

BÂTIR UN PARTENARIAT PATIENT-MÉDECIN

DES STRATÉGIES SIMPLES POUR LA CLINIQUE

MARIE-PIERRE CODSI, ANNIE DESCÔTEAUX
ET PHILIPPE KARAZIVAN

Joannie consulte au sans rendez-vous pour son fils Noah, 4 ans, qui est fiévreux depuis trois jours. Elle a observé attentivement son enfant, donné du Tylenol, consulté sa mère, Internet, le pharmacien, la personne-ressource de la garderie. Elle l'a veillé avec amour. Elle connaît son fils. Inquiète, elle a décidé de consulter au sans rendez-vous.

Depuis 2010 environ, le modèle de partenariat avec les patients est graduellement devenu la norme attendue au Québec et au Canada. Cette transformation a dépassé le cadre des soins pour s'étendre à la recherche, à l'enseignement, aux politiques publiques et à l'organisation des systèmes de santé¹. Elle s'est concrétisée par de nombreuses avancées, dont la création des Bureaux de partenariat, en 2014, dans tous les CISSS et CIUSSS, la mise en place du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) en 2016, l'adoption du cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2016, le déploiement des unités de soutien de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP), l'évolution des normes d'agrément, ainsi que l'intégration progressive du partenariat dans les pratiques pédagogiques des facultés de médecine²⁻⁶. La théorie qui sous-tend ces différentes initiatives en rupture avec les modèles plus paternalistes a été formulée dans de nombreux écrits, et le Québec est un chef de file reconnu à l'échelle internationale pour l'avancement dans ce domaine^{2,4}.

Si de nombreux écrits théoriques existent sur le partenariat avec les patients^{4,6,7}, l'équipe du Bureau du patient partenaire de l'Université de Montréal s'est particulièrement intéressée à la façon dont ce modèle était perçu et vécu sur le terrain par les professionnels de la santé et par les patients. Au cours des dernières années, elle a donc consulté des centaines de médecins et observé des dizaines d'heures de rencontres médecins-patients.

Lorsqu'on interroge les médecins, on constate qu'une majorité d'entre eux ont une vision assez claire de ce que requiert

l'établissement d'une relation de partenariat de qualité. Il vaut la peine de s'attarder à cette conception largement partagée, car elle véhicule à la fois des idéaux et des mythes qu'il est nécessaire de remettre en question si l'on souhaite établir des relations de soins réalistes, fécondes et bénéfiques, tant pour les médecins que pour les patients.

L'un des principes les plus connus du modèle de partenariat veut que les patients soient intégrés à l'équipe soignante en tant que membres à part entière reconnus pour leur expertise de la vie avec la maladie^{4,8}. Mais comment ce principe est-il compris sur le terrain? En pratique, de nombreux cliniciens l'interprètent comme une série de tâches à accomplir pour être perçus comme de « bons partenaires ». Dans cette interprétation, le médecin devrait, lors de chaque consultation, prendre le temps d'expliquer clairement les options, les risques, les traitements et les opinions médicales afin de permettre au patient de prendre une décision éclairée. Il devrait également, au-delà de son rôle clinique, contribuer à l'autonomisation progressive du patient. Cela impliquerait d'accueillir les observations de celui-ci, ses questions, ses doutes et d'y répondre avec attention.

Une relation de partenariat idéale se construirait ainsi dans la durée, par une collaboration continue du patient et du médecin, visant à adapter progressivement le plan de soins aux préférences et au projet de vie du patient.

De cette vision « idéale » découlent **trois mythes** :

1. Le partenariat représente beaucoup plus de travail pour le médecin que les anciennes façons de faire.
2. Certains contextes ne sont pas propices au partenariat.

La D^{re} Marie-Pierre Codsí est médecin de famille au GMF-U Notre-Dame et clinicienne-chercheuse au Centre de recherche en pédagogie de la santé à l'Université de Montréal. M^{me} Annie Descôteaux est patiente partenaire et codirectrice du Bureau du patient partenaire à l'Université de Montréal. Elles sont toutes deux coprésidentes de la Formation PARTENAIRES. Le D^r Philippe Karazivan est médecin de famille au GMF-U Notre-Dame. Il est l'ancien codirecteur du Bureau du patient partenaire à l'Université de Montréal.

3. Le partenariat se déploierait beaucoup mieux avec des patients informés et qui ont le désir de se « prendre en main ».

Les articles du présent numéro déboulonneront ces différents mythes.

Dans ce premier article, nous nous attarderons aux deux premiers mythes en nous appuyant sur des exemples d'entrevues cliniques réalisées dans le cadre de consultations sans rendez-vous. Dans ce type de rencontres, ponctuelles et limitées dans le temps, on pourrait croire que toute tentative de relation de partenariat serait vouée à l'insatisfaction mutuelle : le patient sera déçu par le manque d'écoute ou de disponibilité du médecin, tandis que ce dernier aura le sentiment de ne pas en faire assez en voulant éviter d'accumuler frustration et retard en fin de journée. Pourtant, lorsqu'on interroge des patients et qu'on observe des entrevues réelles s'étant déroulées à l'occasion de consultations sans rendez-vous, on constate que le partenariat peut s'instaurer rapidement, parfois en quelques gestes simples. Il suffit souvent de petites stratégies concrètes, faciles à mettre en œuvre et à adapter, quel que soit le contexte clinique. Ce sont parfois de modestes ajustements – que vous faites peut-être déjà – qui peuvent avoir un effet notable sur la qualité du lien et du partenariat.

1^{RE} STRATÉGIE : CLARIFIER LE CADRE DANS LEQUEL VOUS AUREZ À NAVIGUER DURANT LA RENCONTRE

Certaines situations cliniques sont particulièrement difficiles à gérer dans le déroulement rapide d'une consultation sans rendez-vous (CSRV). Vous avez probablement plusieurs exemples en tête. Dans ces moments, il arrive que les médecins tentent de « cadrer » le patient, plutôt que de clarifier avec celui-ci le cadre particulier de la CSRV auquel tous deux doivent s'adapter. Or, les patients sont souvent peu informés des contraintes propres à ce type de consultation et du rôle que le médecin peut réellement y jouer. Prendre le temps d'explicitier ce cadre dès le départ permet de lever un obstacle important à l'établissement d'une relation de partenariat.

Par exemple, un patient se présente à une CSRV avec un lourd problème de santé mentale. Le médecin peut lui expliquer ce qui suit : « Je comprends que vous vivez présentement une grande détresse psychologique. Une consultation sans rendez-vous est limitée à environ 15 minutes, ce qui n'est évidemment pas optimal pour prendre tout le temps que votre situation requiert. Je vous propose donc de regarder ensemble ce qui serait le plus important à gérer en priorité et je vais m'assurer qu'un suivi soit mis en place. »

2^E STRATÉGIE : CLARIFIER RAPIDEMENT LES ATTENTES DU PATIENT DURANT L'ENTRETIEN

Les professionnels peuvent tenir pour acquis qu'ils connaissent déjà les attentes du patient qui vient les consulter. Les attentes ne sont alors souvent pas explorées explicitement ou ne sont abordées qu'à la fin de l'anamnèse médicale, une fois que le clinicien a déjà sa conduite en tête.

Une mesure simple à mettre en place consiste à demander expressément au patient quelles sont ses attentes, et ce, en début d'entretien. Ainsi, le médecin et le patient pourront tous deux s'ajuster rapidement et, au besoin, le premier pourra expliquer d'emblée les contraintes qui l'empêcheraient de répondre aux attentes exprimées par le second. La formulation des attentes peut beaucoup aider le médecin à cibler efficacement ce qu'il devra faire durant la rencontre.

Voici un exemple d'un tel échange :

Médecin : « Je comprends que vous venez pour une douleur au genou et je vais l'évaluer. Cependant, aviez-vous des attentes particulières à l'égard de notre rencontre d'aujourd'hui ? ».

Patient : « Oui, j'ai déjà pris un rendez-vous avec mon physiothérapeute demain parce que je suis assez habitué à mes douleurs aux genoux. Je sais ce qui fonctionne. J'aurais simplement besoin que vous me remettiez une demande de consultation pour mes assurances. »

3^E STRATÉGIE : VALORISER L'EXPLICITATION DES HYPOTHÈSES DE SOINS DU PATIENT POUR RÉFLÉCHIR EFFICACEMENT ENSEMBLE

« Et quel est votre avis ? »

Il arrive qu'un médecin pose cette question à la fin de l'anamnèse dans l'intention de gérer les inquiétudes du patient ou de déconstruire certaines hypothèses erronées. À l'inverse, en posant cette question dès le début de la rencontre, le médecin favorisera une collaboration clinique plus efficace avec le patient.

Posée avec une réelle curiosité – dans le but de comprendre ce que le patient a observé, analysé ou envisagé – cette question devient un élément déterminant de l'établissement d'un partenariat. Elle ouvre la porte à une réflexion commune sur les prochaines étapes. C'est une stratégie efficace, tant sur le plan relationnel que clinique.

Certains auront peut-être observé que cette question peut aussi, parfois, susciter de l'irritation chez le patient, qui pourrait alors répondre cavalièrement : « Je ne sais pas, moi ! C'est vous le docteur, non ? » Le médecin pourrait alors avoir l'impression que sa question trahit une incom-

pétence de sa part. Il devient alors essentiel de clarifier l'intention de la question : « Je vous le demande parce que c'est la première fois que je vous rencontre pour ce problème, avec lequel vous vivez depuis les dernières semaines. Vous avez donc certainement observé des choses, eu des hypothèses. Vos réflexions sont très utiles pour le raisonnement clinique. »

4^E STRATÉGIE : PARTAGER AVEC LE PATIENT LES ZONES D'INCERTITUDE

En pratique clinique, il arrive inévitablement des moments de doute, où le diagnostic ou la conduite à tenir restent incertains et où une part de risque semble inévitable. Que faire dans ces zones grises ? Quel est votre niveau de tolérance au risque ? Comment gérez-vous l'incertitude ?

Dans de telles situations, ne portez pas seul le flou ou le poids de la décision. En faisant part de vos hésitations avec le patient, vous pouvez ouvrir la voie à une prise de décision partagée réaliste et respectueuse des valeurs de chacun. Il s'agit là d'une expression concrète du partenariat : reconnaître l'incertitude, la nommer et y faire face ensemble.

Par exemple, M^{me} T., 42 ans, consulte en clinique pour une dyspnée légère qui dure depuis quelques jours. Elle ne présente pas de douleur thoracique franche, seulement quelques signes légers d'infection des voies respiratoires supérieures. Elle a emprunté un vol transatlantique il y a une semaine. Ses signes vitaux sont normaux, à l'exception d'une saturation à 96 % ; l'examen physique est peu contributif. Vous hésitez : problème banal ou signal d'alarme discret ? Au lieu de conclure sur la conduite à tenir, vous faites part de vos doutes et de vos hypothèses à la patiente, et vous lui expliquez le risque d'embolie pulmonaire. Cette discussion essentielle permet à la patiente de réfléchir attentivement à certains éléments abordés au début de l'entretien et de préciser qu'en fait, ses symptômes se sont manifestés un tout petit peu avant le voyage. Elle en est convaincue, même si ce n'est pas ce qui était apparu lors de l'anamnèse initiale. Ensemble, vous discutez des options possibles, et la patiente préfère observer ses symptômes. Elle sait maintenant lesquels sont importants. Elle décide de ne pas aller au service des urgences, mais s'observera attentivement et s'y rendra si son état venait à changer.

5^E STRATÉGIE : ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DES SAVOIRS ET DES COMPÉTENCES DES PATIENTS (CAPACITÉS D'AUTOSOINS)

La conclusion d'une rencontre en soins de première ligne, surtout en CSRV, constitue un geste clinique à part entière. C'est un moment important pour renforcer un partenariat et rendre visible la démarche de soin partagée. Ce temps de conclusion est une occasion, entre autres, de reconnaître

explicitement l'expertise du patient – sa capacité à observer, à prendre soin de lui, à décider quand consulter – et de valoriser les efforts qu'il a déjà déployés avant même d'entrer dans la clinique.

C'est aussi un excellent moment pour expliciter le raisonnement clinique de façon transparente en évitant de simplement énoncer un diagnostic ou une décision. Avant d'offrir des conseils ou des recommandations, il peut également être pertinent de vérifier s'ils sont souhaités. Cette attention au consentement dans l'échange, loin de faire perdre du temps, permet souvent d'en gagner en rendant l'intervention plus ciblée et mieux reçue.

Finalement, en invitant la personne à commenter ou à bonifier le plan proposé, on consolide l'alliance thérapeutique et on soutient son rôle actif dans sa trajectoire de soins. À long terme, ce type d'investissement relationnel contribue à améliorer l'efficacité des consultations subséquentes ; en effet, un patient mieux outillé et qui comprend mieux son état de santé arrive souvent avec des demandes claires, des observations précises et des attentes réalistes, ce qui rend les suivis cliniques d'autant plus pertinents et efficaces.

RETOUR SUR LE CAS CLINIQUE DANS L'AMORCE

En ce qui concerne Noah, le petit garçon de 4 ans présenté au début de l'article, vous concluez à une infection virale simple.

Médecin : « Si je résume, comme la fièvre ne baissait pas et que l'état général ne s'améliorait pas, vous avez consulté aujourd'hui, pensant à une possible otite, comme par le passé. Vous avez très bien fait. Toutefois, je ne vois pas d'otite ni d'autre cause qu'une infection virale bénigne. Ces infections durent en général de 5 à 7 jours. Nous en sommes au jour 3 ; il est donc normal que les symptômes soient encore présents. Noah pourrait avoir moins d'appétit et d'énergie qu'à l'habitude dans les prochains jours ; c'est naturel. Une otite pourrait tout de même apparaître plus tard. Si la fièvre persiste dans 48 h, revenez pour une réévaluation. Continuez de surveiller l'hydratation et l'état général de votre fils, comme vous l'avez très bien fait jusqu'à maintenant. Ce qui est particulièrement important, c'est de poursuivre l'hygiène nasale. Si vous le souhaitez, l'infirmière peut revoir la technique avec vous. Que pensez-vous de ce plan de match ? »

CONCLUSION

Les patients prennent toutes sortes de décisions cliniques, tout au long de leur parcours de soins : ils choisissent d'observer leurs symptômes, de tenter des traitements à la maison, de consulter, de suivre ou non la recommandation du professionnel, etc.². Malheureusement, à partir du moment où ils entrent dans le cabinet, ils peuvent rapidement ne plus être considérés comme des intervenants actifs de leurs soins.

FORMATION CONTINUE



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » Le patient amorce déjà une démarche clinique utile pour enrichir votre propre raisonnement.
- » Le processus de soins et les choix cliniques débutent en amont de la consultation.
- » La communication de vos incertitudes médicales renforce le lien de confiance et contribue à la décision partagée.

Il est essentiel de garder en tête le principe selon lequel le modèle du partenariat favorise principalement l'ajout d'une écoute permettant de mobiliser les pratiques de soins mises en œuvre par les patients⁸. On doit être à l'écoute des décisions, des savoirs et des parcours des patients, non seulement dans une optique thérapeutique et empathique, mais parce qu'on peut les utiliser dans le raisonnement clinique et, ainsi, tracer la voie conduisant à des soins fructueux de part et d'autre. ■

Date de réception : le 30 juillet 2025

Date d'acceptation : le 4 août 2025

La D^{re} Marie-Pierre Codsí, M^{me} Annie Descôteaux et le D^r Philippe Karazivan n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pomey MP, Wilhelmy C, Fournier-Tombs M et coll. Partnership, collaboration, and co-production to improve patient experience beyond conducting surveys – lessons from the Quebec Model, Canada. *Patient Experience Journal* 2025; 12 (2): 112-23.
2. Dumez V, L'Espérance A. Beyond experiential knowledge: a classification of patient knowledge. *Soc Theory Health* 2024; 22 (3): 173-86. DOI: 10.1057/s41285-024-00208-3.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Québec: le Ministère; 2018. 46 pages.
4. Karazivan P, Dumez V, Flora L et coll. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med* 2015; 90 (4): 437-41. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000603.
5. Richards T, Montori VM, Godlee F et coll. Let the patient revolution begin. *BMJ* 2013; 346: f2614. DOI: 10.1136/bmj.f2614.
6. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W et coll. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ* 2010; 44 (1): 64-74. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x.
7. Carman KL, Dardess P, Maurer M et coll. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32 (2): 223-31. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
8. Wilhelmy C, Pomey MP, Fournier-Tombs M et coll. *Énoncé de position sur le partenariat. Des politiques publiques à la santé de la population: le partenariat, un choix judicieux créant de la valeur pour la collectivité*. Québec: Unité de soutien – SSA Québec; 2024. 91 pages.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE

LA PSYCHIATRIE

12 ET 13 MARS 2026

CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL



Silke Werzinger, Colagene

VOUS N'ÊTES PAS ENCORE
INSCRIT À CE CONGRÈS ?

VOUS AVEZ JUSQU'AU
10 MARS 2026 POUR LE FAIRE.



NOMBRE DE PARTICIPANTS LIMITÉ