

Trousse de changement : Mettre en oeuvre les processus relatifs à la clientèle



Grand objectif :

Établir, optimiser et tenir à jour des processus d'identification de la clientèle

Énoncé d'objectif :

100% des prestataires de la clinique sont capables de produire une liste exacte de leur clientèle d'ici au (DATE).



Mesure relative au résultat :

% des prestataires de soins primaires de la clinique qui sont capables de produire une liste exacte de leur clientèle

Mesure d'équilibre :

Retombées des processus d'identification et de tenue à jour des processus d'identification de la clientèle pour l'équipe

Mesure relative au processus :

% de patients validés sur la liste de clientèle

Nbre de patients sans prestataire principal attribué ou dont le prestataire principal est invalide

Taille de clientèle par prestataire principal

% de patients de la clientèle n'ayant pas consulté au cours des trois dernières années

Pourquoi les processus relatifs à la clientèle sont-ils importants?

Définir les clientèles de patients permet aux cliniques de répondre aux besoins de ceux-ci en matière de continuité relationnelle, d'accès rapide aux soins et de qualité des soins, tout en optimisant les capacités de l'équipe.¹⁻¹⁶

Cette trousse s'inscrit dans les efforts plus larges de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) visant à implanter un modèle de centre de médecine de famille qui s'aligne sur la vision du Collège des médecins de famille du Canada.¹

La continuité et l'accès sont les principaux piliers de ce modèle. Ils dépendent avant tout d'une clientèle de patients clairement définie et de taille appropriée. L'identification de la clientèle est une première étape fondamentale et un moteur pour la prestation de soins rapides, longitudinaux et basés sur le travail d'équipe. Cela améliore les résultats pour les patients, la prestation des soins, et l'expérience des prestataires/équipes, et réduit les coûts du système de santé.¹⁷⁻²¹

30


Comment utiliser cette trousse de changement?


Cette trousse contient des liens vers des documents du [programme de soutien à la pratique de la SMNB](#). Elle est conçue pour être utilisée par les équipes de soins primaires avec le soutien d'un facilitateur de pratique. Pour contacter le service de soutien à la pratique, écrivez à soutienpratique@smb.ca.


En utilisant la trousse de concert avec [la séquence de réalisation du changement \(un cadre d'amélioration de la qualité\)](#), les équipes seront accompagnées dans la mise en place de procédures liées à la clientèle grâce aux changements à fort impact suivants :

- Dresser une liste exacte de la clientèle
- Maintenir la liste de la clientèle à jour
- Améliorer la continuité relationnelle en favorisant des relations accessibles et longitudinales avec les patients
- Établir la taille de clientèle idéale pour chaque prestataire
- Organiser l'équipe interprofessionnelle et le prestataire primaire pour répondre de façon concertée aux besoins des patients pris en charge

Outils généraux

 [Séquence de réalisation du changement](#)

 [Vous y gagnez quoi ? Processus relatifs à la clientèle](#)

 [Exemple de plan d'A0 et de cycles PEEA](#)

Dressant une liste exacte de la clientèle



Idées de changement

Définir et utiliser des statuts standardisés de patient dans le DME.

Remettre de l'ordre dans la clientèle en révisant les statuts, l'attachement et l'historique de visites selon une approche choisie :

- Demander aux patients, à chaque interaction, qui est leur prestataire de soins primaires (effort minimal, long terme).
- Revoir l'ensemble de la clientèle en une seule fois (effort maximal, plus rapide).
- Utiliser la méthode des 4 coupes pour revoir la clientèle en sections plus petites selon l'historique de visites (temps et effort modérés).



Outils



[Guide d'identification et de tenue à jour des clientèles](#)

[Démo de clientèle dans le DME : profil Intrahealth \(en anglais seulement\)](#)

[Mettre à jour et valider les données démographiques du patient dans le DCS de Telus](#)

[Filtrer les tableaux de bord de données analytiques dans le DCS de Telus](#)

Mettre en oeuvre les processus relatifs à la clientèle en...

Maintenant la liste de clientèle à jour



Idées de changement





Standardiser les processus d'ajout, de retrait ou de réassignation des patients de la clientèle.

Améliorer le taux de vérification de l'attachement de la clientèle en confirmant et en consignait l'attachement du patient à chaque interaction.

Effectuer des recherches régulières dans le DME pour valider la liste de la clientèle en confirmant l'attachement et les statuts des patients.



Outils

-  [Guide d'identification et de tenue à jour des clientèles](#)
-  [Outil de contrôle de la clientèle](#)
-  [Conseils : Inscription de la clientèle dans les cliniques utilisant des dossiers papier](#)
-  [CMFC - Conseil pratique : inscription de clientèle](#)

Mettre en oeuvre les processus relatifs à la clientèle en...

Améliorant la continuité relationnelle en favorisant des relations accessibles et longitudinales avec les patients.



Idées de changement

Prioriser la continuité dans les pratiques de planification des rendez-vous.

Communiquer aux patients la valeur de la continuité par des messages prédéfinis et de la sensibilisation.

Améliorer les options de prestation de services qui favorisent l'accès et la continuité des soins (p. ex. heures de service, proportion de rendez-vous en présentiels et virtuels, messagerie sécurisée pour les soins).



Outils

HIG [Définir le niveau d'importance de la continuité au sein de votre clinique](#)

HIG [Comment mesurer la continuité](#)

HIG [Planifier pour favoriser la continuité](#)

HIG [Plan de continuité des activités en cas d'absence du bureau](#)

HIG [Stratégies de planification pour favoriser la continuité](#)

HIG [Planification des autres modes de visite](#)

HIG [Fiche-conseil pour les prestataires à temps partiel](#)

Mettre en oeuvre les processus relatifs à la clientèle en...

Établissant la taille de clientèle idéale pour chaque prestataire.



Idées de changement

Surveiller l'équation de la taille de clientèle pour chaque prestataire afin d'ajuster l'offre et la demande.

Comparer l'équité des tailles de clientèle entre les prestataires selon l'ETP clinique et la complexité de la clientèle, et redistribuer la charge de travail dans l'équipe.

Mieux saisir la demande anticipée de soins en tenant compte des besoins non exprimés, des lignes directrices fondées sur les données probantes et du taux moyen de retour.

Déterminer comment les nouveaux patients seront répartis entre les prestataires.



Outils

HIG [Outil pour calculer l'équitabilité des clientèle](#)

HIG [Taille de clientèle idéale et équité dans les cliniques de médecine de groupes](#)

HIG [Fiche-conseil pour les prestataires à temps partiel](#)

HIG [Stratégies de planification pour favoriser la continuité](#)

HIG [Outil de contrôle de la clientèle](#)

Mettre en oeuvre les processus relatifs à la clientèle en...

Organisant l'équipe interprofessionnelle et le prestataire primaire de manière à répondre de façon concertée aux besoins des patients pris en charge







Idées de changement



S'accorder sur les besoins et la charge de travail générée par la clientèle en définissant les caractéristiques globales (p. ex. âge, genre, problèmes, diagnostics, statut de dépistage, déterminants sociaux de la santé).

Adapter les rôles et responsabilités établis et optimiser les champs de pratique au sein de l'équipe pour répondre aux besoins de la clientèle.



Outils

-  [Un guide pour mettre sur pied de solides équipes interprofessionnelles](#)
-  [Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick - Tableaux de données](#)
-  [Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick - Coup d'oeil sur ma communauté](#)
-  [Pauvreté : un outil clinique pour les prestataires de soins primaires \(N.-B.\)](#)
(en anglais seulement)

 Objectif	100% des prestataires de la clinique sont capables de produire une liste exacte de leur clientèle d'ici au (DATE).
Changements à fort impact	 Idées de changement
Dresser une liste exacte de la clientèle.	Définir et utiliser des statuts standardisés de patient dans le DME.
	Remettre de l'ordre dans la clientèle en révisant les statuts, l'attachement et l'historique de visites selon une approche choisie.
Maintenir la liste de la clientèle à jour.	Standardiser les processus d'ajout, de retrait ou de réassignation des patients de la clientèle.
	Améliorer le taux de vérification de l'attachement de la clientèle en confirmant et en consignait l'attachement du patient à chaque interaction. Effectuer des recherches régulières dans le DME pour valider la liste de la clientèle en confirmant l'attachement et les statuts des patients.
Améliorer la continuité relationnelle en favorisant des relations accessibles et longitudinales avec les patients.	Prioriser la continuité dans les pratiques de planification des rendez-vous.
	Communiquer aux patients la valeur de la continuité par des messages prédéfinis et de la sensibilisation.
	Améliorer les options de prestation de services qui favorisent l'accès et la continuité des soins (p. ex. heures de service, proportion de rendez-vous en présentiels et virtuels, messagerie sécurisée pour les soins).



Objectif

100% des prestataires de la clinique sont capables de produire une liste exacte de leur clientèle d'ici au (DATE).

Changements à fort impact



Idées de changement

Établir la taille de clientèle idéale pour chaque prestataire.

Surveiller l'équation de la taille de clientèle pour chaque prestataire afin d'ajuster l'offre et la demande.

Mieux saisir la demande anticipée de soins en tenant compte des besoins non exprimés, des lignes directrices fondées sur les données probantes et du taux moyen de retour.

Comparer l'équité des tailles de clientèle entre les prestataires selon l'ETP clinique et la complexité de la clientèle, et redistribuer la charge de travail dans l'équipe.

Déterminer comment les nouveaux patients seront répartis entre les prestataires.

Organiser l'équipe interprofessionnelle et le prestataire primaire de manière à répondre de façon concertée aux besoins des patients pris en charge.

S'accorder sur les besoins et la charge de travail générée par la clientèle en définissant les caractéristiques globales (p. ex. âge, genre, problèmes, diagnostics, statut de dépistage, déterminants sociaux de la santé).

Adapter les rôles et responsabilités établis et optimiser les champs de pratique au sein de l'équipe pour répondre aux besoins de la clientèle.

Trente jours pour mieux gérer les clientèles

Jour 29	Évaluer la mesure d'équilibre, partager les apprentissages et célébrer	Équipe clinique	Facilitateur de pratique
Jour 28	Examiner les mesures et la planification pour favoriser la continuité, produire des listes de clientèle, confirmer l'identification des clientèles et les rôles/responsabilités en matière de mise à jour.	Équipe d'amélioration	Facilitateur de pratique
Jours 22-27	Mettre à l'essai la planification pour favoriser la continuité et la tenue à jour des clientèles	Membre de l'équipe clinique	Facilitateur de pratique
Jour 21	Examiner les essais d'identification et les mesures de la clientèle; introduire la planification pour favoriser la continuité et la tenue à jour des clientèles.	Équipe d'amélioration	Facilitateur de pratique
Jours 15-20	Poursuivre les essais de communication avec les patients et d'identification des clientèles; attribution groupée des patients / statuts	Membre de l'équipe clinique	Facilitateur de pratique
Jour 14	Examiner les essais et planifier la mise à jour des clientèles; décider d'un plan pour les patients non attribués / inactifs	Équipe d'amélioration	Facilitateur de pratique
Jours 8-13	Mettre à l'essai les communications avec les patients et l'identification des clientèles; créer des rapports de mise à jour des clientèles.	Membre de l'équipe clinique	Facilitateur de pratique
Jour 7	Passer en revue les mesures, les statuts et les communications aux patients	Équipe d'amélioration	Facilitateur de pratique
Jours 1-6	Collecter les mesures sur le clientèle, les informations sur les prestataires et les statuts des patients	Membre de l'équipe clinique	Facilitateur de pratique
Jour 0	Se réunir en équipe et convenir de travailler sur les clientèles	Équipe d'amélioration	Facilitateur de pratique

Remerciements et sources

Les responsables du Programme de soutien à la pratique tiennent à exprimer leur sincère gratitude aux membres du groupe consultatif interne qui ont consacré leur temps et leur expertise à la conception de cette trousse de changement.

Sources : S'engager à créer des relations durables avec les patients

1. Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract.* 2010 Oct;16(5):947-56.
2. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010 Apr;65(4):421-8.
3. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract.* 2010 Apr;27(2):171-8.
4. Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I, Vázquez M-L. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2012 Feb;24(1):39-48. <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/lookup?view=long&pmid=22146566>
5. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001 Sep;51(470):712-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314098/>
6. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* 2003 Oct;1(3):149-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466596/>
7. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Practice.* 2006 Feb 24;7:11. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-7-11>
8. Crooks VA, Agarwal G, Harrison A. Chronically ill Canadians' experiences of being unattached to a family doctor: a qualitative study of marginalized patients in British Columbia. *BMC Family Practice.* 2012 Jul 16;13(1):69. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/69>
9. Al-Azri M, Al-Ramadhani R, Al-Rawahi N, Al-Shafee K, Al-Hinai M, Al-Maniri A. Patients' attitudes and experiences of relational continuity in semi-urban general practices in Oman. *Fam Pract.* 2014 Jun;31(3):303-10. <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmu004>
10. Health Quality Council of Alberta. Understanding patient and provider experiences with relationship, information, and management continuity. Calgary, AB: Health Quality Council of Alberta; 2016 Aug. Available from: <http://hqca.ca/studies-and-reviews/relationship-information-and-management-continuity/relationship-information-and-management-continuity/>
11. Reid J, Cormack D, Crowe M. The significance of relational continuity of care for Māori patient engagement with predominantly non-Māori doctors: findings from a qualitative study. *Aust N Z J Public Health.* 2016 Apr;40(2):120-5. <http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12447/full>
12. Ehman KM, Deyo-Svendsen M, Merten Z, Kramlinger AM, Garrison GM. How Preferences for Continuity and Access Differ Between Multimorbidity and Healthy Patients in a Team Care Setting. *J Prim Care Community Health.* 2017 Apr 1;2150131917704556.
13. Gerard K, Salisbury C, Street D, Pope C, Baxter H. Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *J Health Serv Res Policy.* 2008 Apr;13 Suppl 2:3-10.
14. Ehman KM, Deyo-Svendsen M, Merten Z, Kramlinger AM, Garrison GM. How Preferences for Continuity and Access Differ Between Multimorbidity and Healthy Patients in a Team Care Setting. *J Prim Care Community Health.* 2017 Oct;8(4):319-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128434390/>
15. Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I, Vázquez M-L. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2012 Feb;24(1):39-48.
16. Rubin G, Bate A, George A, Shackley P, Hall N. Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *Br J Gen Pract.* 2006 Oct;56(531):743-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC17007703/>
17. Alberta Medical Association. (2016.). Evidence summary: The benefits of relational continuity. Alberta Doctors. Retrieved January 20, 2026, from <https://www.albertadoctors.org/resource-centre/relational-continuity-resources/evidence-summary-the-benefits-of-relational-continuity/>
18. Lewanczuk R. Complex, high needs patients: an Alberta perspective. IHE Innovation Forum XV - High Needs & High Cost Patients in Healthcare; 2016 Jun; Edmonton, AB [Video - Uploaded by Alberta Accelerating Change Transformation Team 2019: YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9iFFHkEKf48>

Sources : Comprendre la taille des clientèles

19. Mayo-Smith, M. (2021). Primary Care Panel Size: How You Measure Makes a Difference. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 17(4) No. 2, 277.
20. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel Size. How many patients can one doctor manage? *Family practice management*. 2007, April; 44-51.
21. Weber, R., & Murray, M. (2019). The Right-Sized Patient Panel: A Practical Way to Make Adjustments for Acuity and Complexity. *Family Practice Management*, 26(6), 23-29.
22. College of Family Physicians of Canada. Best Advice – Panel Size. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2012. Available from: <https://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guides/best-advice-guide-panel-size/>
23. College of Family Physicians of Canada. CFPC Brief: Family physician panel sizes in Canada Available from: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-Panel-Size-Policy-EN-Nov25-final-rev.pdf>
24. College of Family Physicians of Canada. Check your practice: Panel size Best Advice Guide: Quick Reference Available from: https://patientsmedica.wpengine.com/files/uploads/BAG_PanelSize_1pager_ENG-2.pdf
25. Altschuler, J., Margolius, D., Bodenheimer, T., & Grumbach, K., (2012), Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation, *Annals of Family Medicine*, Vol. 10(5).

Sources : Identifier/tenir à jour les listes de clientèle

26. College of Family Physicians of Canada. Best Advice: Patient rostering in family practice; November 2012.
27. Weber, R., & Murray, M. (2019). The Right-Sized Patient Panel: A Practical Way to Make Adjustments for Acuity and Complexity. *Family Practice Management*, 26(6), 23-29.
28. Guide to Panel Identification for Alberta Primary Care, 2014. Developed in Collaboration by Access Improvement Measures (AIM), the Alberta College of Family Physicians (ACFP), Alberta Health Services (AHS), Alberta Medical Association (AMA), Health Quality Council of Alberta (HQCA), Physician Learning Program (PLP), Practice Management Program (PMP), Primary Care Network Program Management Office (PCN PMO), Toward Optimized Practice (TOP), and University of Alberta, Department of Family Medicine. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2018/05/Guide_to_Panel_Identification.pdf

Autres ressources

29. College of Family Physicians of Canada. A new vision for Canada: family practice, the patient's medical home. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada, 2019. Available from: <https://www.cfpc.ca/en/policy-innovation/health-policy-government-relations/cfpc-policy-papers-position-statements/a-new-vision-for-canada-family-practice-the-patient>
30. Haggerty J, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care – a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003;327:1219-21.
31. Coordinating Committee. Coordinated approach to continuity attachment and panel. Draft report. Edmonton, AB: Published by Toward Optimized Practice; 2014 Feb.
32. Cooke, T. System Level Opportunities for Panel Management in Alberta Symposium: Using Panel Management to Improve Primary Healthcare Practice and Patient Outcomes Wednesday, December 4, 2013; <http://www.hqca.ca/assets/files/January%202014/Symposium%20Presentation%20Summaries.pdf>
33. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur A-M, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Médicale Can*. 2007 Nov 20;177(11):1362-8.
34. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999 Jun;5(6):727-34.
35. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003 Oct;1(3):144-8.
36. 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.
37. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Zee J van der, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar 13;10(1):65.
38. College of Family Physicians of Canada. Patient's Medical Neighbourhood: Implementation Kit New Brunswick College of Family Physicians Available from: <https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMN-2021-ImplementKit-NB.pdf>