

## INTÉGRATION DU MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES DANS LE SIID2

Pour chacune des **six questions**, veuillez choisir l'énoncé parmi les quatre (les énoncés sont présentés dans quatre boîtes distinctes) qui décrit le mieux les actions posées par vous et vos collègues dans le *Suivi intersectoriel et interdisciplinaire du diabète type 2* (SIID2). **Il est important de bien lire les quatre énoncés avant de faire son choix.** Une fois l'énoncé choisi, vous devez encercler le chiffre décrivant le mieux l'application de l'énoncé dans votre milieu de travail : plus le score est élevé, plus l'action est appliquée dans votre milieu. Si une question ne peut être répondue parce que la situation ne s'applique pas ou que vous n'êtes pas en mesure d'y répondre, passez à la question suivante.

1. Quelle information sur les lignes directrices pour les soins aux personnes souffrant de diabète type 2 est donnée aux patients?											
Aucune information sur le contenu des lignes directrices (ou très peu) n'est donnée au patient.	L'information (orale ou écrite) est donnée à la demande du patient ou le patient est invité à consulter du matériel éducatif.			L'information donnée au patient consiste en du matériel éducatif traitant des lignes directrices sur le diabète de type 2.			L'information donnée au patient comprend du matériel traitant du rôle de ce dernier dans l'adhésion aux lignes directrices sur le diabète type 2.				
<b>SCORE DE 0 À 11</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2. Que comprend l'information consignée dans le dossier du patient?											
L'information consignée dans le dossier du patient n'inclut pas (ou très peu) les objectifs d'autogestion du patient.	L'information consignée dans le dossier du patient n'inclut pas les objectifs d'autogestion du patient, mais elle comprend les résultats d'évaluation du patient (exemple : score CANRISK, stade de changement des comportements).			L'information consignée dans le dossier du patient comprend les résultats d'évaluation du patient (exemple : score CANRISK, stade de changement des comportements), ainsi que ses objectifs d'autogestion, développés à l'aide de renseignements provenant du patient et de l'équipe de soins.			L'information consignée dans le dossier du patient comprend les résultats d'évaluation du patient, ses objectifs d'autogestion développés à l'aide de renseignements provenant du patient et de l'équipe de soins, des aide-mémoires à l'usage du patient et le plan de traitement du patient pour le suivi et la révision des objectifs d'autogestion.				
<b>SCORE DE 0 À 11</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3. Comment se fait la communication entre les professionnels de la santé participant au SIID2 (infirmière, kinésiologue, médecin, nutritionniste, pharmaciens/e, travailleur/se social/e)?											
Aucune rétroaction sur la progression du patient dans son programme d'autogestion (ou très peu) n'est fournie au médecin traitant.	Une rétroaction sporadique sur la progression du patient dans son programme d'autogestion est fournie aux professionnels de la santé lors de rencontres.			Une rétroaction continue de la progression du patient dans son programme d'autogestion est fournie aux professionnels de la santé à l'aide de mécanismes formels.			Une rétroaction continue de la progression du patient dans son programme d'autogestion est fournie aux professionnels de la santé, incluant les renseignements rapportés par le patient. Ces renseignements sont ensuite utilisés pour modifier le programme du patient afin de mieux répondre à ses besoins.				
<b>SCORE DE 0 À 11</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

<b>4. Sur quoi la planification du SIID2 s'appuie-telle?</b>											
La planification du SIID2 ne s'appuie ni sur les données probantes ni sur un continuum de soins (pas une approche populationnelle).			Le SIID2 s'appuie sur des données probantes pour sa planification des soins et des services.			Le SIID2 s'appuie sur des données probantes pour sa planification des soins et des services. Ces derniers comprennent des programmes d'autogestion et des partenariats avec des services communautaires (CLSC, GMF, cliniques médicales, pharmacies).			Le SIID2 s'appuie sur des données probantes et des renseignements fournis par les équipes cliniques pour sa planification de services, notamment les programmes d'autogestion et les partenariats avec des services communautaires (CLSC, GMF, cliniques médicales, pharmacies) ainsi que l'évaluation intégrée de l'efficacité du programme au fil du temps.		
<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>5. Comment un suivi intégré du patient est-il assuré (suivi des rendez-vous, de l'évaluation des patients, de la planification des objectifs)?</b>											
Le suivi n'est pas (ou très peu) assuré.			Le suivi est fait de manière sporadique, habituellement lors des consultations avec le médecin.			Le suivi est assuré par la délégation de tâches/responsabilités à divers membres de l'équipe (par exemple, une infirmière, une nutritionniste ou une adjointe administrative).			Ce suivi est assuré par la délégation de tâches/responsabilités à divers membres de l'équipe (par exemple, une infirmière, une nutritionniste ou une adjointe administrative) qui utilisent un registre ou d'autres aide-mémoires pour assurer une coordination entre le patient et l'équipe de soins.		
<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>6. Comment les lignes directrices pour les soins aux personnes souffrant de diabète de type 2 sont-elles communiquées aux patients?</b>											
Les lignes directrices ne sont pas (ou très peu) communiquées aux patients.			Les lignes directrices sont remises aux patients qui manifestent un intérêt pour une autogestion de leur état de santé.			Les lignes directrices sont remises à tous les patients à risque ou diabétiques pour les aider à développer un programme de modification de comportements ou d'autogestion efficace, et déterminer à quel moment ils devraient consulter un professionnel de la santé.			Les lignes directrices sont discutées par l'équipe de soins avec les patients pour les aider à développer un programme de modification de comportements ou d'autogestion efficace. Ce programme est cohérent avec les lignes directrices et tient compte des objectifs des patients, de leurs préférences et de leur réceptivité à changer.		
<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>			<b>SCORE DE 0 À 11</b>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Version traduite et adaptée par Michaud, Martin et Guay, Mai 2011

© MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative, 2000

Pour des renseignements sur l'utilisation de cette version francophone de la section Intégration de l'ACIC, veuillez contacter :

Mme Cécile Michaud 450 463-1835, poste 61793; cecile.michaud@usherbrooke.ca

Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

150, place Charles LeMoine, bureau 200, Longueuil, Québec, Canada, J4K 0A8