

An aerial photograph of a suburban neighborhood during autumn. The houses are mostly single-story with light-colored roofs, surrounded by green lawns and trees with vibrant yellow, orange, and red foliage. A dark blue triangular graphic element is in the top right corner.

CONSEIL PRATIQUE

LE VOISINAGE MÉDICAL DU PATIENT

@ 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés.

Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document :

Collège des médecins de famille du Canada. Guide Conseil pratique : *Le voisinage médical du patient*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) remercie tous les organismes et les autres contributeurs de leur aide inestimable lors de l'élaboration du présent document.

Pour une liste complète des appuis reçus, voir le site Web du **Centre de médecine de famille**.

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIF	1
INTRODUCTION	1
CONTEXTE.....	3
ÉTUDES DE CAS	3
Territoires du Nord-Ouest.....	4
Île-du-Prince-Édouard	4
Saskatchewan	4
MESURES CONCRÈTES POUR FAVORISER LA COLLABORATION DANS LE VOISINAGE MÉDICAL DU PATIENT.....	4
Des liens avec la communauté	4
Des succès : Gestion de cas en soins primaires à l'Île-du-Prince-Édouard	5
Utiliser les technologies de l'information pour communiquer plus efficacement ..	6
Des succès : Territoires-du-Nord-Ouest.....	6
Consultations et références efficaces	8
Des succès : Territoires du Nord-Ouest	8
Partenariats de soins et services avec les patients.....	9
Mesure du rendement	10
Des succès : Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan .	11
CONCLUSION.....	11
ANNEXE.....	12
Feuille de travail et liste de vérification.....	12
Exemples de prestataires de soins à inclure dans le voisinage médical du patient	13
Liste de vérification des politiques	14
Sujets à aborder lors de la négociation d'ententes de soins en collaboration	15
RÉFÉRENCES	16

OBJECTIF

Ce guide a pour objectif d'aider les équipes de médecine de famille à améliorer les liens avec leurs collègues qui exercent dans d'autres milieux de soins, tant au sein du système de santé que dans le secteur plus large des services sociaux.

Le guide est destiné aux équipes de médecine de famille qui travaillent dans divers milieux et situations. Il fournit des directives aux cabinets et cliniques de médecine de famille qui assument ou souhaitent assumer la direction et la coordination de soins pour les patients en dehors de la pratique. Il offre aux pratiques en milieu urbain, rural et éloigné des conseils précis qui tiennent compte des particularités de

chacune. Il décrit les défis et les possibilités ainsi que les mesures concrètes à prendre pour les voisinages médicaux géographiquement situés au même endroit et ceux qui opèrent virtuellement.

Ce guide s'accompagnera aussi de trousse de mise en œuvre* adaptées pour chaque province et territoire qui dirigeront votre pratique vers les ressources propres à votre région. Votre équipe peut utiliser le guide et la trousse de mise en œuvre pour développer une approche afin de créer le voisinage médical qui convient le mieux aux besoins de votre pratique, de vos patients et de votre communauté.

INTRODUCTION

Le Centre de médecine de famille (CMF) est la vision du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour l'avenir de la pratique de la médecine de famille au Canada. Le CMF met en lumière l'importance de la pratique de médecine de famille et de la prestation de soins en équipe pour offrir des soins de qualité avec compassion et en temps opportun. Les pratiques de médecine de famille ne sont toutefois pas les seuls milieux offrant des soins aux patients. Le concept de voisinage médical pousse plus loin l'idée de soins offerts en équipe dans les CMF : il décrit et renforce l'idée d'un réseau constitué de plusieurs prestataires de soins et services

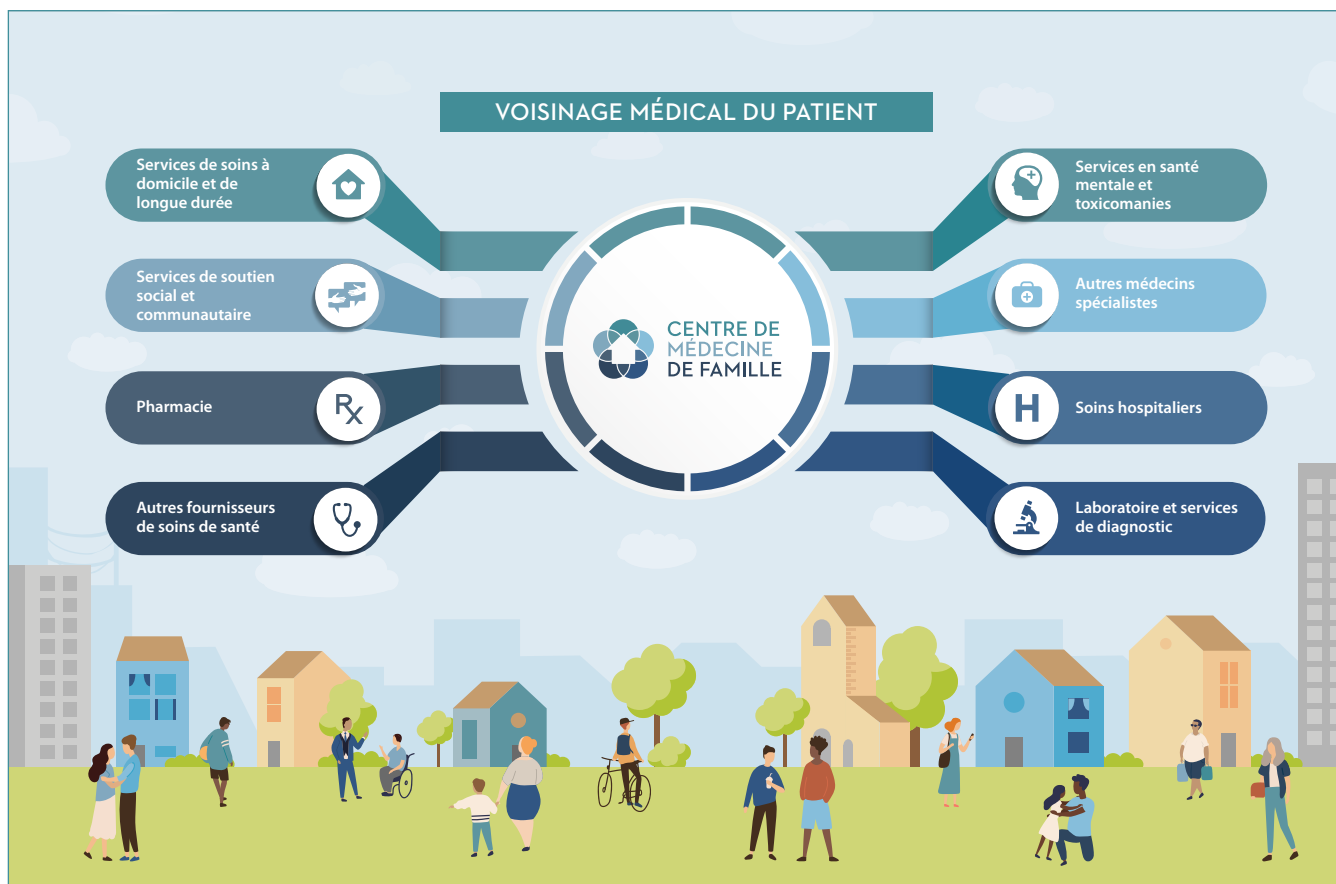
en dehors de la clinique. Dans le modèle du voisinage médical, le CMF sert de pôle de coordination des soins¹. Ce voisinage comprend les nombreux domaines de soins de santé en dehors des soins primaires vers lesquels les patients peuvent être orientés, comme les autres spécialistes médicaux et fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux et les centres de soins de longue durée et de soins à domicile, ou encore le vaste réseau de ressources de soutien social/communautaire, entre autres les services de soutien dans la collectivité en matière de santé mentale et de toxicomanies.

Apprenez-en davantage !

Le présent guide *Conseil pratique* s'accompagne de ressources pratiques et propres à chaque province ou territoire afin de soutenir la mise en œuvre d'un **voisinage médical du patient** dans votre pratique. Ces ressources réservées aux membres du CMFC serviront d'outils pour l'application pratique des conseils contenus dans le guide. Elles seront affichées sur le site Web du Centre de médecine de famille*.

*Les trousse de mise en œuvre provinciales et territoriales seront offertes à l'automne 2020.

Figure 1 : Le voisinage médical du patient. Les services présentés ne sont pas exhaustifs, mais ils représentent les grandes catégories de services de santé qui font partie d'un voisinage relié à un CMF.



Qui fait quoi dans le voisinage

Le présent guide est destiné aux pratiques de médecine de famille qui souhaitent dispenser les soins davantage en collaboration pour répondre aux besoins de leurs patients. Il peut s'agir de cliniques ou de pratiques intégrées dans différents milieux de soins ou communautés. Souvent, dispenser des soins en collaboration implique un travail avec différents prestataires, milieux de soins et services sociaux en dehors de la pratique de médecine de famille. Dans ce guide, l'expression **autre spécialiste** désigne les professionnels médicaux autres que les médecins de famille qui travaillent soit à partir de leur propre cabinet, soit dans d'autres milieux de soins, comme les hôpitaux. Les patients peuvent être orientés vers ces personnes ou se tourner vers eux pour le traitement de problèmes de santé particuliers. Le guide mentionne à de nombreuses reprises des **ressources communautaires** ou des **services sociaux**. Ces termes désignent les organismes ou services au sein des communautés qui, sans être directement liés aux soins de santé, offrent des services ou des mesures de soutien — aide juridique, services d'emploi, banques alimentaires, services de logement, assistance sociale, groupes communautaires de soutien, etc. — qui ont des répercussions sur les déterminants sociaux de la santé des personnes. Il est important d'en tenir compte dans le voisinage médical : les patients peuvent être dirigés vers ces services pour répondre à leurs besoins non médicaux qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être.

CONTEXTE

Le concept du voisinage médical du patient élargit la vision du CMF de la coordination des soins au sein d'une même pratique. À l'intérieur du voisinage médical, les pratiques de médecine de famille établissent des partenariats avec d'autres prestataires pour assurer une meilleure coordination des soins dans le cadre d'un plus grand réseau intégré. Dans ce réseau, les fournisseurs collaborent et assument collectivement la responsabilité de la prestation de soins complets et globaux à un patient². Des réseaux similaires ont été créés au Canada et ailleurs dans le monde dans le but d'améliorer la santé, la sécurité et l'expérience des patients; de diminuer les coûts en réduisant le dédoublement des services; d'améliorer la prestation des services de prévention et d'augmenter les soins fondés sur des données probantes³.

Mettre sur pied un voisinage médical n'est pas sans défis – au niveau du système (p. ex., modes de rémunération, limites de l'infrastructure technologique et de son

interopérabilité, normes de pratique qui encouragent le cloisonnement) ou de la pratique (p. ex., répondre aux besoins des populations marginalisées, manque de personnel et de temps pour investir dans les efforts de coordination, obstacles à la communication)^{3,4}. En se concentrant sur les obstacles à la communication et sur la coordination et la responsabilité des soins, le présent guide tente d'aider les pratiques à relever ces deux types de défis en leur proposant des conseils pratiques qu'elles peuvent adapter à leur situation. En proposant des moyens d'éliminer ces obstacles, le guide insiste sur l'importance du rôle des technologies d'information en santé et des **soins virtuels** pour le succès du voisinage médical. Nous reconnaissons également que certains des obstacles systémiques auxquels se heurtent les pratiques ne sont pas de leur ressort et qu'il incombe aux décideurs de les éliminer. L'annexe contient une liste de vérification des politiques, qui peut être utilisée à des fins de plaidoyer pour aider à surmonter certains obstacles systémiques.

ÉTUDES DE CAS

Au Canada, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des régies sanitaires et certaines pratiques ou cliniques progressent vers l'application des principes du voisinage médical aux soins qu'ils dispensent.

Territoires du Nord-Ouest

Dans les Territoires du Nord-Ouest, les soins de santé sont dispensés dans un voisinage médical intégré. En 2016, les autorités territoriales ont pris des mesures d'envergure pour améliorer la coordination des soins, allant jusqu'à la fusion des régies sanitaires. Tous les

prestataires de soins des Territoires utilisent le même système de dossiers médicaux électroniques (DMÉ), ce qui crée un réseau hors pair et assure l'uniformité et la continuité des soins. À la grandeur du territoire, les pratiques ont également innové et s'alignent sur la vision du CMF. Des initiatives ont par exemple été mises en place pour améliorer la continuité grâce aux soins virtuels. On a également adopté des changements de langage et d'attitude afin de favoriser la prestation de soins sécuritaires adaptés à la réalité culturelle et la rétention des médecins dans le contexte d'un voisinage médical plus large.

Le rôle de la pratique de médecine de famille dans le voisinage médical du patient

Le leadership d'une pratique de médecine de famille solide, idéalement qui intègre les principes du CMF, est essentiel pour la mise en œuvre d'un voisinage médical. Dans un voisinage médical, le CMF doit être considéré comme le prestataire de soins primaires pour la personne dans son ensemble et assumer la responsabilité de la coordination des soins dispensés par toutes les personnes concernées : médecins, personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Les **Trousses d'outils du CMF** contiennent d'autres ressources pour aider les pratiques à adopter les principes du CMF.

Île-du-Prince-Édouard

Sur l'Île-du-Prince-Édouard, les soins primaires sont offerts par l'intermédiaire de cinq réseaux provinciaux, ce qui fait que chaque résident n'est jamais à plus de 30 kilomètres d'une équipe santé⁵. Chaque réseau de soins primaires est administré par un gestionnaire, une infirmière-chef clinicienne, un directeur médical et du personnel de soutien administratif. Ces réseaux réunissent différents professionnels de la santé, dont des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des éducateurs en diabète, des infirmières auxiliaires autorisées et du personnel de bureau. Certains incluent d'autres prestataires de services de santé, comme des diététistes et des travailleurs sociaux⁶. Même si de nombreux prestataires de soins travaillent au sein d'une équipe de base rattachée à un centre de santé, le personnel infirmier spécialisé dans des domaines comme la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'abandon du tabagisme, la santé mentale en soins primaires et autres affections font également de la sensibilisation auprès des cliniques de médecine de famille à l'extérieur du centre de santé (souvent des cabinets de médecins de famille rémunérés à l'acte). Les fournisseurs dans des centres de soins primaires collaborent également avec d'autres programmes, dont les prestataires de soins à domicile et de soins palliatifs, et renforcent les services de soins primaires dans les réserves où sont situés des centres de santé des Premières Nations. En plus des soins collaboratifs dispensés en personne, les réseaux de soins primaires de la province utilisent la vidéoconférence pour mettre les patients des régions rurales en contact avec des médecins de famille et des spécialistes d'autres régions ainsi qu'avec des services offerts à l'extérieur de la province.

Saskatchewan

Dans le cadre d'un vaste effort visant à modifier la façon dont les soins de santé sont dispensés dans la province, la Saskatchewan est en train de créer des réseaux de santé. Ces réseaux sont composés d'équipes de professionnels de la santé qui travaillent en collaboration, dont des médecins et des partenaires du milieu communautaire qui offrent des services pleinement intégrés pour répondre aux besoins de santé des individus et des communautés⁷. Selon la vision élaborée pour les réseaux de santé, les services et les programmes sont fondés sur les données probantes afin de répondre le mieux possible aux besoins des individus et des communautés, et, dans la mesure du possible, ils sont offerts à proximité des lieux où les besoins se font sentir. Des équipes de prestataires de soins répondent aux besoins des patients, chacune offrant la gamme complète de soins dans leur champ de pratique et recevant, au besoin, une formation polyvalente. Ces réseaux reçoivent du soutien pour assurer la prestation de soins continus dans la communauté à l'aide de technologies et de processus intégrés, dont les DMÉ, l'orientation vers d'autres professionnels de la santé par voie électronique et les plans de soins partagés⁸. Même s'ils sont en cours de développement, ces réseaux s'annoncent prometteurs pour une meilleure prestation de soins interreliés basée sur le travail d'équipe⁹. Le processus de développement de ces réseaux s'appuie sur une robuste stratégie de mobilisation des médecins et a tenu compte de leçons tirées de l'expérience des régions de la Saskatchewan qui ont déjà adopté cette façon de faire. Dans le cadre de cette mise en œuvre, la Saskatchewan adopte la philosophie de l'amélioration continue de la qualité, selon laquelle le développement suivra un processus itératif qui sera adapté en fonction des plus récents constats¹⁰.

MESURES CONCRÈTES POUR FAVORISER LA COLLABORATION DANS LE VOISINAGE MÉDICAL DU PATIENT

Des liens avec la communauté

Pour créer un voisinage médical, il faut d'abord déterminer quels liens il est possible d'établir avec la communauté et nouer ces relations. Tous les membres du

personnel de la pratique de médecine de famille peuvent réfléchir aux besoins de la pratique et de sa population de patients. À cette étape, il est primordial de consulter les patients. Tout groupe consultatif de patients existant devrait participer à ce processus. D'autres modes de

consultation (discussions informelles ou sondages) peuvent également être utiles pour intégrer leur point de vue. Examiner les ressources des institutions d'enseignement et de recherche, comme les universités et les collèges, ainsi que celles des administrations municipales et des gouvernements provinciaux pourrait également vous aider à identifier les besoins de votre population de patients. Prenez en considération les situations où vous orienter vos patients vers d'autres professionnels de la santé, les affections pour lesquelles les patients vous consultent le plus souvent et les lacunes dans les soins offerts par votre pratique. Assurez-vous de tenir compte aussi des organismes de services sociaux – comme les services d'hébergement d'urgence, d'aide sociale et d'aide juridique, les fournisseurs de services communautaires, les programmes de formation sur la dynamique de vie ou les autres programmes/services qui aident à répondre aux besoins particuliers de votre population de patients.

Lorsque vous avez établi une liste des partenaires potentiels, dressez un inventaire des fournisseurs et des ressources communautaires auxquels votre pratique a déjà accès. Cela devrait vous permettre de cerner les lacunes actuelles dans les partenariats et d'indiquer quels services pourraient les

combler dans le voisinage médical. Pour trouver d'éventuels partenaires, vous pourriez contacter un autre spécialiste ou un service social vers lequel vous référiez fréquemment des patients afin de discuter de la possibilité d'officialiser sa participation au voisinage médical. Vous pourriez devoir communiquer avec une association de spécialité ou un groupe-ressource communautaire pour obtenir des suggestions de spécialistes et de services dans votre communauté ou avec lesquels vous pourriez communiquer et collaborer à distance. Vous devrez peut-être aussi faire des recherches pour découvrir des ressources communautaires dans votre province ou territoire dont vous ignorez peut-être l'existence, comme des services de santé mentale pour les jeunes, des programmes de soins préventifs pour les populations à risque et des programmes d'autonomisation des patients. Vous pourriez consulter les professionnels de la santé pour déterminer comment ils perçoivent leur relation avec la pratique de médecine de famille et ses patients, et savoir comment ils souhaiteraient voir évoluer le voisinage médical pour qu'il réponde à leurs besoins. Il ne faut pas oublier que ce processus diffère selon le contexte de la pratique. Forger des liens et décider du genre de relations à établir avec les fournisseurs pour créer le voisinage que vous envisagez peut prendre du temps.

Des succès : Gestion de cas en soins primaires à l'Île-du-Prince-Édouard

Le programme de gestion de cas en soins primaires vise à améliorer la santé des habitants de l'Île qui recourent le plus souvent au système de soins de santé (dans les cinq pour cent supérieurs du groupe des plus grands utilisateurs), tout en améliorant l'expérience des soins et en contrôlant les coûts. Environ 400 personnes parmi plus de 8 000 résidents admissibles ont participé au programme jusqu'à maintenant. Sur une période de douze mois, les participants se rendent fréquemment à l'urgence (cinq fois ou plus), sont souvent hospitalisés (trois fois ou plus) et/ou visitent des cliniques sans rendez-vous/cabinets de médecin (10 fois ou plus). Qui plus est, ils ont des problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé. Ils passent en moyenne 265 jours dans le programme, après y avoir été référés par des médecins de famille ou d'autres prestataires de soins cliniques, ou encore des organismes communautaires ou gouvernementaux. En collaboration avec les cliniciens et les services sociaux partenaires, les gestionnaires de cas en soins primaires cherchent des solutions aux problèmes qui ont une incidence sur la santé des patients, notamment le revenu, l'invalidité, le logement, le transport, la navigation dans les services, les maladies chroniques et la santé mentale. Les coûts de soins de santé associés aux participants ont été réduits d'environ la moitié dans les neuf mois qui ont suivi le début du programme. L'auto-évaluation de leur santé et l'état fonctionnel des participants de même que leur capacité d'autogérer leurs soins ont connu des améliorations significatives grâce à l'efficacité de la collaboration entre les gestionnaires de cas, les cliniciens et les services sociaux.

Source : Santé Î.-P.-É. *Primary Care Case Management: An IHI Triple AIM Initiative*. Charlottetown (Î.-P.-É.) : Santé Î.-P.-É.; 2019.

Après avoir identifié d'éventuels partenaires, prenez contact avec eux pour conclure une entente de soins en collaboration. En grande partie, la littérature sur les soins interreliés offerts au moyen de modèles comme le voisinage médical insiste sur l'importance de définir clairement les termes de l'entente et les rôles de chacun des prestataires pour assurer le succès d'un voisinage médical¹¹. Vous pouvez le faire dans le cadre de rencontres en personne ou virtuelles via téléconférence ou vidéoconférence. Rédiger une entente de soins en

collaboration variera selon le contexte propre à chaque pratique, prestataire et population de patients. Assurez-vous d'inclure les attentes concernant les échanges entre le médecin traitant et le partenaire avant la consultation, la consultation avec le patient et la prise en charge conjointe du patient à long terme, y compris les responsabilités incombant à chacun des prestataires de soins¹¹. Vous trouverez des exemples d'entente de soins en collaboration dans les trousse de mise en œuvre provinciales et à l'annexe du présent guide.

UTILISER LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION POUR COMMUNIQUER PLUS EFFICACEMENT

À la base, le bon fonctionnement d'un voisinage médical repose sur des systèmes de communication et de coordination efficaces¹². Les technologies de l'information (TI) peuvent jouer un rôle important, surtout au vu de l'intérêt grandissant pour l'utilisation de l'intelligence artificielle et des outils de soins virtuels.

Le fait d'avoir des DMÉ compatibles, partagés par tout le voisinage, simplifie les communications et est important pour le succès global¹³. Cette rationalisation peut favoriser

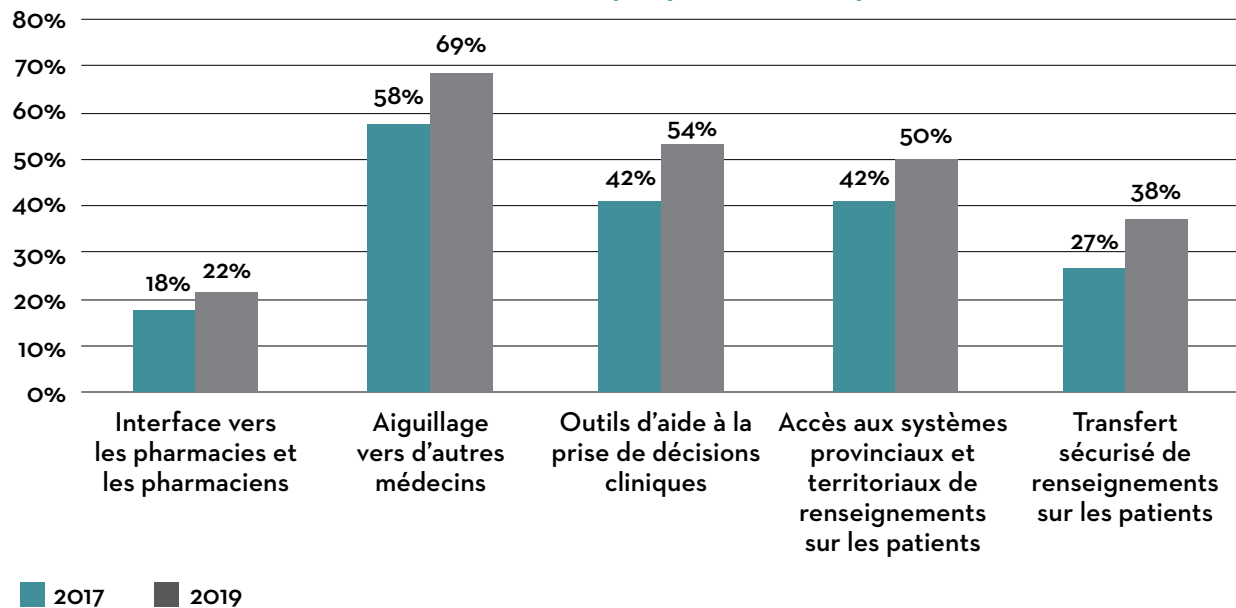
l'intégration des prestataires de soins primaires et de spécialistes au sein du voisinage médical¹⁴. Les dossiers de santé devraient également être partagés, si besoin est, avec les patients et, avec leur permission, avec les membres de leur famille et leurs proches aidants.

Les systèmes de DMÉ, qui facilitent l'accès au partage de données et soutiennent les soins, peuvent fournir des outils comme l'ordonnance électronique, les références vers d'autres services effectués par voie électronique et



Conseil : Cette étape correspond étroitement au pilier 5 du CMF : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale. Pour des conseils sur la manière d'entreprendre ce travail dans votre pratique, consultez la [Vision du Centre de médecine de famille de 2019](#).

**Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical, 2017 et 2019 :
Utilisation d'outils électroniques par les MF/omnipraticiens**



Taille des échantillons : 2017 (n= 3 481), 2019 (n=3 515)¹⁵

© Association médicale canadienne. Reproduit sous permission.

Source : Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical 2017 et 2019. Ottawa (ON) : Association médicale canadienne.

la consultation virtuelle¹². Dans certains cas, y compris dans les régions rurales et éloignées, les échanges de grande qualité avant la consultation et la co-prise en charge virtuelle par les prestataires de soins primaires et les autres spécialistes utilisant ces outils sont une solution de rechange efficace aux rendez-vous en

personne¹³. De fait, un sondage de 2018 a révélé que les patients privilégient de plus en plus les options de soins virtuels : 69 pour cent des Canadiens et Canadiennes ont dit qu'ils opteraient pour une consultation virtuelle si cette possibilité leur était offerte¹⁴.

Des succès : Territoires-du-Nord-Ouest

Dans les Territoires-du-Nord-Ouest, la prestation des soins dépend en grande partie de médecins suppléants. Il peut donc être difficile d'assurer la continuité des soins. Avec l'adoption d'un même DMÉ à la grandeur du territoire, tous les prestataires de soins peuvent accéder aux dossiers des patients, ce qui a beaucoup amélioré la continuité. Outre les consultations en personne, la prestation de soins est soutenue par la télémédecine, les DMÉ et du personnel infirmier communautaire ayant un cadre de fonctions élargi. Ainsi, dans de nombreuses communautés, les patients peuvent trouver un médecin de famille et communiquer avec lui pour recevoir des soins continus malgré l'isolement et les énormes distances géographiques.

Les discussions menant à une entente de soins en collaboration doivent comprendre les fonctions de DMÉ ou de soins virtuels disponibles et accessibles et leur utilisation pour coordonner les soins aux patients. Il est également important de s'assurer que les technologies et le déroulement des opérations tiennent compte de la capacité technologique, des besoins en matière d'accessibilité et du niveau de littératie en santé numérique de la population de patients¹⁶. Dans l'entente de soins en collaboration, les cabinets ou les cliniques devraient convenir mutuellement de la manière d'utiliser les technologies dans les soins aux patients ainsi que des mesures de protection de la confidentialité à mettre en place pour protéger les données des patients.

Malgré les avantages d'une rationalisation de l'usage de DMÉ, la pleine interopérabilité des DMÉ n'a pas été atteinte de manière uniforme au Canada. Il faut une

meilleure normalisation des systèmes afin de pouvoir efficacement partager l'information entre les provinces et les territoires et à l'intérieur de ceux-ci puisque les patients peuvent recevoir des soins dans différentes régions. Lorsque les DMÉ ne sont pas compatibles ou ne sont pas disponibles, comme c'est le cas pour les services sociaux qui ne font pas partie du secteur des soins de santé, les discussions avec les partenaires peuvent porter sur l'établissement de systèmes pour l'orientation vers d'autres services, les consultations et le partage d'information par des moyens autres que les DMÉ. On pourrait avoir recours à d'autres outils de soins virtuels – la vidéoconférence ou la téléconférence, entre autres – et utiliser les dossiers de santé électroniques (DSÉ) d'une région. Pour plus de précisions sur l'utilisation des DMÉ et des TI en santé dans le voisinage médical du patient, consultez le document **Conseil pratique : Utilisation avancée et éclairée des DME - Module 2** et le **Rapport du groupe de travail sur les soins virtuels**.

CONSULTATIONS ET RÉFÉRENCES EFFICACES

Lorsque l'on travaille avec d'autres spécialistes, des références efficaces peuvent permettre de s'assurer qu'il n'y aura pas de retards imputables à la collecte des données sur les patients¹⁷. Pour favoriser l'accès aux soins en temps opportun et dispenser des soins de qualité, il est crucial, lors de la conclusion d'une entente sur les soins en collaboration, de discuter avec les partenaires du type d'information dont ils ont besoin pour des références efficaces. À cette fin, vous pourriez établir des lignes directrices et standardiser les processus de communication pour les références vers d'autres services et les recommandations¹⁷.

Des exemples de partout au Canada qui illustrent comment le voisinage médical du patient peut améliorer l'efficacité des références vers d'autres services sont présentés

dans le numéro intitulé **Interface efficace pour les soins primaires et secondaires** de la série de cas Innovation en soins primaires du CMFC. Dans diverses régions du pays, on a mené à bien des idées comme les modèles de soins et les visites de groupe pour réduire les temps d'attente et les consultations face à face avec des spécialistes. Des ressources informatiques – les DMÉ, la télémédecine et **eConsult** entre autres – peuvent aider à effectuer des références efficaces en donnant aux médecins de famille l'accès à d'autres spécialistes en temps opportun, en réduisant les consultations en personne et en diminuant le nombre de visites aux urgences¹⁸. Les ressources requises pour la mise en œuvre qui accompagnent ce guide contiennent des outils additionnels qui vous aideront à accroître l'efficacité et l'efficience des références et des interactions avec d'autres prestataires de soins en utilisant les ressources disponibles dans votre région.



Des succès : Territoires du Nord-Ouest

Dr David Urquhart vit à Inuvik, dans les Territoires du Nord-Ouest. Il entretient des liens étroits avec les habitants et les prestataires de soins d'Ulukhaktok, une communauté éloignée située sur l'île Victoria, au nord du cercle polaire arctique. Le concept d'adoption par une communauté illustre l'importance d'établir des relations pour dispenser des soins plus gratifiants et efficaces. L'équipe de santé dont fait partie Dr Urquhart est parvenue à mieux comprendre non seulement quels sont les soins dont leurs patients ont besoin, mais aussi quels sont les obstacles à leur prestation. L'accès aux soins est entravé entre autres par le coût et la difficulté des déplacements en partance ou en provenance d'Ulukhaktok pour les investigations et la consultation de spécialistes, des ressources humaines et techniques limitées et, dans certains cas, des barrières linguistiques ou culturelles. Pour améliorer l'accès en temps opportun dans un endroit aussi éloigné, Dr Urquhart et l'équipe de soins utilisent des services comme la télémedecine. On évite les déplacements non essentiels lorsque la communication écrite ou verbale est appropriée. Quand il faut se déplacer, Dr Urquhart et une équipe formée de membres du personnel communiquent avec plusieurs parties pour coordonner des tests et la prise de rendez-vous. Il faut parcourir 900 km, jusqu'à Yellowknife, pour avoir accès à des spécialistes consultants et à un tomodynamomètre. Grâce à la coordination des soins et au recours efficace aux références et aux consultations, l'équipe peut militer pour la prestation de meilleurs soins et offrir de façon efficace des soins à leurs patients.

Lors de la conclusion d'une entente de soins en collaboration, il est important de tenir compte des outils utilisés par chaque partenaire et de se demander comment en tirer parti pour rendre les consultations et les références vers d'autres services aussi efficaces que possible. Enfin, les ententes doivent établir un protocole

pour la responsabilité continue des soins qui définit comment les références seront contrôlées, comment l'information sera partagée avec le médecin de famille et comment les responsabilités seront réparties entre le médecin de famille et les autres spécialistes dans le cadre des soins dispensés au patient.

PARTENARIATS DE SOINS ET SERVICES AVEC LES PATIENTS

La création d'un voisinage médical a pour but d'améliorer la coordination et la continuité des soins et d'administrer plus efficacement des traitements grâce à une collaboration entre tous les prestataires impliqués dans les soins d'un patient. Or, il est crucial que les

patients aient voix au chapitre dans ce processus. Des preuves de plus en plus convaincantes démontrent que l'activation et l'implication des patients ont une incidence positive sur leur santé et leur expérience en matière de soins¹⁹. Vous pouvez favoriser ce type



d'implication en veillant, en collaboration avec votre équipe, à ce que votre pratique soit un environnement ouvert et propice à la participation et à l'établissement de partenariats de soins et de services avec les patients. En invitant les patients à participer à des consultations, des sondages, des groupes consultatifs ou autres mécanismes lors du processus de création d'un voisinage médical, les bureaux ou cliniques seront mieux assurés que le voisinage répondra plus efficacement aux besoins des patients.

Dès le début du processus de création, il faut donner la priorité à l'établissement d'un partenariat de soins et de services avec les patients. Ceux qui participent au processus doivent être représentatifs de votre population de patients. L'impact des déterminants sociaux de la santé sur les patients peut avoir une incidence sur leur santé et leur expérience au sein du système de santé. Accordez une attention particulière aux personnes qui ont des besoins différents ou qui ont de la difficulté à accéder aux soins (p. ex., personnes handicapées, intersectionnalité, immigrants, membres des communautés LGBTQ+ ou racialisées).

Tous les patients qui reçoivent des soins dispensés selon le modèle de voisinage médical doivent être informés de ce nouveau système et des conséquences qu'auront ces changements. Les communications imprimées ou virtuelles peuvent être utilisées, mais vous devez également assurer un suivi ponctuel avec les patients, en personne, par téléphone ou par vidéo avec un membre de l'équipe de soin que le patient connaît et en qui il a confiance. Une discussion sur le processus de références vers d'autres services, le rôle du patient dans le voisinage médical et la façon dont les patients peuvent donner leur avis sur ce qui fonctionne bien dans le voisinage médical s'impose¹⁹. Assurez-vous également de leur dire comment et quand leurs commentaires seront analysés

et de leur parler des processus qui seront mis en place pour assurer l'imputabilité.

L'efficacité des soins dans le voisinage médical du patient requiert un virage culturel qui aidera tous les prestataires de soins à mettre l'accent sur les préférences du patient et la compétence culturelle. Cela nécessite l'inclusion du patient dans la prise de décisions ainsi que l'assurance que toutes les décisions concernant les soins reposent sur les besoins et les préférences des patients et qu'elles sont communiquées efficacement aux patients, aux membres de leur famille ou aux proches aidants et à toute personne accompagnatrice impliquée dans leurs soins¹⁹.

Enfin, il ne faut pas oublier les besoins du patient en matière de communication et d'accès. Cela implique d'être sensible aux différences culturelles et langagières, au niveau de littératie en santé et aux besoins en matière d'accessibilité. Vous pouvez faire appel à des traducteurs et interprètes qui connaissent la terminologie médicale, des interprètes en langue des signes ou d'autres experts en communication dans votre voisinage médical s'il y a un besoin pour ces services dans votre population de patients. Vous pouvez avoir recours à des outils en ligne ou à des services téléphoniques qui facilitent les communications efficaces entre les prestataires de soins et les patients. Vous trouverez des ressources additionnelles dans les trousse de mise en œuvre adaptées à chaque province qui accompagnent le présent guide ainsi que dans le guide **Conseil pratique : Littératie en santé**. Les besoins en mobilité et le manque d'accès au transport peuvent empêcher certains patients d'accéder aux services de soins de santé. Il faut discuter avec les patients qui pourraient avoir besoin d'aide de moyens de prendre contact avec les services d'accompagnement et de transport médical, les défenseurs des droits des patients et les ressources de transport en commun.

MESURE DU RENDEMENT

La clé du succès d'un voisinage médical est la mesure du rendement, soit le suivi à l'échelle du système et de la pratique de la façon dont le voisinage répond aux besoins des patients. Vous trouverez en annexe une liste de vérification de politiques qui peut être utilisée pour réclamer du soutien des gouvernements. Cela comprend

du soutien pour effectuer des évaluations du rendement et en communiquer les résultats, ainsi que des ressources pour mettre en œuvre des changements à la lumière des résultats de ces évaluations. Veuillez consulter l'annexe ainsi que les trousse de mise en œuvre propres à chaque province pour de plus amples renseignements sur la façon

de contribuer aux efforts de plaidoyer en vue d'améliorer la mesure du rendement à l'échelle du système.

Même si un processus de mesure du rendement à grande échelle peut être difficile à exécuter avec des ressources limitées, des outils comme les **DMÉ** et **l'outil d'évaluation de la pratique pour le CMF** peuvent vous aider à évaluer à quel point le voisinage médical du patient a facilité la prestation de meilleurs soins à vos populations de patients.

Travaillez avec les patients pour vous garder au courant de leurs points de vue relativement à leur expérience, leur santé, leur sécurité et l'observance des plans de traitement et pour faire en sorte que des ajustements soient apportés en fonction des constatations. Le voisinage médical du patient peut également entretenir des liens qui appuient la mesure du rendement, notamment avec le milieu universitaire, les **conseils de la qualité des services de santé** et les **réseaux de recherche basée sur la pratique**.

Des succès : Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan

Le Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan a aidé à structurer le système de soins de santé de la province, y compris le développement de réseaux de santé. Il fournit des outils, de la formation et des ressources pour mesurer le rendement dans la province. Le **Primary Care Panel Report** est un outil utile pour les médecins de famille et leurs réseaux. Il donne aux médecins de famille accès aux rapports générés à l'aide des données administratives et des données sur la facturation dans la province. Ces rapports fournissent des informations comme le pourcentage de patients qui se rendent aux urgences, qui sont hospitalisés et qui prennent des benzodiazépines et/ou des opioïdes. Ces rapports s'accompagnent aussi d'un sondage et d'un outil de réflexion qui peut être rempli pour obtenir des crédits de DPC et dont on peut se servir pour mesurer le rendement de la pratique et la manière dont les patients accèdent aux services dans un réseau de santé élargi.

Lors de la création d'un voisinage médical, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un processus progressif et itératif. Les conclusions des initiatives de mesure du rendement à l'échelle du système et de la pratique doivent être communiquées officiellement aux patients et aux agences de gouvernance et être intégrées aux stratégies de mise

en œuvre des changements à apporter au voisinage. La mesure du rendement à l'échelle du système et de la pratique aidera le système de soins de santé, votre pratique et tous les partenaires du voisinage médical à continuer de dispenser des soins en collaboration efficaces et efficaces pour les patients.

CONCLUSION

L'amélioration générale des liens entre les pratiques de médecine de famille aux premières lignes et les soins secondaires et tertiaires se traduira par de meilleurs résultats de santé pour les patients et rendra l'ensemble du système canadien des soins de santé plus efficace à moindres coûts²⁰⁻²³. Le voisinage médical du patient offre un modèle prometteur pour la prestation de meilleurs soins en collaboration avec d'autres spécialistes, prestataires de soins de santé et services sociaux et communautaires. L'annexe du présent guide

contient une feuille de travail pour aider à encadrer les discussions au sein de votre pratique ainsi qu'une liste de vérification des politiques recommandées que les décideurs devraient instaurer pour permettre de mettre en œuvre un modèle de voisinage médical du patient. De plus, des trousse de mise en œuvre propres à chaque province et territoire appuieront votre bureau ou clinique dans l'application des recommandations du présent guide.

ANNEXE

Feuille de travail et liste de vérification

Avec le personnel de votre pratique, élaborer un énoncé d'objectifs pour votre voisinage médical du patient :

Quels atouts et possibilités dans votre pratique, votre communauté, etc. peuvent vous aider à faire de votre voisinage médical du patient un succès ?

Quels sont les défis auxquels vous pourriez faire face lors de la mise en place d'un voisinage médical du patient ?
Comment allez-vous les surmonter ?

Quelles idées souhaitez-vous explorer pour l'avenir ?

Questions à poser aux partenaires potentiels :

- Quels outils de TI utilisez-vous dans votre pratique ?
- Quels renseignements sur un patient devez-vous avoir pour assurer le succès d'une référence d'un patient ?
- De quelle manière souhaitez-vous communiquer relativement aux soins d'un patient ?
- Quand et comment devrions-nous réévaluer notre entente de soins en collaboration ?
- Comment allons-nous mesurer le succès dans ce partenariat ?
- Comment allons-nous communiquer les conclusions relativement au rendement de notre voisinage médical aux patients, au public ou aux agences de gouvernance ?
- Comment allons-nous introduire les changements de capacités afin d'accepter les références et les consultations ou les autres changements dans le partenariat ?
- Comment faire participer les patients (ainsi que les familles et les proches aidants) à leurs soins ?

Liste de vérification pour instaurer un voisinage médical du patient

- ☐ Élaborer une stratégie d'implication et de partenariat avec les patients
- ☐ Faire un remue-ménages pour trouver d'éventuels partenaires
- ☐ Établir une entente de soins en collaboration avec les partenaires
- ☐ Élaborer un plan de communication basé sur les TI de la santé
- ☐ Élaborer une stratégie de gestion du rendement
- ☐ Partager les résultats de l'évaluation du rendement

Exemples de prestataires de soins à inclure dans le voisinage médical du patient

Type de prestataire	Nom du prestataire	Coordonnées du prestataire	Entente de soins en collaboration ? Oui/Non
Hôpital			
Soins de longue durée			
Agence de soins à domicile			
Pharmacien			
Travailleur social			
Soins de santé mentale			
Diététiste			
Organisme de services sociaux			
Physiothérapeute			
Ergothérapeute			
Spécialiste en toxicomanie			
Soins palliatifs			
Radiologie			
Clinique juridique			
Orthophoniste			

Liste de vérification des politiques

La création d'un réseau de soins interprofessionnels en collaboration doit être accompagnée de politiques qui y sont favorables. Les mesures de plaidoyer suivantes devraient être prises en consultation avec les pratiques (notamment par l'intermédiaire des sections provinciales) pour soutenir la création d'un voisinage médical du patient.

☐	Envisager des modes de rémunération (p. ex., salaire, capitation, modèles mixtes/combinés) qui offrent de la souplesse et encouragent l'innovation dans la manière dont les pratiques organisent leurs soins et collaborent avec d'autres spécialistes, prestataires et services communautaires.
☐	Aider les pratiques de la région qui exercent dans toutes les spécialités à accéder à des systèmes de DMÉ interopérables pour faciliter la collaboration et le partage d'information.
☐	Mettre en place et soutenir des politiques qui standardisent les DMÉ au Canada afin que l'information puisse être partagée dans les provinces et les territoires et entre eux par l'intermédiaire de systèmes de DMÉ interopérables.
☐	Soutenir des moyens plus efficaces pour orienter les patients vers d'autres services, par exemple des systèmes standardisés, une gestion centralisée et des technologies de télémédecine et de consultation virtuelle.
☐	Réaliser des évaluations ou soutenir l'utilisation d'évaluations pour déterminer la capacité des voisinages médicaux à améliorer la santé des patients.
☐	Faire rapport publiquement sur les résultats des évaluations de la mesure du rendement pour s'assurer que les patients sont informés et que les systèmes et prestataires de soins de santé sont tenus de rendre des comptes.
☐	Soutenir des stratégies d'amélioration des voisinages médicaux et mettre en place des changements fondés sur les données découlant des évaluations de la mesure du rendement.
☐	Créer des occasions de partager les succès et d'appliquer à l'échelle voulue les stratégies et innovations du voisinage médical du patient.

Sujets à aborder lors de la négociation d'ententes de soins en collaboration

L'aperçu qui suit est une adaptation d'une entente existante¹¹. Vous pourriez également trouver des exemples d'ententes de soins en collaboration utilisées par les établissements de votre région dans les trousse de mise en œuvre provinciales.

	Le médecin de famille convient de ce qui suit :	Le médecin spécialiste consultant convient de ce qui suit :
Lors des échanges préalables à la consultation	• Énoncer clairement la question clinique • Utiliser la plateforme de référence des patients convenue pour communiquer la demande • Dans la mesure du possible, trier les demandes de consultation selon leur urgence	• Avoir un seul point d'accès • Répondre aux demandes dans le délai prescrit en utilisant la plateforme de références des patients convenue
Durant la consultation	• Énoncer clairement la raison de la consultation en utilisant la plateforme de référence des patients convenue • Expliquer au patient le but de la consultation • Prescrire les tests appropriés avant la consultation	• Utiliser une seule méthode pour obtenir une consultation compatible avec les autres services (libre accès) • Adhérer aux plages horaires d'accès • Envoyer une note de consultation au médecin traitant dans un délai déterminé
Les deux parties conviennent de ce qui suit :		
Durant la co-prise en charge	• S'entendre sur la personne qui gère les médicaments, assure le suivi des résultats des tests de laboratoire et s'occupe des questions connexes • S'aviser l'un l'autre des interventions majeures, des visites aux urgences et des hospitalisations en utilisant les DMÉ ou d'autres méthodes de communication • Offrir aux patients des consultations urgentes dans un délai établi • Se transmettre l'un l'autre toutes les notes de consultation dans un délai établi ou plus tôt si des problèmes urgents surviennent • Se consulter avant de demander une référence vers d'autres services relativement à l'état du patient	

© JAMA Internal Medicine. Reproduit sous permission¹¹.

Éléments à inclure dans une entente

- Plateforme de références des patients vers d'autres services à utiliser pour communiquer les demandes
- Attentes concernant la communication de l'urgence d'une demande
- Attentes concernant l'accès en temps opportun aux consultations et aux rendez-vous et le partage des résultats
- Aperçu des rôles et responsabilités de chacune des parties dans la prise en charge des soins aux patients
- Autre [à préciser]

RÉFÉRENCES

1. Spatz C, Bricker P, Gabbay R. The Patient-Centered Medical Neighborhood: Transformation of Specialty Care. *American Journal of Medical Quality*. 2014; 29 (4) : 344-349.
2. Pham HH. Good Neighbors: How Will the Patient-Centered Medical Home Relate to the Rest of the Health-Care Delivery System? *J Gen Intern Med*. 2010; 25 (6) : 630-634.
3. Taylor EF, Lake T, Nysenbaum J, Peterson G, Meyers D. *Coordinating care in the medical neighborhood: critical components and available mechanisms*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality. 2011. Dans : <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/coordinating-care-in-the-medical-neighborhood-white-paper.pdf>. Date de consultation : le 15 novembre 2019
4. Feuerstein JD, Sheppard V, Cheifetz AS, Ariyabuddhiphongs K. How to Develop the Medical Neighborhood. *J Med Syst*. 2016; 40 : 196.
5. Santé Î.-P.-É. Soins (de santé) primaires – Programmes et services offerts. Î.-P.-É. : Santé Î.-P.-É. Dans : www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/primary_health_care_-_current_programs_and_services.pdf. Date de consultation : le 15 novembre 2019.
6. Santé Î.-P.-É. Les centres de santé offrent des soins primaires. Île-du-Pin-Édouard. Date de publication : le 21 décembre 2015. Dans : www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/les-centres-de-sante-offrent-des-soins-primaires. Date de consultation : le 15 novembre 2019.
7. Association médicale de la Saskatchewan, gouvernement de la Saskatchewan, Autorité sanitaire de la Saskatchewan. *Health Network Physician Engagement: An Overview*. Saskatchewan : Association médicale de la Saskatchewan, gouvernement de la Saskatchewan, Autorité sanitaire de la Saskatchewan; 2019.
8. Strategy and Innovation Portfolio. *Elements of Health Network Development (Version 1.0)*. Saskatchewan : Autorité sanitaire de la Saskatchewan; 2019.
9. Health Quality Council (Saskatchewan). *Connected Care: A Summary of Learnings from the Emergency Department Waits and Patient Flow Initiative*. Saskatoon (SK) : Saskatchewan Health Quality Council; 2018. Dans : <https://hqc.sk.ca/Portals/0/adam/Content/YVIGPQj9XkKcHGhXZ3XbEQ/Link/Connected%20Care%20Summary%20of%20Learnings%20from%20ED%20Waits%20and%20Patient%20Flow%20Initiative.pdf>. Date de consultation : le 15 novembre 2019.
10. Autorité sanitaire de la Saskatchewan. *Phase II: Spring-Winter 2019*. Saskatoon (SK) : Autorité sanitaire de la Saskatchewan; 2019.
11. Greenberg JO, Barnett ML, Spinks MA, Dudley JC, Frolkis JP. The "Medical Neighborhood": Integrating Primary and Specialty Care for Ambulatory Patients. *JAMA Internal Medicine*. 2014; 174 (3) : 454-457.
12. Collège des médecins de famille du Canada et Inforoute Santé du Canada. *Conseil pratique, module 2 – Utiliser les DME pour communiquer avec d'autres milieux de soins et d'autres professionnels de la santé*. Ontario : Collège des médecins de famille du Canada et Inforoute Santé du Canada; 2018. Dans : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BAG_EMER2_FRE_mod2.pdf. Date de consultation : le 25 octobre 2019.
13. Tuot DS, Murphy EJ, McCulloch CE, Leeds K, Chan E, Chen AH. Leveraging an electronic referral system to build a medical neighborhood. *Healthcare*. 2015; 3 (4) : 202-208.
14. Ipsos. Six Canadiens sur dix affirment avoir très hâte de voir l'incidence qu'aura l'intelligence artificielle sur les soins de santé et une majorité estime que les nouvelles technologies (75 %) et l'IA (69 %) pourraient contribuer à régler des problèmes de notre système de santé. Dans : http://www.cma.ca/sites/default/files/2018-12/Shaping%20the%20Future%20of%20Health%20and%20Medicine_FR.pdf. Date de consultation : le 24 décembre 2019.
15. Association médicale canadienne. Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical. 2019. Dans : www.cma.ca/fr/perspective-des-medecins-enquetes-sur-les-effectifs-medicaux. Date de consultation : le 15 novembre 2019.
16. Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Soins virtuels - Recommandations pour la création d'un cadre pancanadien : Rapport du groupe de travail sur les soins virtuels*. Ontario : Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2020. Dans : www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/RapportduGroupeTravailSurLesSoinsVirtuels.pdf. Date de consultation : le 11 février 2020.
17. Nabelsi V, Lévesque-Chouinard A, Liddy C, Pilon MD. Improving the Referral Process, Timeliness, Effectiveness, and Equity of Access to Specialist Medical Services Through Electronic Consultation: Pilot Study. *JMIR Med Inform*. 2019; 7 (3) : e13354.
18. Collège des médecins de famille du Canada. *Innovation en soins primaires : Interface efficace pour les soins primaires et secondaires*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/Innovation_Primary_Care_Final_FRE.pdf. Date de consultation : le 18 novembre 2019.
19. Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. *Health Affairs*. 2013; 32 (2) : 207-214.
20. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care, a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*. 2018; 18 (350) : 1-13.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2010. Dans : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10_3_eng.pdf;jsessionid=3CF5812535D14749961BF47E8F89CA9F?sequence=1. Date de consultation : le 6 décembre 2019.
22. Conference Board du Canada. *Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 1 – Current Knowledge About Interprofessional Teams in Canada*. Ottawa (ON) : Conference Board du Canada; 2012. Dans : www.integrationresources.ca/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/D36_PrimaryHealthCare-Briefing1.pdf. Date de consultation : le 6 décembre 2019.
23. Conference Board du Canada. *Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2 – Barriers to Successful Interprofessional Teams*. Ottawa (ON) : Conference Board du Canada; 2012. Dans : <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/collaborativecare/files/IPHCTC-Briefing2.pdf>. Date de consultation : le 6 décembre 2019.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CENTRE DE
MÉDECINE
DE FAMILLE