladies chroniques, contribuant ainsi à de meilleurs résultats tout en favorisant l'orientation des patients dans le système de santé<sup>18,19,20,21</sup>.

Les stratégies de prise en charge active peuvent aider à prévenir ou à retarder les complications immédiates ou à long terme. Par exemple, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et souffrant de dépression depuis longtemps peut améliorer leur qualité de vie. En collaborant avec d'autres professionnels de la santé pour offrir les soins qui conviennent le mieux, les médecins de famille peuvent créer une relation de confiance avec leurs patients qui assure la continuité et l'intégralité des soins. Ceci peut faire contrepoids à la complexité des comorbidités chroniques<sup>20</sup>.

En combinant ces éléments de soins, le modèle du CMF convient parfaitement à la prise en charge des maladies chroniques. L'approche axée sur le patient convient le mieux pour la prise en charge des maladies chroniques chez des patients présentant des comorbidités chroniques, tout en assurant le traitement simultané des maladies. La prise en charge des maladies chroniques devrait être orchestrée par les médecins de famille et l'équipe du CMF, et comprendre les communautés dans lesquelles

habitent les patients. Si les équipes interprofessionnelles du CMF sont bien organisées et soutenues, elles peuvent aider à prévenir et à retarder plusieurs maladies chroniques, et même à réduire leurs effets de façon importante<sup>1</sup>.

## MODÈLES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Plusieurs modèles ont été élaborés pour la prise en charge des maladies chroniques. Bien qu'ils comprennent différents éléments ou différentes stratégies, ils ont souvent des recommandations en commun<sup>2</sup> pour la prise en charge des maladies chroniques, comme :

- Promouvoir des soins proactifs
- Identifier les services nécessaires en fonction de la stratification du risque
- Reconnaître les soins primaires comme le noyau de la prise en charge
- Utiliser les systèmes d'information sur la santé
- Créer des partenariats dans la communauté
- Promouvoir l'autogestion des soins
- Utiliser des lignes directrices sur les meilleures pratiques

Certains modèles de prise en charge des maladies chroniques font appel à une approche axée sur des maladies particulières, qui pourrait ne pas être adaptée aux cas complexes de comorbidités<sup>11</sup>.

Lorsque l'on adapte un modèle de prise en charge des maladies chroniques pour la médecine familiale, les stratégies suivantes<sup>11</sup> peuvent aider à élaborer une approche intégrée :

- Rationaliser les approches pour les troubles connexes, comme un programme commun pour les troubles du syndrome métabolique, par exemple, le diabète et l'hypertension
- Promouvoir des outils d'autogestion adaptés à plusieurs maladies chroniques et qui peuvent aider les patients atteints de comorbidités à prendre en charge l'ensemble de leurs soins
- Encourager une approche axée sur la famille; la recherche a démontré que les membres de la famille jouent souvent un rôle important dans la prise en charge des maladies chroniques

**Le Groupe d'étude** canadien sur les soins de santé préventifs est une ressource utile pour les médecins de famille. Mis sur pied par l'Agence de la santé publique du Canada, le Groupe élabore des lignes directrices pour la pratique clinique qui soutiennent les professionnels de la santé en soins primaires qui offrent des soins de santé préventifs. Par exemple, le groupe d'étude a récemment élaboré des lignes directrices sur l'**Obésité juvénile**<sup>†</sup>.

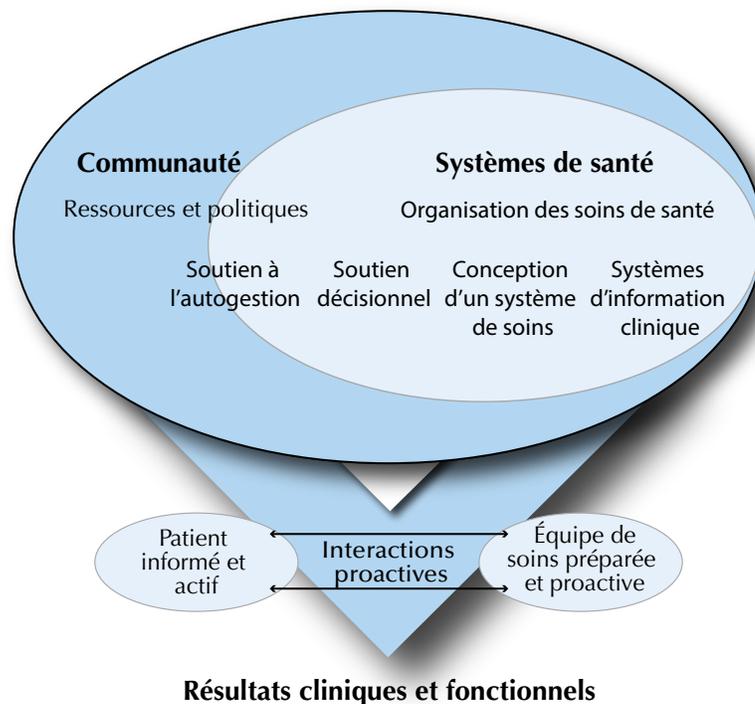
**Prévention en main**<sup>‡</sup> (PeM), une initiative du CMFC, donne accès à un site Web et une application mobile conviviaux qui constituent une ressource importante en matière de santé pour les professionnels de la santé et la population afin d'améliorer l'accès à des renseignements à jour et précis sur la prévention des maladies chroniques. Les médecins de famille peuvent avoir accès à des lignes directrices professionnelles, ainsi que des ressources et outils pour favoriser les changements de comportement.

<sup>†</sup>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs – Obésité juvénile : <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2015-obesity-children/>.

<sup>‡</sup>Prévention en main (PeM) : [www.preventionmain.com](http://www.preventionmain.com).

Le modèle de soins aux malades chroniques (MSMC; Figure 2), aussi connu sous le nom du modèle Wagner, est l'un des modèles de prise en charge des maladies chroniques les plus complets et a été adapté à divers contextes et maladies. Le MSMC constitue une base pour les modèles semblables à ceux du CMF axés sur la prestation de soins proactifs, planifiés et fondés sur des données probantes aux patients atteints de maladies chroniques<sup>22</sup>. Le modèle préconise une approche multidimensionnelle pour les équipes de soins primaires et met l'accent sur des interactions productives entre des patients informés et habilités et des équipes de soins proactives et préparées<sup>23</sup>.

**Figure 2 :** Le modèle de soins aux malades chroniques



Reproduit avec la permission du *American College of Physicians*<sup>23</sup>

Voici quelques précisions sur les éléments clés du modèle<sup>3</sup> :

- Soutien à l'autogestion : fournir des outils d'autogestion pour aider les patients et leurs proches à acquérir les habiletés nécessaires pour gérer leurs maladies
- Conception d'un système de prestation de soins : mettre sur pied des équipes de soins ayant comme vision de créer divers rôles permettant aux praticiens de mettre en œuvre des services préventifs et de gestion de la maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques
- Soutien décisionnel : intégrer des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des données probantes dans la pratique quotidienne
- Système d'information clinique : utiliser des systèmes de rappel afin de respecter les lignes directrices sur la pratique, et des registres pour la planification des soins individuels et communautaires
- Ressources communautaires : établir des partenariats dans la communauté pour améliorer le soutien aux patients et aux communautés

- Organisation des soins de santé : organiser les services et la prestation des soins afin d'appuyer la prise en charge des maladies chroniques

Diverses autorités sanitaires provinciales utilisent différents modèles de soins afin d'élaborer des stratégies complètes de prise en charge des maladies chroniques. L'Alberta, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador utilisent le MSMC élargi. Ce modèle va au-delà de l'aspect clinique et inclut des éléments de promotion de la santé auprès des populations qui englobent les efforts de prévention, une reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux de la santé et l'amélioration de la participation de la communauté<sup>24</sup>. Le cadre de gestion et de prévention des maladies chroniques de l'Ontario a été élaboré à l'aide du MSMC et du MSMC élargi afin de créer une approche fondée sur des données probantes, basée sur la population et axée sur le patient<sup>25</sup>. Bien que les modèles propres à chaque province ou territoire différent, ils partagent tous des caractéristiques et présentent des stratégies visant la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

## STRATÉGIES D'INTÉGRATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

La pratique de médecine familiale joue un rôle central dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. La prise en charge des maladies chroniques devrait être effectuée tout au long de la progression — en commençant par la présence de facteurs de risque, en passant par la présentation de troubles intermédiaires jusqu'au diagnostic de la maladie. À chaque étape, les patients bénéficient d'interventions préventives et d'une prise en charge adéquate pour améliorer leur santé. Les médecins de famille devraient connaître les différents facteurs et problèmes de santé afin de pouvoir agir efficacement<sup>12</sup>.

Bien que plusieurs solutions soient ancrées dans des changements complexes à l'échelle du système, ce guide met l'accent sur des stratégies pratiques que chaque médecin de famille peut adopter en réorganisant certains aspects de leur pratique et en utilisant les ressources disponibles. Ce guide offre des recommandations pour l'adoption d'une approche efficace pour la prise en charge des maladies chroniques à trois niveaux — dans la pratique, dans la communauté et à plus grande échelle.

### DANS LA PRATIQUE

#### Promouvoir l'autogestion

Le but de l'autogestion des soins devrait être de créer une relation de confiance entre le patient et leurs professionnels de la santé afin de mieux prendre en charge les maladies et à améliorer l'état de santé des patients. L'activité physique, la nutrition, l'observance de la médication et l'autosurveillance sont des éléments d'une autogestion des soins efficace pour plusieurs maladies chroniques. Plusieurs patients ne suivent pas les lignes directrices recommandées, ce qui complexifie le rôle de soutien de leur équipe de soins. Afin de promouvoir de façon efficace l'autogestion des soins, les pratiques ont besoin des ressources humaines appropriées (équipes de soins primaires), d'une formation adéquate et de mesures continues de soutien pour les patients<sup>26</sup>.

Pour que les programmes de soins soient efficaces, les patients doivent participer à part entière dans leurs soins et recevoir du soutien sur une base continue<sup>12</sup>. Les caractéristiques clés de l'autogestion comprennent les éléments suivants :

- Collaborer avec le patient pour trouver des outils d'autogestion qui l'aideront à surveiller les comportements sains et à accroître la confiance<sup>2</sup>
- Fournir au patient et à ses soignants de l'information sur les services communautaires et sociaux qui pourraient améliorer son état de santé<sup>2</sup>
- Soulager la détresse du patient face à la maladie chronique<sup>27,28</sup>
- Améliorer l'autoefficacité du patient en discutant des situations concrètes ou des défis qu'il rencontre en utilisant des techniques de résolution de problèmes pour les résoudre<sup>29</sup>



- Encourager des interactions positives entre le patient et son médecin en posant des questions et en écoutant les réponses du patient pour s'assurer que les problèmes sont identifiés du point de vue du patient<sup>26</sup>
- Inclure des stratégies de résolution de problèmes, de planification et d'établissement des objectifs pendant un rendez-vous pour aider le patient à élaborer un plan d'action réaliste et pour répondre aux préoccupations immédiates<sup>26</sup>
- Aborder les enjeux liés à la littératie en santé et aux obstacles médicaux à l'autogestion en s'assurant que le patient comprend les objectifs, les attentes, la terminologie médicale et les paramètres<sup>26</sup>. Par exemple, un des modèles de soins qui favorise la littératie en santé<sup>30</sup> suggère que les professionnels supposent que les patients ne comprennent pas l'information transmise relativement à leurs soins, et affirme que les interventions en littératie en santé amélioreront les résultats pour les patients dans la prise en charge de leurs maladies chroniques. Pour plus d'information sur la gestion des enjeux liés à la littératie en santé dans la pratique, voir le Guide Conseil pratique : *Littératie en santé*.<sup>§</sup>

Divers outils ont été mis au point pour aider les professionnels de la santé à encourager l'autogestion des soins. L'annexe A contient des ressources pratiques pour engager le dialogue avec les patients sur les pratiques d'autogestion des soins. Les 7 A du changement de comportement, dans l'annexe B, est un outil utile pour favoriser la prévention. Compte tenu des contraintes de temps des médecins de famille, il est conseillé de donner la responsabilité à d'autres membres de l'équipe pour expliquer ces outils et travailler avec les patients sur les stratégies d'autogestion.

<sup>§</sup>Guide Conseil pratique *Littératie en santé* :

<http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-litteratie-en-sante-dans-le-centre-de-medecine-de-famille/>.

## Présentation de cas : *Integrated Health Network* (Colombie-Britannique)

À Port Alberni (Colombie-Britannique), les patients dont les médecins de famille font partie du *Integrated Health Network* de Port Alberni bénéficient de divers programmes de prise en charge des maladies chroniques et du mieux-être, notamment le *Chronic Disease Self Management Program*, un atelier de six semaines qui aide les patients atteints de maladies chroniques à mieux gérer leurs symptômes. L'objectif du programme est de promouvoir la confiance en soi et la motivation grâce à l'information transmise, ainsi qu'aux habiletés pratiques acquises dans le cadre de ces ateliers. Les ateliers couvrent divers sujets, notamment la saine alimentation, l'établissement et le maintien d'un programme d'exercices, la gestion de la douleur et de la fatigue, la communication avec les professionnels de soins de santé, la gestion de la médication, et plus encore<sup>31</sup>.

## Une interaction continue entre le médecin et le patient

Établir un partenariat entre le médecin et le patient est étroitement liée à l'autogestion des soins. Une bonne relation entre les patients et les membres de leur équipe de soins, y compris le personnel infirmier, les pharmaciens et les diététistes, fait en sorte que le contexte de la médecine familiale est approprié pour la prise en charge efficace des maladies chroniques. Les conversations entre les professionnels de la santé et les patients sur la prise en charge des maladies chroniques peuvent porter sur :

- L'éducation
- Les soutiens dans la communauté
- Les modifications à apporter aux soins
- Les objectifs des patients
- La négociation
- L'évaluation des plans de traitement

Ce dialogue continu favorise la participation active des patients à leurs propres soins et a le potentiel d'augmenter l'observance des plans de traitement et d'améliorer l'état de santé des patients<sup>32,33</sup>.

Le téléphone et la messagerie sécurisée, ainsi que la communication par Internet, constituent des façons d'assurer une interaction continue. On a démontré que ces interactions améliorent l'état de santé des patients et qu'elles n'obligent pas les patients à se déplacer, leur faisant ainsi économiser temps et argent, tout en favorisant une communication plus fréquente<sup>34</sup>. Il est important pour les médecins de famille de comprendre les complexités associées aux communications par Internet en ce qui a trait à la protection de la vie privée, la sécurité et la rapidité de diffusion de l'information. Pour quelques suggestions sur la gestion des interactions par Internet, consultez le document [Utilisation du courriel dans les communications avec les patients : les risques juridiques](#) de l'Association canadienne de protection médicale<sup>†</sup>.

<sup>†</sup> L'Association canadienne de protection médicale – Utilisation du courriel dans les communications avec les patients : les risques juridiques : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/using-email-communication-with-your-patients-legal-ris-1>.

## L'accès en temps opportun

Offrir des services en temps opportun est un élément essentiel de la prise en charge des maladies chroniques qui favorise la continuité des soins entre les patients et leurs professionnels de la santé principaux. Plusieurs cabinets ou cliniques, particulièrement ceux qui comptent de nombreux patients atteints de maladies chroniques, préfèrent les modèles qui offrent des rendez-vous préétablis et des rendez-vous le jour même pour la prise en charge de ces maladies complexes<sup>35</sup>.

- Les rendez-vous fixés à l'avance permettent aux médecins et aux patients de prévoir proactivement les rendez-vous. Ils se penchent sur les aspects de la prise en charge des soins dont il n'est habituellement pas question pendant une consultation aiguë. Des consultations régulières préétablies permettent aux médecins de famille d'offrir une prise en charge clinique fondée sur des données probantes, tout en favorisant l'autogestion des soins par les patients<sup>36</sup>. Ce type de consultation permet aussi d'appuyer les soins préventifs qui ne font pas partie des maladies chroniques, et de s'assurer que les tests appropriés sont complétés.
- Les visites le jour même donnent l'occasion aux patients de voir leur médecin rapidement quand ils ont besoin de recevoir des soins. Elles peuvent être réservées aux examens de routine (c.-à-d. aux préoccupations qui ne sont pas liées aux maladies chroniques) ou aux visites urgentes, où les patients peuvent voir leur professionnel de la santé le plus rapidement possible<sup>33,37</sup>.

Le nombre de rendez-vous le jour même réservés dans chaque clinique ou cabinet peut varier. Il devrait être proportionnel au besoin et dépendre du nombre moyen de jours de travail de la clinique. Notons également qu'il pourrait être essentiel de prévoir des consultations de suivi pour aider les patients et les médecins dans la prise en charge des maladies chroniques<sup>35</sup>. La prolongation des heures d'ouverture au-delà des heures normales permet aussi aux patients qui autrement n'auraient pas la possibilité de voir leur médecin de famille d'avoir rapidement accès à des soins.

Voir *Guide Conseil pratique : Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale*<sup>¶</sup> pour plus d'information sur des stratégies efficaces de promotion de l'accès en temps opportun dans les établissements de soins primaires.

## L'inscription de clientèle

L'inscription de clientèle est un processus selon lequel les patients s'inscrivent auprès d'une clinique de médecine familiale, d'un médecin de famille ou d'une équipe. Elle peut favoriser le développement et le maintien d'une relation à long terme entre le patient et les médecins de famille, le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe. Cette relation est essentielle à la prise en charge efficace des maladies chroniques.

De plus, l'inscription de clientèle favorise une prévention efficace et soutient les activités d'amélioration continue de la qualité de la clinique ou du cabinet. Elle aide les médecins de famille et leurs équipes à identifier les patients atteints de maladies chroniques, ce qui facilite l'offre de services importants liés à la prévention et à la prise en charge<sup>39</sup>.

---

<sup>¶</sup> Guide Conseil pratique : Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-laccès-en-temps-opportun-aux-soins-dans-les-bureaux-ou-cliniques-de-medecine-familiale/>

L'accès à des renseignements sommaires sur la population de patients peut permettre aux médecins de s'assurer que la composition de l'équipe de la clinique ou du cabinet est adéquate pour répondre aux besoins. Par exemple, si plusieurs patients souffrent de diabète, le médecin responsable pourra songer à embaucher un éducateur spécialisé en diabète au sein de l'équipe.

Voir [Guide Conseil pratique : Sur l'inscription de clientèle en médecine familiale](#)<sup>s</sup> pour de plus amples informations sur les avantages de l'inscription de clientèle, ainsi que des conseils pour les médecins de famille qui envisagent l'inscription de clientèle ou qui désirent mettre en place ce système dans leur pratique.

## Les consultations de groupe

Les consultations de groupes (rendez-vous, séances) peuvent aider les patients atteints de maladies chroniques<sup>1</sup>. Les patients devraient participer à la planification de l'ordre du jour et aux discussions sur la prise en charge des soins pendant ces consultations<sup>40</sup>. Ceci favorise des conversations productives sur les stratégies de prise en charge des soins de façon habilitante. Les cliniques ou cabinets de médecine familiale qui ont utilisé les consultations de groupe rapportent :

- Une augmentation de la satisfaction des patients et des professionnels de la santé
- Une augmentation de l'autogestion des soins par les patients
- Une diminution de la prévalence des maladies chroniques

### Présentation de cas : Consultations de groupe (Alberta)

*Une clinique de médecine familiale de Taber (Alberta) dessert un pourcentage important de patients âgés avec des besoins complexes. À l'aide de renseignements provenant des dossiers médicaux électroniques, 14 patients (âgés de 65 ans et plus) ont été identifiés comme de bons candidats pour des consultations de groupe sur la base de leur fonction cognitive, de leur mobilité et de leur intérêt à participer. Ces patients avaient en moyenne 5,7 diagnostics et nécessitaient en moyenne 18,7 visites par année.*

*Les consultations de groupe étaient offertes mensuellement et étaient dirigées par l'équipe de base de la clinique ou du cabinet de médecine familiale, notamment le médecin de famille, l'assistant de bureau du médecin et l'infirmière autorisée. D'autres présentateurs étaient souvent invités, ainsi que le pharmacien local, l'infirmière communautaire, des étudiants en médecine et des résidents. Les consultations comprenaient du temps pour une revue individuelle des troubles physiques et de la médication, une présentation sur un sujet choisi par les patients, ainsi que des discussions de groupe et des questions au présentateur et au médecin. Une pause-santé favorisait les interactions sociales.*

*Habituellement, de 6 à 8 consultations individuelles étaient offertes en moyenne en une période de deux heures et demie. Grâce à ce type de consultations, les 14 patients ont pu être vus pendant cette même période. Les résultats comprenaient une amélioration des résultats cliniques, une meilleure satisfaction des patients et des professionnels de la santé, l'autogestion des soins par les patients et une diminution des demandes de rendez-vous.*

<sup>s</sup> Guide Conseil pratique : Sur l'inscription de clientèle en médecine familiale : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/ressources/cmf-conseilpratique-sur-linscription-de-clientele-en-medecine-familiale/>.

Une planification soignée et la collaboration de l'équipe de soins sont nécessaires pour assurer le succès des consultations de groupes et l'efficacité de la prestation des services. Examinez les lignes directrices provinciales ou territoriales sur la facturation pour les consultations médicales de groupe afin d'obtenir de l'information sur la façon dont elles peuvent être rémunérées dans une clinique ou un cabinet de médecine familiale. Pour plus de détails sur l'organisation de consultations de groupe dans une clinique ou un cabinet de médecine familiale, voir [ressources et outils pour les consultations médicales de groupe](#) (en anglais seulement) du *General Practice Services Committee* (Colombie-Britannique)\*.

## Le travail en équipe

Les équipes de soins primaires interprofessionnelles peuvent favoriser l'amélioration des résultats cliniques pour les patients atteints de maladies chroniques, y compris le diabète de type 2 et la dépression<sup>41</sup>. Un élément clé de la prestation efficace de services de prise en charge des maladies chroniques est de s'assurer que les pratiques de soins primaires possèdent la combinaison appropriée d'employés formés<sup>2</sup>. Les pratiques de soins primaires dotés d'équipes multidisciplinaires excellent dans la recommandation des services préventifs et des programmes communautaires.

Les pratiques peuvent trouver utile de créer un plan de ressources humaines afin de s'assurer que la combinaison et le nombre de professionnels de la santé conviennent pour offrir le soutien nécessaire aux patients atteints de plusieurs maladies chroniques. Les membres de l'équipe de soins peuvent aider à la planification, au counseling et aux services de suivi qui reviennent habituellement au médecin, mais qui peuvent être effectués par d'autres membres de l'équipe<sup>14</sup>.

### Présentation de cas : Réseaux de soins primaires (Alberta)

*En Alberta, les équipes de soins de santé collaborent au sein de réseaux de soins primaires (RSP), des réseaux composés de médecins et d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières, des nutritionnistes et des pharmaciens, qui collaborent afin d'offrir des services de soins de santé primaires. Un RSP peut être constitué d'une clinique avec plusieurs médecins et du personnel de soutien, ou de plusieurs médecins dans diverses cliniques au sein d'une région géographique donnée. Chaque RSP a la flexibilité d'élaborer des programmes et d'offrir des services afin de répondre aux besoins de la population de patients desservie<sup>42</sup>. Le succès de ce modèle de soins a été démontré : on a rapporté une augmentation de la satisfaction des patients quant au temps d'attente, une meilleure utilisation des outils de dépistage dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, un meilleur accès à la prise en charge des maladies chroniques, ainsi qu'une diminution de l'utilisation des services d'urgence<sup>43</sup>.*

Les patients peuvent bénéficier de l'expertise de divers professionnels de la santé dans la prise en charge de leurs soins, notamment des infirmières, des pharmaciens, des travailleurs sociaux et des entraîneurs spécialisés en nutrition et en exercice physique<sup>20</sup>. En plus d'avoir la bonne composition d'équipe pour répondre aux besoins de la communauté, il est important que les équipes

\*General Practice Services Committee (Colombie-Britannique) – Group Medical Visits Tools & Resources : [www.gpscbc.ca/what-we-do/professional-development/psp/modules/group-medical-visits/tools-resources](http://www.gpscbc.ca/what-we-do/professional-development/psp/modules/group-medical-visits/tools-resources).

communiquent efficacement, se rencontrent pour discuter des défis auxquels sont confrontés les patients et pour élaborer un plan d'intervention coordonné.

Globalement, les patients bénéficient des équipes de soins, car elles permettent d'axer les soins sur le mieux-être, la prévention et l'éducation<sup>20</sup>. Le modèle du CMF accorde beaucoup d'importance à la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles et souligne l'importance de la communication entre les membres de l'équipe.

L'interaction entre les médecins de famille et les autres spécialistes est aussi essentielle pour intégrer les plans de soins et améliorer la prise en charge des soins et des résultats de santé. Les médecins de famille peuvent coordonner des soins avec d'autres spécialistes et services d'orientation des patients, en travaillant en partenariat avec le patient et les autres professionnels de la santé afin d'offrir les soins les plus appropriés.



## Les dossiers médicaux électroniques

Le dossier médical électronique (DMÉ) est un dossier médical numérique que les cliniciens créent pour chaque patient. Les médecins créent des DMÉ afin de recueillir les données démographiques sur les patients, leurs antécédents médicaux et pharmaco-thérapeutiques, ainsi que de l'information diagnostique, comme les résultats de laboratoire et de l'imagerie diagnostique<sup>44</sup>. Les DMÉ peuvent aider la prise en charge des maladies chroniques en permettant<sup>45,46</sup> :

- D'identifier les patients/populations à risque ou nécessitant un suivi
- De cibler les services à offrir aux patients en fonction de leur niveau de risque
- D'améliorer les services de dépistage
- D'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques
- De maintenir la communication avec les patients par les portails de patients
- De favoriser l'observance des changements dans les lignes directrices cliniques
- De surveiller les troubles de santé sur une base régulière

Les DMÉ sont largement reconnus comme essentiels à la coordination des soins, particulièrement pour les patients présentant des comorbidités qui voient plusieurs professionnels de la santé pour différents problèmes<sup>20</sup>. Les DMÉ facilitent généralement la prise en charge en permettant un accès facile aux données des patients avant et pendant une visite. Le fait d'envoyer des rappels pour les soins préventifs aux médecins, avec des alertes pour tout test de dépistage non exécuté, peut entraîner des changements positifs<sup>47,48</sup>.

---

Les cliniques ou cabinets qui utilisent des DMÉ peuvent aussi accéder aux dossiers des patients plus rapidement que les cliniques qui utilisent des dossiers papier<sup>41,49</sup>. Les DMÉ constituent un outil de collecte de données utile qui permet aux médecins de faire le suivi de l'information sur les patients et de mesurer le progrès. Ils peuvent consulter les dossiers des patients et faire une recherche sur les médicaments ou les diagnostics. Par conséquent, ils peuvent rapidement effectuer des changements dans les soins offerts en toute confiance, comme les rappels pour la médication et les lignes directrices pour le traitement<sup>41</sup>. Ceci entraîne non seulement une économie de temps, mais aussi la prestation de soins de haute qualité.

Le *Guide Conseil pratique : L'adoption des DMÉ dans les centres de médecine de famille*<sup>#</sup> offre des conseils pratiques sur les facteurs à prendre en considération lors de l'adoption d'un système de DMÉ.

## Des stratégies de pratique

Afin de s'assurer que les stratégies présentées dans ce guide sont bien utilisées, il est important que les cliniques ou cabinets mettent en œuvre des mesures d'évaluation qui conviennent pour leurs patients et la population desservie. Pour favoriser une amélioration continue de la qualité, il est utile de se baser sur des paramètres pour évaluer l'efficacité des interventions de prise en charge des maladies chroniques. Ces paramètres varieront en fonction des services offerts; certains paramètres utiles à prendre en considération comprennent<sup>50</sup> :

- Les extraits du programme (p. ex., l'accès, la continuité, les affectations du programme et les dépenses)
- Le nombre de patients inscrits
- Les taux de dépistage
- La satisfaction des patients et des professionnels de la santé
- Les résultats sur la santé au niveau individuel et communautaire (p. ex., la prévalence des facteurs de risque et des maladies chroniques, les déterminants sociaux)
- Les résultats intermédiaires du programme (p. ex., engagement communautaire, création de coalitions, élaboration de politiques)
- Les indicateurs qualitatifs (p. ex., information provenant de groupes communautaires et de clients particuliers)

Ce guide met principalement l'accent sur ce que les médecins peuvent faire à l'échelle de leur pratique. Cependant, les activités de sensibilisation communautaire et à plus vaste échelle peuvent aussi être très efficaces dans la prise en charge des maladies chroniques.

---

<sup>#</sup> Guide Conseil pratique : L'adoption des DMÉ dans les centres de médecine de famille:  
<http://patientsmedicalhome.ca/fr/ressources/conseil-pratique-adoption-des-dme/>.

## Présentation de cas : L'Équipe Santé familiale (Ontario)

L'équipe Santé familiale du sud-est de Toronto (ESF) a formé un partenariat avec le Service des parcs, forêts et loisirs de la Ville de Toronto dans le cadre de son Programme poids santé. Un thérapeute de parcs et loisirs travaillait individuellement avec les patients pour créer un plan personnalisé d'activités physiques basées sur leurs besoins. L'objectif était de promouvoir l'activité physique chez les patients en surpoids, en fonction de leurs intérêts personnels.

Le thérapeute collaborait avec le nutritionniste et le travailleur social de l'ESF. Le rôle du travailleur social était de compléter une série de séances de thérapie cognitivo-comportementale avec les patients inscrits au programme et de suivre l'évolution des changements comportementaux. Chaque séance se terminait par une période d'exercice de 30 à 45 minutes. Ce partenariat a bien fonctionné, étant donné qu'il misait sur les membres de l'équipe disponible dans l'ESF et orientait les patients vers les services communautaires pour les aider à améliorer leur état de santé<sup>4</sup>.

## Présentation de cas : Les partenaires des pratiques de médecine familiale (Île-du-Prince-Édouard)

Les pratiques de médecine familiale de l'Île-du-Prince-Édouard, comme le Sherwood Medical Centre à Charlottetown, se sont associées au centre d'éducation sur le diabète pour offrir des soins aux diabétiques. Le personnel infirmier du centre visitait les cliniques et cabinets de médecine familiale une fois par mois pour offrir des soins aux patients complexes choisis par les médecins de famille, ce qui a entraîné une amélioration de la maîtrise du diabète chez les patients. L'occasion d'avoir des échanges directs a été informative tant pour les patients et que pour les médecins de famille.

## DANS LES COMMUNAUTÉS

### Des partenariats dans la communauté

Les pratiques qui associent les services cliniques et le soutien communautaire peuvent donner aux patients atteints de maladies chroniques ou présentant un risque élevé d'en souffrir un accès aux ressources dont ils ont besoin pour prévenir les maladies ou gérer leur état de santé. Orienter des patients vers des programmes communautaires accessibles et efficaces peut améliorer leur qualité de vie, leur permettre d'éviter les complications et ainsi réduire leur besoin d'utiliser d'autres services de santé. Établir des partenariats communautaires peut vouloir dire<sup>51</sup> :

- S'informer des services de promotion de la santé offerts dans la communauté (p. ex., lignes téléphoniques de soutien à la cessation du tabagisme, groupes de soutien, etc.) et orienter les patients vers ces services au besoin
- Collaborer avec d'autres professionnels de la santé de la région qui pourraient offrir des soins aux patients de la clinique ou du cabinet
- Établir des partenariats avec d'autres services de santé (p. ex., les hôpitaux, d'autres professionnels de la santé, etc.) afin d'améliorer la santé de la communauté et des populations, à l'aide d'investissements et de promotion des intérêts pour le bien de la communauté

## SENSIBILISER À PLUS LARGE ÉCHELLE

### Les déterminants sociaux de la santé

Les maladies chroniques ne peuvent pas être prises en charge simplement par l'intermédiaire de soins médicaux. La meilleure façon de les prendre en charge est d'abord de les éviter. Pour empêcher les maladies chroniques de devenir plus prévalentes, il faut d'attaquer à leurs causes profondes, qui elles, sont souvent basées sur les déterminants sociaux de la santé.

Plusieurs médecins de famille reconnaissent qu'il est difficile de traiter les problèmes de santé immédiats de leurs patients sans s'attaquer aux conditions sociales sous-jacentes qui nuisent à la santé. Les conditions sociales dans lesquelles vivent les patients contribuent de façon significative à leur état de santé et à leur risque de souffrir de maladies chroniques. Les médecins de famille jouent un rôle très important dans la promotion des politiques sociales et en matière de santé qui auront des répercussions positives importantes sur la santé de leurs patients.

Soutenir les pratiques de médecine familiale qui répondent aux besoins de la communauté constitue un élément clé du modèle du CMF. Le *Guide Conseil pratique : Sur les déterminants sociaux de la santé*<sup>§</sup> offre des conseils pratiques aux professionnels de la santé pour l'amélioration des déterminants sociaux de la santé de leurs patients.

### Les approches environnementales

Une approche environnementale est une initiative qui vise à changer les politiques et l'environnement physique qui influencent les comportements en matière de santé. Quand elles sont mises en œuvre dans des établissements communautaires, comme des écoles et des milieux de travail, les approches environnementales peuvent favoriser l'adoption de comportements positifs et aider à prévenir et à prendre en charge les maladies chroniques<sup>45</sup>. Voici quelques exemples d'approches environnementales<sup>46</sup> :

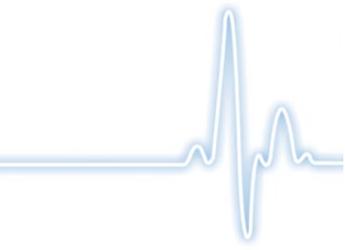
- Aménagement urbain qui encourage les gens à marcher et à se déplacer à vélo
- Interdiction de fumer dans les lieux publics
- Meilleur accès à de la nourriture saine; par exemple, appuyer les banques alimentaires et les jardins communautaires

## CONCLUSION

Ces lignes directrices pratiques, qui s'harmonisent directement avec le cadre du CMF, peuvent aider les médecins de famille à mettre en place du soutien afin de prévenir et de prendre en charge les maladies chroniques. Ceci peut entraîner une amélioration des résultats pour les patients, réduire les complications sanitaires et augmenter les services de prévention et de soutien communautaire.

Grâce à la relation unique qu'ils ont avec les patients et le large éventail de services qu'ils offrent, les médecins de famille jouent un rôle central dans la prise en charge des maladies chroniques. Les stratégies présentées dans ce guide peuvent les aider à promouvoir des changements auprès des patients et à l'échelle de la société. En collaborant avec les équipes de soins de santé et les patients, les médecins de famille peuvent offrir des soins axés sur les patients qui atténuent les effets des maladies chroniques.

<sup>§</sup> Guide Conseil pratique : Sur les déterminants sociaux de la santé : [http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA\\_SocialD\\_FRE\\_WEB\\_Links.pdf](http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialD_FRE_WEB_Links.pdf)



# Annexe A : Outils de soutien de l'autogestion

## PRATIQUE CIBLÉE

Un modèle pour les interactions entre les patients et les médecins visant à favoriser l'autogestion

### PRATIQUE CIBLÉE

#### Un modèle d'interaction patient/médecine pour l'autogestion

Options pour l'autogestion de vos maladies chroniques  
Encerclez toutes les maladies que vous gérez : diabète, asthme, hypertension, arthrite, maladie cardiaque, autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

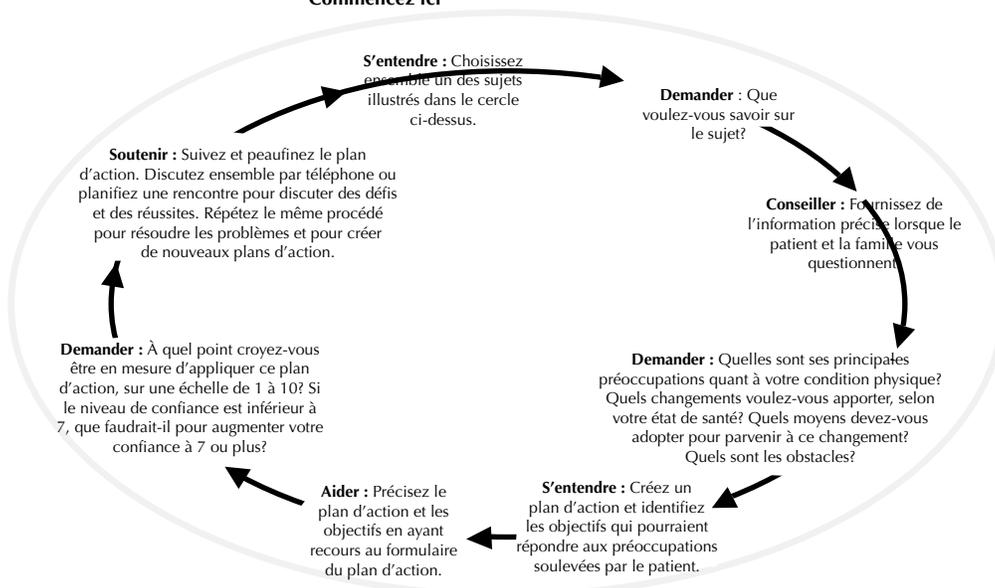
#### Entente :

- Le cercle contient diverses habiletés d'autogestion... Elles pourraient TOUTES être très importantes pour votre santé, mais vous n'avez pas besoin de TOUTES les faire TOUT le temps
- Si un sujet est plus important pour vous, ajoutez-le dans le cercle
- Personne n'accomplit tous ces éléments parfaitement bien
- Il est préférable d'en travailler un ou deux à la fois
- C'est un partenariat : nous ne mettrons pas de pression sur vous
- Vous décidez lequel (ou lesquels) dont vous souhaitez discuter aujourd'hui

Les étapes qui figurent ci-après présentent un cercle de rétroaction interactif entre le médecin et le patient.



Commencez ici



Reproduit avec la permission de l'Institute for Healthcare Improvement

## PLAN D'ACTION PERSONNEL

Aider les patients à élaborer un plan pour favoriser l'adoption de comportements sains

### Plan d'action (exemple)

1. **Objectifs** : Ce que vous VOULEZ faire :

Commencer à faire de l'exercice

2. **Décrivez**

**Comment** : Faire de la marche

**Où** : Dans mon quartier

**Quoi** : 2 fois

**Quand** : Après le souper **Fréquence** : 4x/semaine

3. **Obstacles** : Je dois ranger; mauvais temps

4. **Façons de surmonter les obstacles** : Demander aux enfants d'aider; Acheter un imperméable (0 - 10)

5. **Taux de motivation** 8 **et de confiance** 7

6. **Suivi** : Prochaine visite – 2 mois

### Plan d'action

1. **Objectifs** : Ce que vous VOULEZ faire :

2. **Décrivez**

**Comment** :

**Où** :

**Quoi** :

**Quand** : **Fréquence** :

3. **Obstacles** :

4. **Façons de surmonter les obstacles** : (0 - 10)

5. **Taux de motivation** **et de confiance**

6. **Suivi** :



## Annexe B : Modèle de soutien de l'autogestion des soins

### LE MODÈLE DES 7 A POUR LE SOUTIEN DE L'AUTOGESTION DES SOINS<sup>‡</sup>

- **Autorisation (ask)** : Demander l'autorisation de discuter; évaluer la disposition du patient au changement et utiliser le principe d'entrevue motivationnelle pour l'accompagner dans la démarche de changement. Demander au patient de quelle façon il apprend le mieux.
- **Analyse (assess)** : Analyser la disposition du patient au changement, ainsi que les enjeux liés au style de vie, et les comportements et facteurs de risques en matière de santé; analyser la compréhension de la maladie et voir si le patient a des questions; analyser la nutrition, l'activité physique, les facteurs psychosociaux, économiques, occupationnels et environnementaux. Déceler les enjeux en matière de littératie.
- **Avis (advise)** : Faire des recommandations claires, précises et personnalisées afin de promouvoir les changements comportementaux ainsi qu'une meilleure connaissance de la maladie; utiliser une approche efficace de gestion du changement. Utiliser un langage simple et du matériel d'apprentissage qui convient au style d'apprentissage du patient.
- **Accord (agree)** : S'entendre/Prendre des décisions communes sur la nature du problème, les objectifs de traitement, ainsi que sur le rôle du médecin et du patient dans le plan. S'entendre sur des objectifs réalistes, modestes et atteignables pour aider à diminuer les comportements négatifs liés au style de vie et favoriser des comportements positifs. Mettre l'accent sur la motivation et la volonté de changer.
- **Aide (assist)** : Aider le patient à atteindre les objectifs préalablement fixés grâce à diverses techniques, notamment la méthode « d'apprentissage », les changements de comportements, l'aide personnelle ou du counseling. Fournir des outils, de l'information et du soutien au besoin. Aider les patients à surmonter les obstacles, à identifier des stratégies pour améliorer l'observance du traitement et à récompenser des comportements particuliers pour favoriser la motivation.
- **Ajustement (arrange)** Planifier des rendez-vous de suivi pour soutenir les patients. Ajuster le plan et orienter le patient au besoin. Faire appel à d'autres professionnels de la santé/membres de l'équipe de soins au besoin, notamment à des groupes de soutien communautaires et des programmes de soutien des soins autogérés adaptés aux patients, et qui tiennent compte de la culture et du niveau de littératie des patients, etc.
- **Promotion des intérêts (advocate)** : Agir dans la communauté afin de promouvoir des changements dans le système pour aider les patients à vivre dans un milieu qui soutient et encourage un style et des choix de vie sains. Promouvoir des comportements de vie sains dans la population desservie dans son ensemble, dans le milieu clinique et à l'échelle communautaire. Ceci peut inclure la promotion de programmes particuliers visant à améliorer le niveau de littératie en santé et qui tiennent compte des autres déterminants sociaux de la santé.

<sup>‡</sup>Adapté de Plourde G. 6 As Model of Counselling in Obesity [lettres], et Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma A, Freedhoff Y. Re:6 As Model of Counselling in Obesity [réponse]. *Can Fam Physician*. 2013 Feb 7. Publié au : <http://www.cfp.ca/content/59/1/e1.full>. Date de consultation : 28 juin 2016



## Références

1. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : [www.cfpc.ca/A\\_Vision\\_for\\_Canada/](http://www.cfpc.ca/A_Vision_for_Canada/). Date de consultation : Le 5 octobre 2015.
2. Nasmith L, Ballem P, Baxter R, Bergman H, Colin-Thomé D, Herbert C, et coll. *Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Put People First, Expect the Best; Manage for Results*. Ottawa, ON, Canada : Académie canadienne des sciences de la santé; 2010.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*. 2002;288:1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775
4. Elmslie K. *Against the Growing Burden of Disease*. Agence de la santé publique du Canada [présentation]. Dans : [www.ccg-h-csih.ca/assets/Elmslie.pdf](http://www.ccg-h-csih.ca/assets/Elmslie.pdf). Date de consultation : Le 25 septembre 2015.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques*. CIHI; 2011. Dans : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/air-chronic\\_disease\\_aib\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf). Date de consultation : Le 29 février 2016.
6. Agence de la santé publique du Canada. La santé des enfants canadiens. Dans : *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009*. Ottawa, ON : ASPC; 2009. Dans : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/cphorsphc-respcacsp06-fra.php>. Date de consultation : Le 29 février 2016.
7. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2247-55. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0947
8. Association canadienne du diabète. *Diabetes in Canada*. Toronto, ON : Association canadienne du diabète; 2015. Dans : [www.diabetes.ca/getmedia/513a0f6c-b1c9-4e56-a77c-6a492bf7350f/diabetes-charter-backgrounder-national-english.pdf.aspx](http://www.diabetes.ca/getmedia/513a0f6c-b1c9-4e56-a77c-6a492bf7350f/diabetes-charter-backgrounder-national-english.pdf.aspx). Date de consultation : Le 30 novembre 2015.
9. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : l'hypertension au Canada, 2010*. Ottawa, ON : ASPC; 2010. Dans : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/2-2-fra.php>. Date de consultation : Le 30 novembre 2015.
10. Statistique Canada. Arthrite. Dans : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/art-fra.htm>. Date de consultation : Le 30 novembre 2015.
11. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med*. 2003;1(1):4-7.
12. Agence de la santé publique du Canada. Facteurs de risque des maladies chroniques. Dans : [http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/facteurs\\_risque-risk\\_factors-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/facteurs_risque-risk_factors-fra.php). Date de consultation : Le 29 septembre 2015.
13. Statistique Canada. Composition corporelle des adultes, 2012 à 2013. Dans : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14104-fra.htm>. Date de consultation : Le 30 novembre 2015.
14. Hanna, A. *Ontario Medical Association Policy on Chronic Disease Management*. Toronto, ON: Ontario Medical Association; 2009. Dans : [www.oma.org/Resources/Documents/2009ChronicDiseaseManagement.pdf](http://www.oma.org/Resources/Documents/2009ChronicDiseaseManagement.pdf). Date de consultation : Le 2 octobre 2015.
15. Wilson B. *Sick and Tired: The Compromised Health of Social Assistance Recipients and the Working Poor In Ontario*. Toronto, ON : le Community Social Planning Council of Toronto (CSPC-T), le projet Social Assistance in the New Economy Project (SANE) de l'Université de Toronto et l'Institut Wellesley; 2009. Dans : [www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/sickandtiredfinal.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/sickandtiredfinal.pdf). Date de consultation : Le 16 octobre 2015.
16. Organisation mondiale de la santé. *Chronic diseases and health promotion*. Dans : [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/Factsheet1](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1). Date de consultation : Mai 2016.
17. Organisation mondiale de la santé. *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada*. Dans : [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/CANADA.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf). Date de consultation : Le 19 octobre 2015.
18. Hollander MJ, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services. *Healthc Q*. 2009;12(4):32-44.
19. Dinh TT, Bounajm F. *Improving Primary Health Care Through Collaboration. Briefing 3: Measuring the Missed Opportunity*. Ottawa, ON : Le Conference Board du Canada; 2013.
20. Stevens GD, Shi L, Vane C, Nie X, Peters AL. Primary care medical home experience and health-related quality of life among adult medicaid patients with type 2 diabetes. *J Gen Intern Medicine*. 2015;30(2):161-168. doi: 10.1007/s11606-014-3033-4
21. Conseil canadien de la santé. Faire plus que le simple nécessaire : L'importance des interactions patient-prestataire dans les soins pour les maladies chroniques. Dans : *Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 3*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé; 2010. Dans : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/CMWF\\_Bulletin\\_3\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/CMWF_Bulletin_3_FR.pdf). Date de consultation : Le 2 octobre 2015.
22. Wagner EH, Coleman K, Reid R, Phillips K, Sugarman JR. *Guiding transformation: how medical practices can become patient-centered medical homes*. Washington, DC : Le Fonds du Commonwealth; 2012. Dans : [www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Feb/1582\\_Wagner\\_guiding\\_transformation\\_patientcentered\\_med\\_home\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Feb/1582_Wagner_guiding_transformation_patientcentered_med_home_v2.pdf). Date de consultation : Le 25 février 2016.
23. Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
24. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et coll. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.

25. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Prévention et gestion des maladies : Cadre de travail de l'Ontario* Toronto, ON : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2007. Dans : [www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework\\_full.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework_full.pdf) (en anglais seulement). Date de consultation : Le 17 septembre 2015.
26. Wozniak L, Soprovich A, Mundt C, Johnson JA, Johnson ST. Contextualizing the Proven Effectiveness of a Lifestyle Intervention for Type 2 Diabetes in Primary Care: A Qualitative Assessment Based on the RE-AIM Framework. *Can J Diabetes*. 2015;39(Suppl 3):S92-9. doi: 10.1016/j.cjcd.2015.05.003
27. Houle J, Beaulieu MD, Chiasson JL, Lespérance F, Côté J, Strychar I, et al. Glycaemic control and self management behaviours in Type 2 diabetes: results from a 1-year longitudinal cohort study. *Diabet Med*. 2015;32(9):1247-54. doi: 10.1111/dme.12686.
28. Houle J, Lauzier-Jobin F, Beaulieu MD, Meunier S, Coulombe S, Côté J, et al. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016;4(1):e000184. doi: 10.1136/bmjdr-2015-000184.
29. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005;72(8):1503-10.
30. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):357-67. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1205.
31. Autorité sanitaire Vancouver Island. Port Alberni IHN. Communications et relations publiques; 2013. Dans : [www.viha.ca/phc\\_cdm/phc\\_cdm\\_prog/ihn/pa\\_ihn.htm](http://www.viha.ca/phc_cdm/phc_cdm_prog/ihn/pa_ihn.htm). Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> décembre 2015.
32. 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):600-7. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x.
33. 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(5):331-42.
34. Liss DT, Reid RJ, Grembowski D, Rutter CM, Ross TR, Fishman PA. Changes in office visit use associated with electronic messaging and telephone encounters among patients with diabetes in the PCMH. *Ann Fam Med*. 2014;12(4):338-43. doi: 10.1370/afm.1642.
35. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale : Rendez-vous le jour même/Rendez-vous accélérés*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : [http://www.cfpc.ca/Acces\\_en\\_temps\\_opportun\\_aux\\_soins/](http://www.cfpc.ca/Acces_en_temps_opportun_aux_soins/). Date de consultation : Le 30 septembre 2015.
36. Agency for Healthcare Research and Quality. Toolkit for Implementing the Chronic Care Model in an Academic Environment. Octobre 2014. Dans : [www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/chroniccaremodel/index.html](http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/chroniccaremodel/index.html). Date de consultation : Mai 2016.
37. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
38. Steinbauer JR, Korell K, Erdin J, Spann SJ. Implementing open-access scheduling in an academic practice. *Fam Pract Manag*. 2006;13(3):59-64.
39. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique sur l'inscription de clientèle en médecine familiale*. Mississauga, ON : CMFC; 2012. Dans : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/ressources/cmfc-conseil-pratique-sur-linscription-de-clientele-en-medecine-familiale/>. Date de consultation : Le 19 octobre 2015.
40. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(11):563-74.
41. Dinh TT, Bounajm F. Improving Primary Health Care Through Collaboration. Briefing 3: Measuring the Missed Opportunity. Ottawa, ON : Le Conference Board du Canada; 2013.
42. Alberta Health. Réseaux de soins primaires. Dans : [www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html](http://www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html). Date de consultation : Le 2 décembre 2015.
43. R.A. Malatest and Associates Ltd. Primary Care Initiative Evaluation: Summary Report. Edmonton, AB : Réseaux de soins primaires; 2011. Publié au : [www.pcnevolution.ca/SiteCollectionDocuments/PCNe%20Overview/malatest-PHC-PrimaryCareInitiative-Evaluation2011.pdf](http://www.pcnevolution.ca/SiteCollectionDocuments/PCNe%20Overview/malatest-PHC-PrimaryCareInitiative-Evaluation2011.pdf). Consulté le 3 décembre 2015.
44. Zelmer J, Hagens S. Advancing primary care use of electronic medical records in Canada. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé*. 2014;2(3): Article 2. doi:10.13162/hro-ors.v2i3.1214.
45. PricewaterhouseCoopers. *The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care*. Toronto, ON : PwC; 2013. Dans : [www.pwc.com/ca/en/industries/healthcare/publications/electronic-medical-record-use-community-based-care.html](http://www.pwc.com/ca/en/industries/healthcare/publications/electronic-medical-record-use-community-based-care.html). Date de consultation : Le 18 septembre 2015.
46. Taylor R, Bower A, Girosi F, Bigelow J, Fonkych K, Hillestad R. Promoting health information technology: is there a case for more-aggressive government action? *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(5):1234-45.
47. Lau F, Kuziemsky C, Price M, Gardner J. A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc*. 2010;17(6):637-45. doi: 10.1136/jamia.2010.004838.
48. Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et coll. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *CMAJ*. 2012;184(2):E135-43. doi: 10.1503/cmaj.110407
49. Lapointe L, Hughes J, Simkus R, Lortie M, Sanche S, Law S. *The Population Health Management Challenge Final Report*. Montréal, QC : Hôpital St. Mary's, recherche MEdbASE, Université McGill; 2012. Dans : [www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media\\_centre\\_files/597/Infoway\\_Challenge\\_Final\\_Report\\_January2011\[1\].pdf](http://www.smhc.qc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/597/Infoway_Challenge_Final_Report_January2011[1].pdf). Date de consultation : Le 23 septembre 2015.
50. Association canadienne de santé publique. Un outil pour renforcer la prévention et la gestion des maladies chroniques grâce au dialogue, à la planification et à l'évaluation : l'outil, les feuilles de travail et les ressources. Ottawa, ON : ACSP; 2008. Dans : [http://www.cpha.ca/uploads/portals/cd/intro\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/cd/intro_f.pdf). Date de consultation : Le 2 octobre 2015.
51. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *The Four Domains of Chronic Disease Prevention – Working Toward Healthy People in Healthy Communities*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Dans : [www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/four-domains-factsheet-2015.pdf](http://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/four-domains-factsheet-2015.pdf). Date de consultation : Le 22 septembre 2015.