

d

Évaluation de
l'efficacité des
Centres
d'éducation
sur le
diabète

DANS LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK



**Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick**

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

A photograph showing a close-up of a doctor's white lab coat. A silver stethoscope is visible around the neck. In the foreground, a person's hands are holding a small, rectangular chalkboard with a light-colored wooden frame. The word "Diabète" is written on the black surface of the chalkboard in white chalk. The background is a plain, light-colored surface.

Diabète

Table des matières

Remerciements et identité des auteurs	4
Avant-propos	6
Messages clés, conclusions et recommandations	7
1 Introduction	9
Les soins intégrés complets liés au diabète	11
Quelle est la meilleure pratique en matière de soins liés au diabète?	11
2 Comment a-t-on tiré les conclusions	13
Où sont prodigués les soins accrus et l'éducation sur le diabète	15
3 La prestation de soins au Nouveau-Brunswick, les principales conclusions	16
L'alignement sur le modèle de soins de maladies chroniques	46
4 Les résultats en diabète au Nouveau-Brunswick, selon les caractéristiques des services	48
Les différences géographiques liées au taux d'A1c	49
La comparaison entre les personnes qui reçoivent et qui ne reçoivent pas de soins accrus liés au diabète	55
Les résultats selon le type de cliniques	57
Le coût des soins	59
5 À quoi ressemblent les cliniques plus efficaces au Nouveau-Brunswick	60
6a Annexe A : Glossaire	63
6b Annexe B : Méthodologie	66
6c Annexe C : Questionnaires	72
6d Annexe D : Profils de clinique	80
Grande clinique	81
Petit hôpital	144
Centre de santé communautaire	213
Centre de santé	265
Gestionnaire de cas	286
Pédiatrique	297

Remerciements et identité des auteurs

Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :

- Engageant la population dans un dialogue significatif.
- Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé.
- Informant la population sur l'état de la performance du système de santé.
- Recommandant des améliorations au ministre de la santé.

Les auteurs :

Michelina Mancuso, BSc PT, MSc, MBA
Chef de projet,
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Denise Donovan, M.P.H.
Centre de formation médicale
du Nouveau-Brunswick

Beverly Greene, RN, BN, MN
Ministère de la Santé

Remerciements :

Le présent rapport et la mesure et la surveillance constantes de la stratégie globale sur le diabète sont le résultat de plusieurs efforts de collaboration. Les auteurs souhaitent remercier les contributions de membres du Groupe de travail sur le diabète, l'appui des hautes directions des Régies régionales de la santé (Réseau de la santé Vitalité et Réseau de la santé Horizon) et adresser des remerciements tout spéciaux à Nicole Labrie et Denise Connors. Ils souhaitent également remercier James Ayles et son équipe (Données sur l'assurance-maladie), John Boyne et son équipe (Données sur les hôpitaux), Sara Smallwood (Chef de la protection des renseignements personnels en santé) et FacilicorpNB, pour leur appui dans l'extraction de données sur les cliniques du diabète.

Appui en matière de contenu :

Michel Arsenault, M.Sc.

Statisticien en chef,

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Stuart Halpine, B.A., M.A., Ph.D.

Conseiller en recherche,

Ministère de la Santé du N.-B.

Jeff Campbell, B.A.A.

Analyste de gestion des maladies chroniques,

Ministère de la Santé du N.-B.

Mathieu Bélanger, Ph. D.

Epidémiologiste,

Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick

Jalila Jbilou, M. D., M. H. P., Ph. D.

Professeure adjointe,

École de psychologie (Université de Moncton) et

Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick

Soutien technique :

(Chercheurs, méthodes qualitatives – Profils des cliniques)

Marie-Hélène St-Amand,

MQO Recherche

Craig Wight,

MQO Recherche

Cora Cole, M.Sc. C.H.P., C.M.C.,

Move the Median Business Consulting & Coaching

Karine Leblanc Gagnon, B.Sc.

Analyste de l'information en matière de santé,

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Lise Colette-Lee

Conception et présentation de rapports,

Studio Tandem

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette

100, rue des Aboiteaux, bureau 2200

Moncton (Nouveau-Brunswick) E1A 7R1

Téléphone : 1.877.225.2521

1.506.869.6870

Télécopieur : 1.506.869.6282

www.nbhc.ca

Comment se référer à ce document :

Évaluation de l'efficacité des Centres d'éducation sur le diabète dans la province du Nouveau-Brunswick (CSNB 2014)

This document is available in english under the title:

Evaluation of the Effectiveness of Diabetes Education Centres Across the Province of New Brunswick (NBHC 2014)

Avant-propos

En juin 2012, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) a entrepris un projet visant à évaluer la prestation de services auprès de patients souffrant de diabète au Nouveau-Brunswick. Ce travail s'inscrit dans le mandat législatif du CSNB de promouvoir l'amélioration de la qualité des services de santé dans la province en :

- **engageant** les citoyens dans un dialogue significatif,
- **mesurant, surveillant et évaluant** la santé de la population et la qualité des services en santé,
- **Informant** la population sur l'état de la performance du système de santé, et
- **recommandant** des améliorations aux partenaires du système de santé.

Le CSNB cherche à favoriser la transparence, l'engagement et l'imputabilité de façon à s'assurer que les Néo-Brunswickois puissent exercer leur droit à :

- connaître les décisions prises,
- faire partie du processus décisionnel,
- connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts.

L'objectif principal du projet visait à évaluer l'efficacité des centres et des cliniques d'éducation sur le diabète au Nouveau-Brunswick, afin d'aider à compléter les efforts du ministère de la Santé et des Régies régionales de la santé visant à améliorer la qualité des services de santé liés au diabète dans la province du Nouveau-Brunswick. Comme tel, le projet a été mené avec la collaboration du ministère de la Santé et des Régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick. Cette collaboration impliquait, dans la phase préliminaire, une Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée qui a été complétée aux fins d'établir les paramètres du partage des données et qui a fourni la base des ententes entre le CSNB et le ministère de la Santé, ainsi qu'entre le CSNB et les Régies régionales de la santé.

Le présent document est le rapport des résultats obtenus par le CSNB, à la suite de l'Évaluation de l'efficacité des Centres d'éducation sur le diabète dans la province du Nouveau-Brunswick en tenant compte du contexte dans lequel les services sont offerts et du niveau des ressources qui sont utilisées. Le rapport vise à appuyer toute planification ultérieure en rehaussant l'information déjà collectée par les Régies régionales de la santé grâce à leurs systèmes de gestion du rendement, en décrivant l'équité dans la distribution des services et, dans l'optique de la Stratégie sur le diabète, à indiquer quels modèles de soins et quels types de services démontrent les meilleurs résultats. Il a pour but de :

1. Décrire la distribution géographique des types de services et leur contexte,
2. Décrire jusqu'à quel point les services liés au diabète respectent le modèle élargi de soins de maladies chroniques,
3. Déterminer si les services liés au diabète améliorent les résultats en santé des personnes qui souffrent du diabète,
4. Identifier les modèles et pratiques qui donnent de meilleurs résultats,
5. Quantifier les coûts en ressources humaines des soins liés au diabète dans les huit plus importants centres sur le diabète de la province.

Messages clés, conclusions et recommandations

Les messages :

- Les personnes qui souffrent du diabète au Nouveau-Brunswick et qui fréquentent des cliniques ou des centres d'éducation sur le diabète sont souvent des personnes qui ont des problèmes complexes qui requièrent des soins accrus ou spécialisés liés au diabète.
- Le niveau d'approche centrée sur le patient et d'alignement sur le modèle élargi de soins de maladies chroniques semble avoir une influence sur les résultats en santé que les services liés au diabète atteignent.
- Les actions communes à ces services liés au diabète qui utilisent de manière efficace les ressources humaines et obtiennent de bons résultats en santé comprennent :
 1. Le recours à une approche holistique dans l'établissement d'une bonne relation avec le patient,
 2. Le partage du pouvoir et de la responsabilité avec le patient, à des fins de gestion de la maladie,
 3. L'assurance d'une certaine flexibilité dans la prestation des services, afin d'encourager le patient à les utiliser,
 4. L'établissement et le maintien de liens solides avec les autres services de santé et les ressources communautaires,
 5. Un environnement culturel et organisationnel qui permet au personnel de travailler d'une façon centrée sur la personne.

Les conclusions :

- Zone 4 (Région de Madawaska/Nord-ouest) et la Zone 6 (Région de Bathurst/Péninsule acadienne) affichent la plus forte proportion de patients qui souffrent du diabète qui atteignent les taux cibles d'A1c. Ceci demeure vrai, même après ajustement en fonction de l'âge dans la population.
- Les patients atteints de diabète qui fréquentent les cliniques obtiennent de plus grandes réductions des taux d'A1c dans une période de deux ans, comparativement à ceux qui ne fréquentent pas de clinique.
- Les gestionnaires de cas, les centres de santé communautaires et les cliniques dans de petits hôpitaux obtiennent la plus forte proportion de patients dont les taux d'A1c s'établissent entre 6 % et 8 %. Ceci demeure vrai, même après ajustement en fonction de l'âge et du taux d'A1c au début de la prestation de services.
- Les grandes cliniques, les gestionnaires de cas, les centres de santé communautaires et les cliniques de petits hôpitaux obtiennent des réductions semblables des taux d'A1c chez leurs patients. Les centres de santé démontrent le niveau de réduction de taux le moins élevé.
- En ce qui a trait à la diminution des admissions à l'hôpital liées à des maladies relatives au diabète, les grandes cliniques, les cliniques de petits hôpitaux et les centres de santé communautaires semblent obtenir des réductions significatives.
- Parmi les huit grandes cliniques de la province, les coûts en main-d'œuvre varient de 30 \$ à 160 \$ par visite. Les coûts les plus élevés ne sont pas liés à de meilleurs résultats en santé.

Les recommandations :

- Identifier le rôle de chaque lieu qui offre des services liés au diabète et sa relation avec les autres services liés au diabète. Ce faisant, étudier aussi la relation avec les autres services de santé. Informer de ce rôle les patients, les médecins de famille, les services de soins primaires et les autres services de santé pertinents.
- Mettre en place dans tous les lieux des programmes systématiques d'amélioration de la qualité qui ciblent les résultats sur la santé de la population et des pratiques fondées sur des données probantes. Les principaux indicateurs de qualité comprendraient la proportion de personnes souffrant de diabète dont les taux d'A1c se situent à l'intérieur des écarts ciblés, la proportion qui est examinée de manière appropriée pour dépister des complications, la proportion qui se présente aux visites de suivi indiquées et la proportion qui est hospitalisée en raison du diabète ou de maladies associées au diabète. Cela exigerait que les lieux préparent et mettent en place des systèmes adéquats d'information.
- S'assurer que le personnel des cliniques sur le diabète est adéquatement formé et agréé, afin de fournir les services qu'on attend de lui. Également, s'assurer que le personnel poursuit une formation continue appropriée.
- Identifier un chef d'équipe sur le diabète à chaque lieu. Ce chef serait responsable de s'assurer que les éléments du modèle élargi de soins de maladies chroniques sont en place, y compris le programme d'évaluation, l'audit de la clinique, la formation adéquate du personnel et l'accès aux ressources.
- Évaluer la justesse et l'acceptabilité des services destinés aux personnes des Premières Nation tout en évaluant et répondant aux besoins des communautés.
- Mettre en place les systèmes qui améliorent la communication formelle et informelle entre les membres de l'équipe sur le diabète, y compris le patient et sa famille, ainsi que toute la communauté, et les services de santé avoisinants. Prendre en compte l'utilisation de dossiers de santé électroniques (DME) comme méthode de communication entre les professionnels.
- Mettre en place les systèmes qui rappellent aux patients et aux professionnels les interventions et les actions requises et la date à laquelle elles doivent être prodiguées. Cela inclurait des systèmes de convocation et de rappel pour assurer le suivi et les références visant à dépister toute complication.
- S'assurer que les services sur le diabète s'arriment aux services liés aux autres maladies chroniques afin de réduire la duplication des efforts requis des patients et des services.



Introduction

Le diabète est une maladie sérieuse et coûteuse qui affecte 69 387 Néo-Brunswickois, en date de 2011, ou 9,2 % de la population du Nouveau-Brunswick, selon les données du Registre des cas de diabète du Nouveau-Brunswick¹. Le fardeau économique du diabète au Nouveau-Brunswick est évalué à 298 millions \$ en 2010². Au Canada et au Nouveau-Brunswick, la prévalence du diabète a augmenté au cours des dernières décennies. Cette augmentation est particulièrement perceptible chez les groupes plus jeunes et en âge de travailler.³ En raison des taux croissants de diabète et de ses facteurs de risque, les soins liés au diabète deviennent une priorité pour les systèmes de santé.

Environ 90 à 95 % des personnes qui souffrent de diabète ont celui de type 2, qui apparaît habituellement chez les adultes âgés de plus de 45 ans, mais se retrouve de plus en plus chez les groupes d'âge plus jeune. Plusieurs cas de diabète de type 2 pourraient être prévenus ou retardés, grâce à des améliorations dans l'alimentation et l'exercice de la part de l'ensemble de la population. L'incidence du diabète de type 2 augmente avec l'âge, tout comme celle de plusieurs autres maladies chroniques. Cela signifie qu'une forte proportion des personnes qui souffrent de diabète souffre également d'autres maladies chroniques. Le diabète de type 1 est habituellement diagnostiqué chez les jeunes, bien qu'il puisse survenir chez les personnes plus âgées.

Les diabètes de type 1 et de type 2 représentent les deux extrémités du spectre de la maladie et se développent quand il y a une incapacité de régulariser la glycémie (le taux de sucre dans le sang). Simplement dit, les cellules du corps humain ont besoin de ce sucre. Les aliments sont digérés puis absorbés dans le sang, ce qui crée la glycémie. Le sang transporte le sucre à toutes les cellules, mais pour pénétrer dans les cellules l'insuline doit être présente. L'insuline agit comme une clé qui donne accès la cellule. Quand il s'agit du diabète de type 1, le pancréas produit aucune insuline.

Voilà pourquoi les personnes souffrant du diabète de type 1 doivent prendre de l'insuline. Quant au diabète de type 2, l'insuline n'est pas produite en quantité suffisante car les cellules y sont devenues résistantes. En d'autres mots, la clé n'ouvre plus la porte, ce qui cause une augmentation du taux de glycémie. Un taux élevé de glycémie peut causer un coma et entraîner la mort. Des taux chroniques de glycémie sont à la source des complications du diabète. Un faible taux de glycémie, qui est une complication du traitement, peut causer des dommages permanents au cerveau et entraîner la mort.

Bien que le traitement du diabète puisse avoir des répercussions sur les patients et leur famille, le fardeau principal du diabète provient des complications à long terme, qui comprennent la maladie cardiovasculaire, une perte de vision, une insuffisance rénale, des lésions nerveuses et l'amputation de membres inférieurs du corps. La fréquence de ces complications peut être réduite par un bon contrôle du taux de glycémie, grâce à une combinaison d'amélioration des habitudes de vie et de médication. Une gestion de haute qualité du diabète et de ses complications peut diminuer les taux d'invalidité, le recours aux services de soins de santé, les journées perdues au travail et à l'école, et la mortalité précoce, en plus d'augmenter la qualité de vie.

¹ Le Registre des cas de diabète au N.-B. identifie le diabète selon la formule du Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) et les données en laboratoire des taux d'A1c.

² Le Modèle des coûts du diabète au Nouveau-Brunswick a été créé pour l'Association par le Centre for Spatial Economics en se basant sur le Modèle des coûts du diabète au Canada mis au point par Informetrica Limited et rendu possible par une subvention à caractère éducatif offerte sans restriction par Novo Nordisk Canada Inc. Les deux principales sources de données utilisées dans l'évaluation et les prévisions proviennent du Système national de surveillance du diabète (SNSD) et d'une étude de l'Agence de la santé publique du Canada intitulée « Le fardeau économique de la maladie au Canada ». Le modèle visait à intégrer les estimations de prévalence et d'incidence administratives provenant du Système national de surveillance du diabète aux estimations économiques des coûts provenant du Fardeau économique de la maladie au Canada. Le Modèle permet l'analyse de la sensibilité de la prévalence et les estimations de coûts associées aux données démographiques, à l'incidence et aux taux de mortalité par âge et genre et au nombre moyen annuel de visites nettes chez les omnipraticiens et les spécialistes par les personnes diabétiques. Les hypothèses élaborées dans ce modèle sont conservatrices et peuvent sous-estimer la prévalence et les coûts liés au diabète à l'avenir, plutôt que de les surestimer.

³ Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Perspectives de santé publique sur les faits et chiffres. 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>

Les soins intégrés complets liés au diabète

Des soins efficaces liés au diabète doivent être centrés sur la personne, les appuyant et encourageant dans la pratique d'une autogestion positive. Ceci inclut encourager les comportements qui mènent au contrôle du taux de glycémie, de la pression artérielle, la gestion des lipides et la cessation du tabagisme, ce qui diminue le risque de développer de graves complications. Comme il n'existe pas encore de remède, afin d'obtenir un bon contrôle du taux de glycémie, les patients doivent intégrer la gestion de leur diabète dans leurs activités quotidiennes. Les principaux outils de gestion du diabète sont l'exercice physique, une alimentation équilibrée, des médicaments visant à réduire le taux de sucre sanguin et l'insuline. Les personnes qui souffrent du diabète de type 2 peuvent atteindre des taux acceptables de glycémie grâce à l'exercice et à un régime alimentaire uniquement, mais la plupart requièrent une pharmacothérapie et plusieurs requièrent éventuellement de l'insuline. L'exercice et une alimentation saine sont essentiels aux patients qui souffrent de diabète, non seulement pour leur effets sur les taux de glycémie, mais aussi pour leur effet protecteur sur le système cardiovasculaire. Bien qu'on étudie des formes d'insuline qui n'exigent pas d'injection, à l'heure actuelle les patients qui requièrent de l'insuline doivent se l'injecter, souvent plusieurs fois par jour, ou la prendre à l'aide d'une pompe à insuline.

Quelle est la meilleure pratique en matière de soins liés au diabète?

Les objectifs des programmes de soins liés au diabète visent à aider le patient à atteindre des taux de glycémie, de tension artérielle et de lipides acceptables et de s'assurer que les patients ont accès à un suivi approprié afin de détecter et de gérer toute complication. Les soins axés sur l'ensemble des résultats en santé du patient risquent d'être à la fois efficaces et efficaces.⁴ Le modèle de choix de prestation de tels soins est le Modèle élargi de soins de maladies chroniques que le Nouveau-Brunswick a déjà adopté dans le cadre de son plan stratégique sur le diabète.⁵ L'Association canadienne du diabète recommande également ce modèle.⁶ La documentation démontre que les programmes qui adhèrent à ce modèle risquent d'obtenir de meilleurs résultats en santé que les programmes qui n'y adhèrent pas.⁷ Les programmes et les services de soins liés au diabète devraient mettre en place autant d'éléments du modèle de soins des maladies chroniques que possible, de façon à optimiser les résultats en santé. Les stratégies qui affichent les meilleures données probantes en matière de résultats améliorés sont : la promotion de l'autogestion, la prestation de soins de la part d'une équipe interprofessionnelle et la gestion de cas, et la prestation de soins structurés, fondés sur des données probantes et appuyés par un système d'information clinique qui peut soutenir un registre, des rappels aux cliniciens, une aide à la décision, un audit et une rétroaction. Bien que ce ne soit pas explicite dans le modèle, l'Association canadienne du diabète souligne l'importance de soins élaborés autour des besoins des patients.

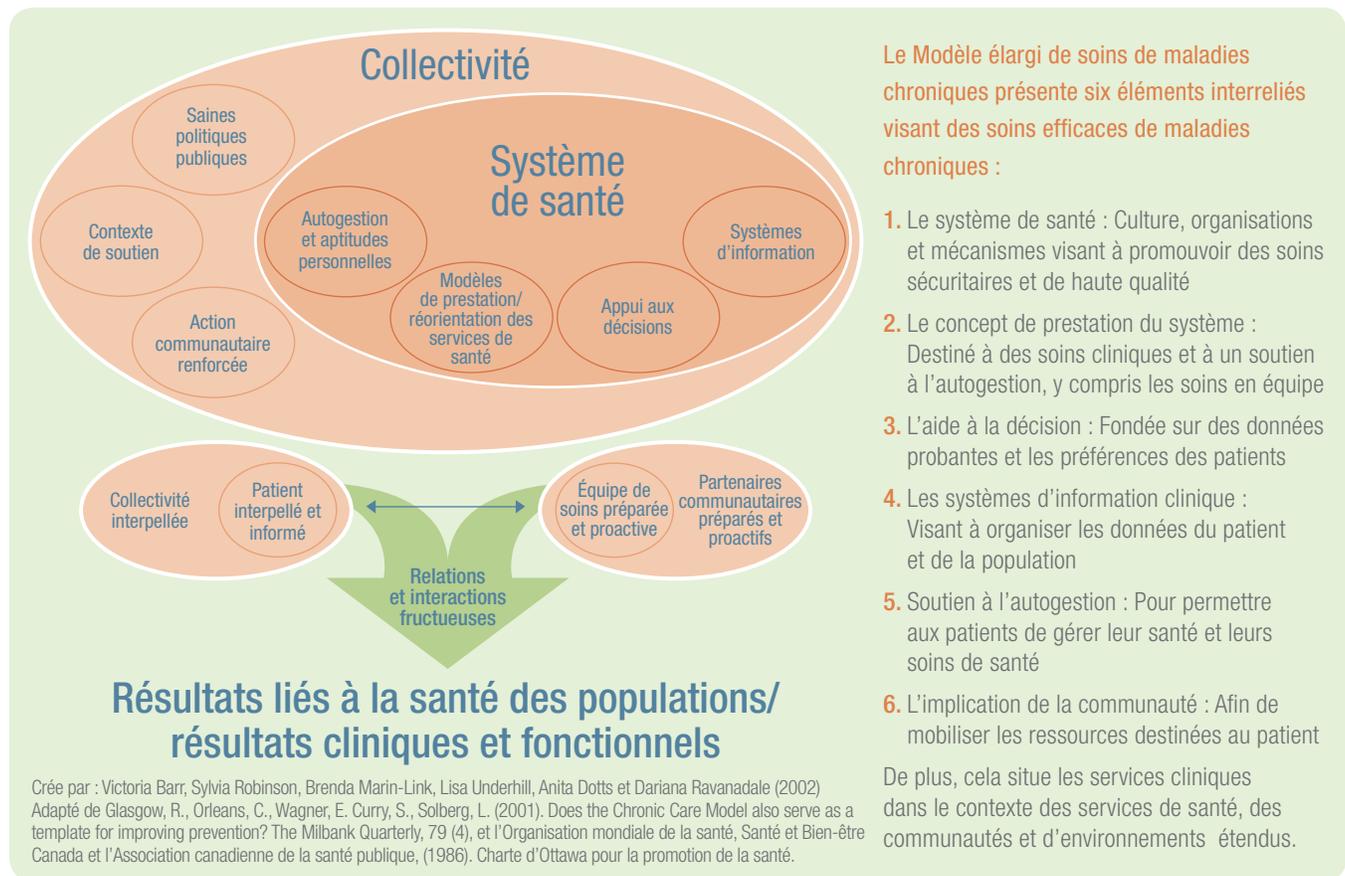
⁴ Simenerio et al. *Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Practice and Outcomes in Primary Care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience*. Volume 22, Number 2, 2004 • CLINICAL DIABETES

⁵ Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickoises et les Néo-Brunswickois 2011-2015, Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick. <https://www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp>

⁶ Association canadienne du diabète; *Clinical Practice Guidelines Expert Committee*. Association canadienne du diabète 2013 *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. *Canadian Journal of Diabetes* 2013; 37 (suppl 1): S1-S212. Available at <http://guidelines.diabetes.ca/> accessed October 2013.

⁷ Clement M, Harvey B, Rabi DM, et al. *Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada : Organization of Diabetes Care*. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013; 37 (suppl 1): S20 – S25.

Figure 1. Le Modèle élargi de soins de maladies chroniques :



Établir des soins autour du patient.⁸

1. Apprendre à connaître le client ou le patient comme personne :

Ceci exige l'établissement d'une *relation* entre le clinicien et le patient/client et les fournisseurs de soins. Les professionnels de la santé doivent apprendre à connaître la personne qui se trouve derrière leur diagnostic.

2. Partager le pouvoir et la responsabilité :

Ceci exige le *respect* des préférences et implique le traitement des patients/clients comme partenaires, au moment d'établir des objectifs, de planifier des soins et de prendre des décisions au sujet des soins, du traitement et des résultats.

3. L'accessibilité et la flexibilité :

Ceci exige le *respect des besoins individuels des patients et clients*, en étant réceptifs aux valeurs, aux préférences et aux besoins exprimés. Ceci exige aussi le choix à donner au patient/client en lui fournissant

une information pertinente, complète et précise d'une manière qu'il peut comprendre et qui lui permette de faire des choix au sujet de leurs soins.

4. Coordination et intégration :

Il s'agit ici de *travail d'équipe*. Ceci exige de travailler ensemble afin de minimiser la duplication et de fournir à chaque patient/client une personne ressource clé à l'agence de santé. Ceci exige aussi des fournisseurs et des systèmes de services qui travaillent de façon intégrée en coulisses afin de maximiser les résultats des patients et de leur offrir une expérience positive.

5. Environnements :

L'environnement fait référence à la fois à l'environnement physique et organisationnel/culturel. Ceci vise à disposer d'un environnement qui permet au personnel d'être centré sur la personne dans leur travail.

⁸ Person Centered Practice: Guide to implementing person-centered practice in your health service (2008). Consulté le 7 septembre 2012 au <http://www.health.vic.gov.au>



Comment a-t-on tiré les conclusions

L'information qui a nourri le projet provient de deux sources majeures. La première résulte de sources de données de routine qui comprennent le Registre des cas de diabète, les admissions à l'hôpital, les laboratoires et les renseignements sur la facturation des médecins (Annexe B). La deuxième est tirée d'une série d'entrevues menées auprès de professionnels et de patients de chaque clinique (Annexe C, voir les questionnaires).

Grâce à la principale source de données, les personnes qui souffrent de diabète ont été définies comme étant inscrites au Registre des cas de diabète en 2011. Grâce à la carte d'assurance-maladie, les dossiers des patients ont été liés à toutes les sources de données de routine utilisées, ce qui a donné un portrait longitudinal des services utilisés et des résultats. Les taux d'A1c (un test vérifiant l'efficacité du contrôle de la glycémie), les admissions à l'hôpital et les visites en clinique ont été les principales variables étudiées. Les résultats ont été rectifiés afin d'en retirer les effets de l'âge, du temps écoulé depuis la détection du diabète et des différences de taux d'A1c entre les groupes de patients comparés (Annexe B, voir sources et méthodologie).

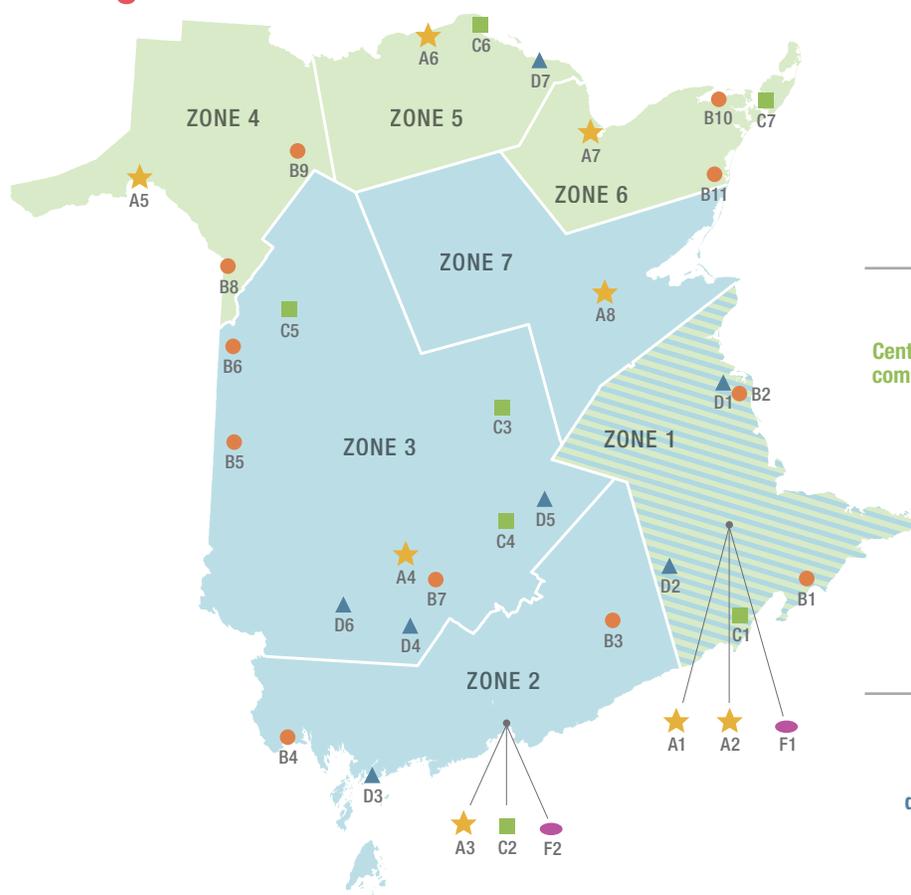
Les entrevues portant sur les cliniques ont été menées à l'aide d'une liste de thèmes de discussion tirée d'une recherche documentaire menée à l'automne 2012. Les thèmes de discussion comprenaient le rôle des cliniques dans l'autogestion, l'utilisation de l'approche de travail en équipe, la façon de transmettre l'éducation aux patients, l'accessibilité des cliniques et la qualité des soins. On admet que la gestion des maladies chroniques consiste en règle générale en trois éléments : les dossiers médicaux électroniques ou toute façon de suivre les patients, des activités d'éducation sur les maladies et l'approche de travail en équipe. Cependant, de façon à assurer que toutes les cliniques qui offrent des soins accrus et une éducation sur le diabète soient recensées, les cliniques ont été définies comme étant tout lieu auquel accède le patient pour obtenir des soins liés au diabète. Ceci comprend les hôpitaux, les centres communautaires de santé et les centres de santé. Les deux gestionnaires de cas de proximité ont chacun été définis comme des « cliniques de soins liés au diabète ». Trois intervieweurs formés ont mené des entrevues en français et en anglais dans les cliniques, entre les mois de février et de juin 2013. Ces entrevues ont par la suite été soumises aux cliniques afin qu'elles les valident.



Où sont prodigués les soins accrus et l'éducation sur le diabète

Définir les cliniques comme étant tout lieu auquel accède le patient pour obtenir des soins accrus liés au diabète, 37 cliniques ont été identifiées. Chacune des sept zones de santé⁹ a au moins une grande clinique et un certain nombre de plus petites. Ces cliniques constituent le point central du présent rapport (Figure 2).

Figure 2.



RHA

-  Horizon/Vitalité
-  Horizon
-  Vitalité




Grande clinique

- A1 Hôpital de Moncton
- A2 Clinique de diabète et Clinique d'endocrinologie Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (Moncton)
- A3 Hôpital régional de Saint John – Clinique du diabète pour adultes
- A4 Centre de ressources sur le diabète de Fredericton
- A5 Clinique – Hôpital régional d'Edmundston
- A6 Clinique médicale E. L. Murray (Campbellton)
- A7 Hôpital régional Chaleur – Joslin (Bathurst)
- A8 Programme régional de traitement du diabète – Miramichi


Petit hôpital

- B1 Hôpital mémorial de Sackville
- B2 Hôpital Stella-Maris-de-Kent (Sainte-Anne-de-Kent)
- B3 Centre de santé de Sussex
- B4 Hôpital du comté de Charlotte (St. Stephen)
- B5 Hôpital du Haut de la Vallée (Waterville)
- B6 Hôtel-Dieu Saint-Joseph (Perth-Andover)
- B7 Hôpital public d'Oromocto
- B8 Hôpital général de Grand-Sault
- B9 Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
- B10 Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ+ (Caraquet)
- B11 Hôpital de Tracadie-Sheila


Centre de santé communautaire

- C1 Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert (Riverside-Albert)
- C2 Clinique du diabète – Hôpital St. Joseph (Saint John)
- C3 Centre de santé de Miramichi, région centrale (Doaktown)
- C4 Centre de santé communautaire de Queens-Nord (Minto)
- C5 Centre de santé communautaire de Tobique Valley (Plaster Rock)
- C6 Centre de santé communautaire St. Joseph (Dalhousie)
- C7 Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque


Centre de santé

- D1 Centre de santé de Rexton
- D2 Centre de santé de Petitcodiac
- D3 Centre de santé de Fundy (Black's Harbour)
- D4 Centre de santé de Fredericton Junction
- D5 Centre de santé de Chipman
- D6 Centre de santé de Harvey
- D7 Centre de santé de Jacquet River


Clinique de pédiatrie

- F1 Hôpital de Moncton – Clinique de pédiatrie
- F2 Hôpital régional de Saint John – Clinique de pédiatrie


Gestionnaire de cas, Services d'approche

- E1 Gestionnaire de cas, Services d'approche sur le diabète (Sud-Est, N.-B.)
- E2 Gestionnaire de cas, Services d'approche sur le diabète (Sud-Est, N.-B.)

* Pas sur la carte

⁹ Consulter le glossaire (Annexe A) pour une description complète des zones de santé.



La prestation de soins

au Nouveau-Brunswick,
les principales conclusions

Les 37 cliniques ont été catégorisées en six différents types (voir les graphiques en pages 18 à 45) :

- **8 grandes cliniques** – associées à un hôpital principal dans la zone de santé
- **11 cliniques associées à un petit hôpital**
- **7 centres communautaires de santé**
- **7 centres de santé**
- **2 gestionnaires de cas de proximité**
- **2 cliniques pédiatriques**

Pour simplifier, tous les points de service seront désignés par le mot « cliniques », et ce, dans tout le reste du rapport, à moins de faire référence à des catégories spécifiques.

Les cliniques associées à de grands ou de petits hôpitaux tendent à s'adresser plus particulièrement aux patients qui souffrent de diabète. Ils disposent en règle générale d'un plus large éventail de professions au sein d'une équipe et donnent accès à une plus grande gamme d'autres services. Les centres communautaires de santé et les centres de santé offrent des services d'éducation sur le diabète ainsi que d'autres services de santé et ne font souvent pas de différences entre des services liés au diabète et ceux liés à d'autres maladies. Les gestionnaires de cas de proximité offrent des services dans plusieurs lieux différents dans leur zone de service, y compris des bureaux de médecins de famille et des centres de santé.

Environ la moitié des 69 387 Néo-Brunswickois inscrits au Registre des cas de diabète ont obtenu des services d'au moins une de ces cliniques au cours de la période étudiée. Il faut également noter qu'environ 27 % des personnes qui ont obtenu des services cliniques n'étaient pas inscrits au Registre des cas de diabète. Il est possible que cela comprenne des personnes qui en sont à un stade de pré-diabète ou de diabète gestationnel (un type de diabète qui peut se développer durant la grossesse.)



Grandes cliniques

Lieu		Hôpital de Moncton	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Hôpital régional de Saint John
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Grande clinique	Grande clinique (en milieu hospitalier)	Grande clinique
	Nombre d'années d'existence	près de 30 ans	Au moins 22 ans	38 ans
Population touchée	Nombre de clients	2 000, plus 400 dans la collectivité	Plus de 1 500 patients	1 200
	Nombre de visites par mois			350
	Appels reçus/retournés par mois	300		250 - 350
	Régions desservies	Sud-Est du Nouveau-Brunswick	Région du Grand Moncton	De la région métropolitaine de Saint John jusqu'à Sussex
	Fréquence des consultations types	3 - 6 mois		3 - 6 mois
	Âge moyen des clients	60 ans et plus		45 - 59
	Autres facteurs démographiques	On voit davantage de patients dans la trentaine et la quarantaine.		Taux élevé d'adultes en âge de travailler et sans emploi, profils socioéconomiques défavorisés
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Par téléphone	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Par courriel	Un peu	Négligeable ou inexistante	Un peu
	Autre			
Équipe à l'interne	Endocrinologue			
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)			●
	Psychologue			
	Médecin de famille	●		
	Pharmacien	●		
	Infirmière praticienne			
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)	●		●
	Infirmière		●	●
	Diététiste	●	●	●
	Soins podologiques	●		
	Travailleur social	●		
Administration/réceptionniste	●	●		
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue		●	●
	Autre spécialiste (interniste/ophtalmologiste)	●		
	Psychologue			
	Médecin de famille			●
	Pharmacien			
	Infirmière VON			
	Infirmière praticienne			
	Soins podologiques			
	Travailleur social			
	Administration/réceptionniste		●	
	Spécialiste de l'enfance			
	Moniteur en santé			●
	Physiothérapeute/ergothérapeute	●		●
	Phlébotomie – sur place			
	Chevauchement des tâches	Oui		

Grandes cliniques

Lieu	Hôpital de Moncton	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Hôpital régional de Saint John	
Communications Équipe interne	Non officielle	Discussions et courriel	Manque de communication	Courriel
	Officielle	Système électronique de dossiers; ses membres se consultent réciproquement	Manque de communication	Dossiers sur papier et électroniques, examen des cas
Communications Équipe externe	Non officielle		Manque de communication	
	Officielle	Recommandations, notes	Manque de communication	Recommandations
Communications avec le client	Méthodes	En personne, par courriel, par téléphone	En personne et par téléphone	En personne, par courriel, par téléphone
Niveaux de prévention	Primaire	Un peu	Un peu	Très peu
	Secondaire	Un peu	Très peu	Un peu
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable	Appréciable
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?		Recommandation	
	De quelle façon le suivi est-il assuré?		À l'initiative du patient, rendez-vous fixé au moment de la visite	À l'initiative de la clinique, par téléphone
Autogestion	Rôle du patient	Le patient joue un rôle actif	Le patient sait à quel moment appeler pour obtenir de plus amples renseignements, des ajustements de la dose d'insuline ou une consultation de suivi.	Prise en charge autonome de la maladie
	Rôle du professionnel	Coach, aidant, facilitateur	On fournit aux patients de bons renseignements et les outils nécessaires sur la prise en charge de leur diabète pour réduire les complications liées à la maladie.	Encourager
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie	Difficile à évaluer	Inconnu	Trop d'incertitude pour fournir une estimation
	Gestion des comorbidités	Les trois quarts des patients	La plupart	50 % +
Éducation auprès des patients	But	Aider les patients à atteindre leurs objectifs		Aider à la prise en charge autonome de la maladie
	Lignes directrices	ACD	ACD et Santé Canada	ACD
	Types offerts	Rencontre individuelle et en groupe	En groupe	Rencontre individuelle et en groupe
	Thèmes	Vivre avec le diabète, nutrition, exercice physique et surveillance.	Notions élémentaires sur le diabète, définition, facteurs de risque, grilles de discussion. Complications, prévention, prise en charge autonome de la maladie.	Notions élémentaires sur le diabète, soins podologiques et exercice physique. Ajustement de l'insuline et calcul des glucides.
	Méthodes d'enseignement	Interactif avec guides de discussion		Interactif avec guides de discussion. Cartes
	Intérêt des familles	Encouragé	Apprécie	
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Oui	La demande est trop élevée	Oui
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients	Oui	Oui	Oui
	Première consultation – urgente	Chaque vendredi	2 semaines, ou on demande au patient de se rendre à l'urgence.	Le patient est vu tout de suite
	Première consultation – non urgente	De 4 - 6 semaines	De 3 - 4 mois	De 2 - 5 semaines
	Visite de suivi	3 mois	Quelques semaines	
	Heures de disponibilité	8 h 00 – 16 h 00, du lundi au vendredi	8 h 30 – 16 h 30 tous les jours	7 h 30 – 15 h 30, du lundi au vendredi
	Heures prolongées		Non	Non
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous		Un bon nombre	10 %
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre		Aucune stratégie	Aucune stratégie

Fredericton	Edmundston	Campbellton	Bathurst	Miramichi
Les employés se croisent dans les corridors, se parlent, collaborent.	Discussion	Discussion, par téléphone et courriel	Discussion, par téléphone et courriel	Discussions et courriel
Système de dossiers électronique	Échange sur les soins à donner au patient, échange de renseignements, d'idées, de réflexions sur les processus et la coordination des soins.		Réunion d'équipe	Papier Échange sur les soins à prodiguer au patient
Par téléphone ou par courriel	Par téléphone	Discussion		
Recommandations et rapports	Rencontre tous les 3 mois	Lettre		Télécopieurs et lettres, recommandations
En personne, par courriel et par téléphone	En personne et par téléphone	En personne et par téléphone	En personne, par courriel et par téléphone	En personne, par courriel et par téléphone
Très peu	Un peu	Un peu	Un peu	Très peu
Très peu	Très peu	Très peu	Très peu	Un peu
Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable
On fait les recommandations en fonction des besoins	Recommandation			Recommandation
À l'initiative du patient, rendez-vous fixé au moment de la visite	À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative du patient, par téléphone		À l'initiative de la clinique, par téléphone
Le patient assume autant que possible la prise en charge de sa maladie, le patient amorce le traitement.	Établir des objectifs réalistes et travailler à les atteindre pour devenir autonome et moins compter sur les autres pour la prise en charge de la maladie.	Le patient comprend mieux le diabète et acquiert les outils pour gérer adéquatement la maladie.	Le patient établit les objectifs qu'il souhaite atteindre. Un contrat est alors signé.	On s'attend à ce que les patients participent directement à l'établissement de leurs propres objectifs et prennent en main la gestion de leur maladie.
Le patient reçoit un niveau crédible de renseignements pour l'aider à prendre des décisions étayées sur la façon dont il souhaite prendre sa santé en charge.	Mettre l'accent sur le travail d'éducation de base pour que les patients puissent comprendre la nature de leur maladie et la prendre en charge plus efficacement.	La priorité absolue est d'abord l'accessibilité, ensuite le travail d'éducation.	Le personnel peut déterminer en quoi consistent les besoins des patients.	Fournir au patient des outils et le sensibiliser petit à petit, à son propre rythme, sur les moyens d'atteindre son but.
Inconnu	Inconnu	Inconnu		Inconnu
La plupart présentent des comorbidités.	Oui	Majorité	40 %	Majorité
		Prise en charge autonome et augmentation des connaissances ayant trait au diabète	Fournir aux patients les outils et l'éducation fondée sur des faits probants.	Prévenir les complications liées au diabète grâce à un travail d'éducation.
		Plan de gestion des soins de l'ACD		ACD
Rencontre individuelle et en groupe	Groupe	Rencontre individuelle	Rencontre individuelle, par téléphone, à domicile, en groupe	Rencontre individuelle et en groupe
Un vaste éventail de sujets amenés par les patients/le contenu de la séance est adapté à la composition du groupe.	Nutrition et exercice physique, puis les médicaments	Adaptés aux besoins de chaque patient	Établissement des objectifs, résolution de problèmes, alimentation, soins podologiques et médicaments	Montrer aux patients comment ajuster leur niveau d'insuline.
		Brochures, guides, manuels		Guide de discussion, outils, diagrammes sur papier
Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé
Oui	Oui	Non	Oui	La demande est trop élevée.
Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Le même jour	1 semaine	Le même jour		2 - 3 mois
3 semaines	10 semaines	En une semaine		1 an pour les cliniques à l'extérieur
Selon les besoins du patient : chaque semaine, 1 fois par mois, tous les 3 mois, tous les 6 mois, 1 fois par an.	18 semaines	8 mois	6 mois	De 1 - 3 mois
8 h à 16 h, du lundi au vendredi, la clinique est fermée de 12 h 30 à 13 h 15	Les jours de semaine jusqu'à 18 h		8 h à 16 h, du lundi au vendredi	8 h à 16 h, du lundi au vendredi
Non	Oui	Oui	Non	Non
Très peu	Un bon nombre	22 %	13 %	Environ 15 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous
Aucune stratégie	Rappel par téléphone	Modification du système de triage	Rappel par téléphone par lettre	Rappel par téléphone

Grandes cliniques

Lieu		Hôpital de Moncton	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Hôpital régional de Saint John
Autres – Accessibilité	Service à distance	Oui, par l'intermédiaire de la gestionnaire de cas en services d'approche	Non	Non
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Oui	Non	Oui
	Dépenses assumées par le patient	Bandelettes et équipement	Stationnement payant	Bandelettes, insuline
	Distance parcourue : <i>Patients les plus éloignés</i>		90 km	
	Distance parcourue : <i>En moyenne</i>	De 30 - 45 minutes		
	Transport	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure
Perceptions des patients	Commodité : emplacement	Pratique	Oui	Pratique
	Heures de service	Adéquates	Adéquates dans l'ensemble	Adéquates
	Mesures d'adaptation pour les besoins spéciaux		Accessible en fauteuil roulant	
	Distance parcourue	Acceptable	Acceptable	Acceptable
	Mesures d'adaptation		Oui	
	Service le plus important		Séances d'éducation structurées et beaucoup de temps passé individuellement auprès de patients qui ont besoin d'aide	Éducation pour les patients qui viennent de recevoir leur diagnostic pour qu'ils sachent ce qu'il en est

Fredericton	Edmundston	Campbellton	Bathurst	Miramichi
Aucun	Oui : des bons de taxis pour les personnes dans le besoin (dans les limites de la ville)	Non	Non	On tient compte des besoins des patients par rapport à l'horaire des transports en commun.
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Stationnement payant et transport	Médicaments et services de soins podologiques	Médicaments et insuline	Stationnement payant, médicaments, transport	
60 - 70 km	1 hour	2 heures		1 heure, soit 60 - 70 km
10 minutes	10 minutes	De 15 - 30 minutes		15 minutes
Constitue un problème dans une certaine mesure		Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure
Oui	Oui		Oui	Oui
Adéquates	Adéquates	Adéquates	Adéquates	Adéquates
Accessible en fauteuil roulant, consultations plus longues, outils visuels et davantage d'explications, et surtout, des séances individuelles axées sur les besoins du patient/ commentaires	Accessible en fauteuil roulant/ stationnement accessible pour les patients en fauteuil roulant ou qui ont des problèmes de mobilité	Accessible en fauteuil roulant; mesures d'adaptation pour les personnes ayant des déficiences auditives et visuelles	Séances individuelles; livres illustrés, documentation facile à lire, modèles et grilles pour la planification des repas. Les personnes qui ont une déficience visuelle sont dirigées vers INCA.	Accessible en fauteuil roulant
Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable
Oui	Oui	Oui	Oui	
	L'accent est mis sur l'alimentation et le régime alimentaire.	Aider les enfants dans le nord du Nouveau-Brunswick à prendre en charge leur diabète.		La clinique vise à aider les patients à améliorer leur glycémie et à offrir une approche personnalisée.

Petits hôpitaux

Lieu		Sackville	Sainte-Anne-de-Kent	Sussex	St. Stephen	Waterville
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Petit hôpital	Petit hôpital	Petit hôpital	Petit hôpital	Petit hôpital
	Nombre d'années d'existence	30 ans et plus	4 ans	15 ans et plus	15 ans et plus	6 ans
Population touchée	Nombre de clients	390 patients actifs et 350 anciens dossiers	50 consultations individuelles, 100-120 consultations de suivi	2 000 +	500	2 000 - 3 000
	Nombre de visites par mois	80		150	120 - 150	400
	Appels reçus/retournés par mois	80		20 - 25	50 - 60	40 - 50
	Régions desservies	Sackville, Dorchester, Memramcook, Port Elgin	La plupart viennent de la région entre Richibucto et Rexton. Dans un rayon allant jusqu'à 35 km.	La plupart des patients viennent de Sussex et d'autres régions entre Saint John et Moncton	Tout le comté de Charlotte, St. George, les îles	Woodstock, Hartland, Florenceville-Bristol
	Fréquence des consultations types		6 mois	3 mois	3 mois	6 mois
	Âge moyen des clients	50 - 79		Incertain	Personnes d'un certain âge	50 - 70
	Autres facteurs démographiques	La majorité des patients présentent un diabète de type 2	Faible niveau d'instruction/faible revenu et aucune assurance pour des articles comme des bandelettes diagnostiques. Emplois saisonniers.	Population rurale, défavorisée sur le plan socioéconomique. Travailleurs à faible revenu.	La plupart des patients présentent un diabète de type 2, et ils ont un certain âge, un revenu fixe ou faible, et des fardeaux financiers. Quelques patients sont analphabètes.	Nombre plus élevé de diabète gestationnel chez les femmes jeunes
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Par téléphone	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Un peu
	Par courriel	Un peu	Négligeable ou inexistant	Négligeable ou inexistant	Un peu	Négligeable ou inexistant
	Autre				En groupe/en classe	
Équipe à l'interne	Endocrinologue					
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)					
	Psychologue					
	Médecin de famille	●				
	Pharmacien					
	Infirmière praticienne					
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)	●	●	●		●
	Infirmière				●	
	Dietétiste	●	●	●	●	●
	Soins podologiques					
	Travailleur social					
Administration/réceptionniste			●	●	●	
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue	●		●		
	Autre spécialiste (interniste/ophtalmologiste)	●		●		●
	Psychologue					●
	Médecin de famille		●			●
	Pharmacien					
	Infirmière VON					
	Infirmière praticienne					
	Soins podologiques					
	Travailleur social					●
	Administration/réceptionniste		●			
	Spécialiste de l'enfance					
	Moniteur en santé					●
	Physiothérapeute/ergothérapeute			●		●
	Phlébotomie – sur place					La question n'a pas été soulevée
Chevauchement des tâches	Oui			Pas soulevé comme un enjeu	Aucun problème soulevé	Un peu

Perth-Andover	Oromocto	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Tracadie-Sheila
Petit hôpital	Petit hôpital	Petit hôpital (milieu hospitalier)	Petit hôpital	Petit hôpital	Petit hôpital
30 ans et plus	10 ans et plus	10 ans ou plus	25 ans		Au moins 8 ans
2 000 dossiers et plus, 200 patients actifs	200	252 patients actifs, environ 30 patients sur la liste d'attente pour l'éducation sur la maladie	383	300 - 310	516
20+	25 - 30			52	150 - +175
20	Aucun	36		90+	15
Grand-Sault, Woodstock, Plaster Rock, Nictau et la région avoisinante	Oromocto et ses environs	La plupart viennent de Saint André, Drummond et Grand-Sault. Dans un rayon pouvant aller jusqu'à 40 km, de Saint Léonard à Perth-Andover.	Région rurale – Certains parcourent jusqu'à 40 km, de Saint-Jean-Baptiste, au Québec.	Toute la Péninsule acadienne	Rayon de 40 km, d'aussi loin que Caraquet. La plupart viennent des régions de Tracadie, Rivière du portage, Brantville.
3 mois	6 mois	Variable	3 - 4 mois		4 - 6 mois
Personnes d'âge moyen	50 - 80	Adultes d'un certain âge (50+)	Enfants et adultes de 55 ans et plus	Les patients appartiennent à différents groupes d'âge.	50+
La plupart des patients présentent un diabète de type 2, faible taux d'alphabétisation, revenu familial et niveau d'instruction moyens. Augmentation possible du nombre de cas de diabète gestationnel.	La plupart des patients présentent un diabète de type 2 ou un prédiabète. Classe ouvrière, travailleurs de quart et quelques membres des Premières Nations.	Clientèle défavorisée sur le plan socioéconomique et au chômage. La plupart d'entre eux sont inactifs, sédentaires et ils ont un problème d'obésité en commun.		La plupart des patients viennent de milieux socioéconomiques moins favorisés et ont des moyens financiers très limités.	
Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable
Appréciable	Négligeable ou inexistant	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable
Un peu	Négligeable ou inexistant	Négligeable ou inexistant	Négligeable ou inexistant	Négligeable ou inexistant	Négligeable ou inexistant
		●			
●					
				●	
●	●				
		●	●	●	●
●	●		●	●	●
				●	●
●			●		
	●				
		●		●	
		●			
●		●		●	
●				●	●
La question n'a pas été soulevée	La question n'a pas été soulevée				
Aucun problème soulevé	Aucun problème soulevé				

Petits hôpitaux

Lieu		Sackville	Sainte-Anne-de-Kent	Sussex	St. Stephen	Waterville
Communications Équipe interne	Non officielle	Discussions et courriel	Manque de communication	Réunions et courriel	Réunions et courriel	Discussions et courriel
	Officielle	Dossiers électroniques et registre des communications	Manque de communication	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Dossiers électroniques
Communications Équipe externe	Non officielle	Téléphone et courriel	Téléphone		Réunions et courriel	Discussions et courriel
	Officielle	Recommandations	Télécopieur		Notes thématiques, recommandations et dossiers	Notes thématiques et recommandations
Communications avec le client	Méthodes	En personne, par téléphone et par courriel	En personne et par téléphone	En personne, par courriel, par téléphone	En personne, par courriel, par téléphone et en groupe	En personne, par téléphone, par lettre
Niveaux de prévention	Primaire	Un peu	Un peu	Très peu	Aucun	Un peu
	Secondaire	Un peu	Un peu	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable	Très peu	Appréciable	Appréciable
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?		On fait les recommandations au besoin	Conversation de suivi avec le patient et le médecin	Recommandations à Saint John	
	De quelle façon le suivi est-il assuré?	Lettre de la clinique	À l'initiative du patient, par téléphone	À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative de la clinique, rendez-vous pris au moment de la visite du patient	À l'initiative du patient, il doit appeler la clinique.
Autogestion	Rôle du patient	Établir des objectifs et prendre en charge sa maladie	Le patient doit prendre en charge sa maladie. Il incombe au patient de déterminer les services qu'il souhaite obtenir.	Principal facteur/contributeur	Suivre les conseils et faire le suivi des progrès	Prendre en charge son propre traitement
	Rôle du professionnel	Un aide et conseiller	Aider les patients à se prendre en charge	Servir de guide.	Dispenser les soins diabétiques en un seul endroit	Guider et orienter le patient.
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie	50 %	Inconnu	Inconnu	–	50 %
	Gestion des comorbidités	Le personnel est au courant et transmet au médecin le contenu des communications entre les membres de l'équipe	95 %	90 %	Bon nombre des patients présentent des comorbidités.	Le personnel est au courant, mais ne s'en occupe pas.
Éducation auprès des patients	But	Renforcer la prise en charge par le patient de sa maladie		Bien faire comprendre ce qu'est le diabète.	Répondre aux besoins des patients pour qu'ils aient la meilleure qualité de vie possible avec le diabète.	Mettre en pratique les connaissances acquises.
	Lignes directrices	ACD	ACD	Réseau de santé Horizon	Mandat et mission du Réseau Horizon N.-B.	ACD
	Types offerts	Rencontres individuelles et en groupe	Rencontres individuelles et en groupe	Rencontres individuelles et en groupe	Rencontres individuelles, en groupe, imprimés, communications par téléphone et par courriel	Rencontres individuelles et en groupe
	Themes	Vivre avec le diabète, régime alimentaire, exercice physique et soins podologiques.	Patients atteints de prédiabète (thème : prévention). Pour les patients atteints de diabète, l'éducation met l'accent sur la prise en charge.	Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Planification des repas, lecture des étiquettes, ce qu'est le diabète et prise en charge des taux de glycémie
	Méthodes d'enseignement	En groupe, méthode interactive et guides de discussion	Guides de discussion, trousse de renseignements et d'autres ressources, notamment le Guide alimentaire canadien	Diagrammes et modèles	Brochures et documents imprimés	Guides de discussion, modèles, plaques, affiches et diagrammes.
	Intérêt des familles	Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Non	La demande est trop élevée	Non	Non	Non

Perth-Andover	Oromocto	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Tracadie-Sheila
Réunions et courriel		Discussions et par téléphone	Discussion		Discussions et par téléphone
Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques					
Réunions et courriel		Téléphone			Téléphone
Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques		Télécopieur et courriel interne	Réunions		Meditek : commentaires et information
En personne, par courriel et par téléphone	En personne	En personne et par téléphone	En personne et par téléphone	En personne et par téléphone	En personne et par téléphone
Appréciable	Appréciable	Très peu	Très peu	Très peu	Très peu
Aucun	Un peu	Aucun	Aucun	Un peu	Un peu
Très peu	Très peu	Appréciable	Appréciable	Appréciable	Appréciable
Ordonnances permanentes auprès de spécialistes (ergothérapeute)	On ne sait pas au juste. L'infirmière s'en occupe.	On fait les recommandations au besoin.	On fait les recommandations au besoin.	On fait les recommandations au besoin.	
À l'initiative du patient, rendez-vous pris au moment de sa visite à la clinique	À l'initiative de la clinique, rendez-vous pris au moment de la visite du patient	À l'initiative de la clinique, rendez-vous pris au moment de la visite du patient	À l'initiative de la clinique, rendez-vous pris au moment de la visite du patient	À l'initiative du patient, rendez-vous pris au moment de sa visite à la clinique	À l'initiative de la clinique
Les patients indiquent de quelle façon ils souhaitent que leur traitement évolue	Utiliser les outils qu'on leur donne. Assurer activement la prise en charge du diabète.	Les patients ont la responsabilité de contrôler et de prendre en charge leur diabète	Prendre soin de soi et comprendre que sinon, il peut y avoir des complications graves.	Assumer de prendre la bonne décision au moyen des outils et des renseignements fournis.	Adapter l'alimentation, surveiller la santé et faire régulièrement de l'exercice physique dans le but de contrôler la maladie.
Adapter les soins aux besoins et aux aptitudes du patient	Dispenser les outils pour la prise en charge de la maladie.	Demander au patient d'assurer la prise en charge de sa propre santé grâce à un travail d'éducation et lui donner les outils pour qu'il soit autonome.	Faire en sorte que le patient se rende compte de l'impact de ses actions et lui donner les outils et l'information dont il a besoin pour lui permettre de contrôler son état.	Guider le patient, lui fournir les outils et les renseignements dont il a besoin pour améliorer son état, surveiller l'évolution de la maladie et la prendre en charge.	Encourager, soutenir les patients et leur fournir des renseignements et des conseils.
	Dépend de la motivation et des moyens des patients	50 %			50 %
80 %	80 %	La plupart	Oui	De nombreux patients présentent des comorbidités.	De nombreux patients présentent des comorbidités.
Combler les besoins des patients.	Donner aux patients les outils et les ressources pour vivre avec le diabète.	Donner aux patients les notions de base sur le diabète et les renseigner sur ses répercussions.		Prévention	Aider les patients à mieux comprendre le diabète.
Non indiqué	On ne sait pas au juste. L'infirmière s'en occupe.	ACD et Santé Canada			ACD
Rencontres individuelles, en groupe, par téléphone et par courriel	Rencontres individuelles	Rencontres individuelles et en groupe	Rencontres individuelles, en groupe et en classe	3 séances de 5 ou 6 patients à la fois	Rencontres individuelles et en groupe
Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Notions de base sur le diabète, complications et suivi et réponses aux questions	Notions de base sur le diabète	Notions de base sur le diabète, passer en revue la nutrition, les médicaments, l'exercice physique	La nutrition, notamment lire les étiquettes. Types de diabète, traitement et gestion du stress.
Modèles 3D que les patients peuvent toucher	Dossiers et modèles	Les outils et les ressources ont souvent été fournis par des représentants de commerce en produits pharmaceutiques, mais certains viennent directement des hôpitaux.		Guides de discussion	Brochure/Guide
Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé		Encouragé
Le temps d'attente est d'un mois	Non	La demande est trop élevée.	Oui	Oui	

Petits hôpitaux

Lieu		Sackville	Sainte-Anne-de-Kent	Sussex	St. Stephen	Waterville
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Première consultation – urgente	Moins d'un mois	2 semaines	Moins d'un mois		1 ou 2 jours
	Première consultation – non urgente	2 - 3 mois		Environ 1 mois	1 - 2 mois	1 mois
	Visite de suivi	3 - 6 mois	4 mois	De 3 - 6 mois	Avec rendez-vous (1 - 2 mois) Sans rendez-vous : triage/ comme pour les nouveaux patients	Six mois ou moins
	Heures de disponibilité	8 h à 16 h, du lundi au jeudi	Ouvert du lundi au vendredi : Les visites le mardi et le jeudi de 9 h à 16 h	8 h à 16 h, du lundi au vendredi	8 h à 16 h, du mardi au jeudi	8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi
	Heures prolongées	Oui : téléphone cellulaire pour les patients qui amorcent le traitement à l'insuline	Non	Non	Non	Oui : urgence de l'hôpital, cellulaire pour les patients qui amorcent leur traitement à l'insuline
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous	10 - 15 %	Quelques-uns	5 %	10 par mois	Minimal - 7 %
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre	Rappels par téléphone	No strategies	Seulement les personnes qui le demandent reçoivent un rappel	Rappel par téléphone et cartes de rendez-vous	On n'envoie pas de lettre de rappel
Autres – Accessibilité	Service à distance	Oui	Non	Quelques programmes des services d'approche	Non	Non
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Non	Non	Non	Non	Oui
	Dépenses assumées par le patient	Bandelettes diagnostiques	Médicaments	Bandelettes diagnostiques et autres médicaments	Bandelettes diagnostiques	Bandelettes diagnostiques et insuline
	Distance parcourue : Patients les plus éloignés		45 minutes	60 minutes	45 minutes	100 km
	Distance parcourue : En moyenne	10 - 20 km	De 15 - 20 minutes	20 minutes	30 minutes	20 - 30 km
	Transport	Ne constitue pas un problème	Passablement appréciable	Constitue un problème dans une certaine mesure	Problème important	Constitue un problème dans une certaine mesure
Perceptions des patients	Commodité : emplacement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Heures de service	Adéquates	Adéquates, dans l'ensemble	Adéquates	Adéquates	Adéquates
	Mesures d'adaptation pour les besoins spéciaux	Toujours conscient du taux d'alphabétisme. On comble les besoins particuliers des patients.	Flexible. Aucun problème signalé à ce jour dans les mesures d'adaptation pour les patients avec des besoins spéciaux.	Chaises pour l'accessibilité, glucomètre pour les personnes ayant une déficience visuelle, déplacer les chaises dans le bureau pour les fauteuils roulants	Accessible en fauteuil roulant; on comblera les besoins spéciaux des clients	Interprètes
	Distance parcourue	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable
	Mesures d'adaptation	Oui	Oui	Très	Très	Oui
	Service le plus important			L'équipe. Rendez-vous individuels et séances en groupe.	Service personnalisé et relations personnelles. Les employés demandent des nouvelles du patient et sont toujours très amicaux.	

Perth-Andover	Oromocto	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Tracadie-Sheila
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
1 ou 2 semaines	6 ou 7 semaines	1 mois	En une semaine	En une semaine	1 ou 2 jours
1 mois	7 mois	3 - 4 mois	3 mois	4 semaines	
3 mois	Avec rendez-vous (3 - 6 mois)	6 mois	3 - 4 mois	Intervalles de 3 mois, de 6 mois ou de 1 an, selon les besoins du patient	De 4 - 6 mois
7 h à 16 h, du lundi au vendredi	8 h 30 à 16 h 30, le lundi	8 h à 16 h, seulement 3 jours par semaine	8 h à 16 h, du lundi au jeudi	8 h à 16 h, du lundi au vendredi	8 h à 16 h, du lundi au vendredi
Oui : La fin de semaine et en soirée (si nécessaire)	Non	Oui : On travaille au-delà des heures prévues.	Non		Non
Environ 5 %	About 30 - 40%	Un peu (2 par mois)	Peu nombreux	Un pourcentage appréciable des patients	40 %
On envoie une lettre qui demande au patient de fixer les rendez-vous	Rappels par téléphone	Rappels par téléphone	Rappels par téléphone	Maintenant, les patients doivent prendre l'initiative de fixer le rendez-vous de suivi.	Envoi de lettres de rappel
Non	Non	Non	Non	Non	Oui : livraison de fournitures dans deux résidences pour personnes âgées
Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Fournitures médicales	Bandelettes diagnostiques	Bandelettes diagnostiques, alimentation saine et conditionnement physique	Médicaments, insuline ou bandelettes diagnostiques	Essence, transport	
40 minutes	30 minutes	20 - 25 minutes	40 minutes	45 minutes, ou environ 40 km	40 minutes, ou 40 à 45 km
15 minutes	15 minutes	15 minutes	De 15 à 20 minutes	20 km ou 15 minutes	10 minutes
Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure	Problème important
Non		Oui	Oui	Oui	Oui
Adéquates	Adéquates	Inadéquates, dans l'ensemble	Adéquates	Adéquates	Tout à fait adéquates
Accessible en fauteuil roulant	Accessible en fauteuil roulant	Accessible en fauteuil roulant et illustrations	Accessible en fauteuil roulant	Accessible en fauteuil roulant	Accessible en fauteuil roulant
Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Acceptable
Oui	Très peu	Oui	Oui		Oui
Le personnel est très consciencieux, on accorde au patient une attention particulière, on l'écoute sans porter de jugement.	Rapport et approche personnalisée.	La clinique met l'accent sur le suivi des patients, et on croit qu'il faut revoir les besoins des patients de temps en temps, sans égard à son état.	La clinique met l'accent sur l'éducation sur tous les aspects connexes, notamment l'activité physique, la nutrition, la mesure par le patient de sa tension artérielle et de sa glycémie.		La clinique met l'accent sur le suivi et le soutien des patients.

Centres de santé communautaires

Lieu		Riverside-Albert	St. Joseph's, Saint John	Doaktown
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Centre de santé communautaire	Centre de santé communautaire	Centre de santé communautaire
	Nombre d'années d'existence	10 ans ou plus		9 ans
Population touchée	Nombre de clients	2 038; 32 atteints de diabète	10 000 - 12 000, 800 atteints de diabète	Plus de 100
	Nombre de visites par mois		1 000	Difficile à dire
	Appels reçus/retournés par mois			Quelques-uns chaque mois
	Régions desservies	Riverside-Albert, aussi loin qu'Alma ou Hillsborough	Région du Grand Saint John	Doaktown, Storytown, Hazleton, Blissfield, Weaversiding, Boiestown, Blackville
	Fréquence des consultations types	3 mois		1 an
	Âge moyen des clients	Personnes âgées	55 ans et plus	Personnes âgées
	Autres facteurs démographiques	Faible revenu. La plupart ont plus de 55 ans. Travailleurs saisonniers.	La plupart ont un indice de masse corporelle supérieur à 25.	Milieu rural, beaucoup de personnes âgées, quelques personnes atteintes du diabète de type 1 (3 dans tout le secteur), beaucoup de chômeurs et de personnes recevant de l'aide sociale (faible revenu)
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Par téléphone	Un peu	Un peu	Un peu
	Par courriel	Négligeable ou inexistant	Un peu	Négligeable ou inexistant
	Autre			
Équipe à l'interne	Endocrinologue			
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)			●
	Psychologue			
	Médecin de famille	●	●	●
	Pharmacien		●	
	Infirmière praticienne	●	●	●
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)			●
	Infirmière	●	●	●
	Dietétiste	●	●	●
	Soins podologiques			
	Travailleur social		●	●
Administration/réceptionniste			●	
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue	●		
	Autre spécialiste (Interniste/ophtalmologiste)	●		
	Psychologue			
	Médecin de famille			
	Pharmacien	●		
	Infirmière VON			
	Infirmière praticienne			
	Soins podologiques	●		
	Travailleur social			
	Administration/réceptionniste			
	Spécialiste de l'enfance			
	Moniteur en santé	●		
	Physiothérapeute/ergothérapeute			
	Phlébotomie – sur place			
Chevauchement des tâches			L'enjeu n'a pas été soulevé.	

Centres de santé communautaires

Lieu		Riverside-Albert	St. Joseph's, Saint John	Doaktown
Communications Équipe interne	Non officielle	Rencontres individuelles, discussions et courriel		Réunions et courriel
	Officielle	Système interne de dossiers électronique		Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques
Communications Équipe externe	Non officielle			Réunions et courriel
	Officielle	Recommandations	Recommandations	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques
Communications avec le client	Méthodes	En personne et par téléphone	En personne, par téléphone et par courriel	En personne, par téléphone
Niveaux de prévention	Primaire	Appréciable	Un peu	Un peu
	Secondaire	Un peu	Un peu	Un peu
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable	Très peu
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?	On effectue les recommandations au besoin.		Conversation avec patients et notes de recommandation
	De quelle façon le suivi est-il assuré?	À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative de la clinique, fixe les rendez-vous	À l'initiative de la clinique, par téléphone
Autogestion	Rôle du patient	Poser des questions, apprendre, demander de l'aide au besoin et s'efforcer d'apprendre à bien gérer la maladie.	Travail d'équipe et partenariat	Les patients doivent « réellement » se prendre en charge.
	Rôle du professionnel	Travail auprès des patients sur une base individuelle. Répondre aux questions et s'occuper des préoccupations du patient à sa demande.	Sensibiliser, soutenir et faciliter.	Travail d'éducation, proposer des solutions
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie	Inconnu	La plupart	En fonction du patient
	Gestion des comorbidités	La plupart des patients de la clinique de diabète présentent des comorbidités.	Évaluation dans le contexte des consultations normales	40 %
Éducation auprès des patients	But		Hausser le niveau de sensibilisation des patients.	Sensibiliser aux moyens de continuer à vivre une vie productive et saine.
	Lignes directrices		ACD et plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques de l'Alberta	Le guide sur la santé du Réseau Horizon
	Types offerts	Rencontres individuelles	Séances en groupe	Rencontres individuelles
	Thèmes	Soins podologiques, activités physiques et prise en charge du diabète	Gestion du mode de vie et comment vivre avec le diabète	Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie
	Méthodes d'enseignement		Interactif, avec des modèles et des guides de discussion	Aucune réponse
	Intérêt des familles	Encouragé	Encouragé	Encouragé
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Oui	Non	Non
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients	Oui	Oui	Oui
	Première consultation – urgente	En quelques jours tout au plus	Le même jour	Le même jour ou le lendemain
	Première consultation – non urgente	En quelques semaines	En fonction du fournisseur	9 mois
	Visite de suivi	3 mois	En fonction du fournisseur	De 3 - 6 mois
	Heures de disponibilité	7 h à 18 h, du lundi au vendredi	9 h à 17 h, du lundi au vendredi	8 h à 20 h du lundi au jeudi, 8 h à 16 h le vendredi, Télé-Soins
	Heures prolongées	Non	Non	Oui : 8 h à 20 h

Centres de santé communautaires (suite)

Minto	Plaster Rock	Dalhousie	Lamèque
Discussions, par courriel et par téléphone	Réunions, discussions et courriel	Par téléphone et par courriel	Rencontres individuelles et contacts par téléphone
Dossiers électroniques	Réunion	Réunion	
Téléphone		Téléphone	Téléphone
Notes thématiques et recommandations, système de dossiers électronique		Remarques écrites	Remarques écrites
En personne et par téléphone	En personne, par téléphone et par courriel	En personne et par téléphone	En personne et par téléphone
Appréciable	Un peu	Un peu	Un peu
Un peu	Un peu	Un peu	Très peu
Un peu	Appréciable	Appréciable	Appréciable
			On effectue les recommandations au besoin.
À l'initiative du patient, il doit appeler la clinique.	À l'initiative du patient, il doit appeler la clinique.	À l'initiative du patient, il doit appeler la clinique.	À l'initiative de la clinique, par téléphone
Assumer la prise en charge de la maladie.	Établir leurs propres objectifs et assumer la prise en charge de la maladie.	Apprendre et comprendre les effets des médicaments prescrits et en quoi consistent des « statistiques » normales, et apprendre à évaluer les statistiques et les résultats qui les concernent en propre.	Les patients doivent avoir la volonté de s'aider eux-mêmes.
Coach et orientation	Fournir les outils.	Encourager la prise en charge autonome de la maladie par le patient.	
Inconnu	En fonction du patient	Inconnu	La plupart des patients constatent un changement considérable au bout d'un an.
Fait partie d'une consultation normale	La plupart	Oui	
Établir des objectifs et prendre sa santé en charge.	Prévenir les complications du diabète au moyen d'un travail d'éducation.	Enseigner aux patients comment contrôler leur diabète, prévenir les complications.	
Lignes directrices de l'ACD	Lignes directrices et ressources de l'ACD pour l'éducation des patients et les soins podologiques	Trois guides d'enseignement : Le « Diabetes teaching guide » (guide de l'enseignant sur le diabète) contient des renseignements généraux sur le diabète; « Insulin teaching guide » (guide de l'enseignant sur l'insuline) et « Pre-diabetes teaching guide » (guide de l'enseignant sur le prédiabète).	
Rencontres individuelles et en groupe	Rencontres en groupe, groupe de soutien, programme communautaire	Rencontres individuelles et en groupe	Séance éducative
Qu'est-ce que le diabète? Complications, surveillance d'un médecin, régime alimentaire et exercice physique	Large éventail de sujets adaptés aux clients	Comment prévenir ou réduire les complications, comment maintenir un état stable et contrôlé.	Comment effectuer ses propres analyses et prendre les médicaments, notamment l'insuline et les injections.
Interactif avec des modèles et des guides de discussion		Brochure et livre	
	Encouragé	Encouragé	
Oui	Non	La demande est trop forte.	Oui
	Oui	Oui	Oui
Le même jour	Du même jour jusqu'à 2 semaines	1 mois	2 jours
5 jours	2 semaines	2 mois	
3 mois	3 mois	6 - 8 mois	Variable
	8 h à 20 h, du lundi au vendredi	8 h à 16 h, 3 jours par semaine	
	Oui : en soirée, une fois par mois	Oui : pour satisfaire aux besoins des patients	

Centres de santé communautaires

Lieu	Riverside-Albert	St. Joseph's, Saint John	Doaktown	
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous	2 à 4 par jour (y compris les patients non atteints de diabète)	Peu	
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre	Seuls les patients recevant des soins thérapeutiques ont des rappels par téléphone.	Coordonner la visite et les autres rendez-vous.	
Autres – Accessibilité	Service à distance	Non	Non	
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Non	Non	
	Dépenses assumées par le patient		Bandelettes, nourriture et transport	Bandelettes diagnostiques et autres médicaments, essence, stationnement
	Distance parcourue : <i>Patients les plus éloignés</i>	30 minutes		45 minutes
	Distance parcourue : <i>En moyenne</i>			20 minutes
	Transport	Constitue un problème dans une certaine mesure		Constitue un problème important
Perceptions des patients	Commodité : emplacement	Oui	Oui	Oui
	Heures de service	Adéquates	Adéquates	Adéquates
	Mesures d'adaptation pour les besoins spéciaux	Accessible en fauteuil roulant. Peut dispenser des mesures d'adaptation pour les personnes atteintes d'une déficience auditive, au moyen d'appareils auditifs, au besoin.	Accès à un interprète	Accessible en fauteuil roulant
	Distance parcourue	Adéquate	Adéquate	Acceptable
	Mesures d'adaptation	Oui		Très bon
	Service le plus important	La clinique constitue la liaison entre le patient et les services dont il a besoin.		Les gens connaissent très bien le domaine et aident beaucoup.

Centres de santé communautaires (suite)

Minto	Plaster Rock	Dalhousie	Lamèque
	Très peu	22 %	
	Aucune stratégie	Modification au système de triage Appeler avant le rendez-vous.	
Non	La clinique donne des fournitures (aucun service médical) et dispense ces séances d'éducation dans deux résidences pour personnes âgées.	Non	
Non	Non	Oui	Non
Bandelettes diagnostiques	Bandelettes diagnostiques, fruits et légumes	Médicaments	
90 minutes	45 minutes	45 minutes	
30 minutes	15 minutes	15 minutes	
Constitue un problème dans une certaine mesure	Problème important	Constitue un problème dans une certaine mesure	
Oui		Oui	Oui
Adéquates	Adéquates	Largement inadéquates	Adéquates
	Clinique est accessible en fauteuil roulant	Photos, images et contact visuel	
Adéquate	Adéquate	Adéquate	Adéquate
	Oui	Oui	
Soutenir le patient.	Éventail complet de services (guichet unique)		

Centres de santé

Lieu		Rexton	Petitcodiac	Black's Harbour
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Centre de santé	Centre de santé	Centre de santé
	Nombre d'années d'existence	5 ans	5 ou 6 ans	6 ans
Population touchée	Nombre de clients	Les dossiers associés à un médecin	400 patients atteints de diabète	400+
	Nombre de visites par mois	3 000		240
	Appels reçus/retournés par mois	300		5 - 20
	Régions desservies	Harcourt, Rexton, Bouctouche, Richibucto	Petitcodiac, Sussex, Havelock et Elgin	Comté de Charlotte et Îles Fundy
	Fréquence des consultations types	1 mois		3 mois
	Âge moyen des clients		60 ans et plus	Difficile à dire
	Autres facteurs démographiques		Milieu rural	Milieu rural, faible revenu et faible niveau d'instruction, cols bleus. On compte sur le programme extra-mural, le transport par traversier. Les patients de Campobello doivent transiter par les États-Unis.
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable	Appréciable	Appréciable
	Par téléphone	Aucun	Négligeable	Un peu
	Par courriel	Aucun	De négligeable à inexistante	Un peu
	Autre			
Équipe à l'interne	Endocrinologue			
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)			
	Psychologue			
	Médecin de famille		●	
	Pharmacien	●		
	Infirmière praticienne	●		●
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)			
	Infirmière	●	●	
	Diététiste		●	
	Soins podologiques			
	Travailleur social			
Administration/réceptionniste	●			
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue			●
	Autre spécialiste (interniste/ophtalmologiste)			●
	Psychologue			●
	Médecin de famille			
	Pharmacien			
	Infirmière VON			
	Infirmière praticienne			
	Soins podologiques		●	
	Travailleur social			
	Administration/réceptionniste			
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète ou diététiste)	●	●	●
	Moniteur en santé			
	Physiothérapeute/ergothérapeute			
	Phlébotomie – sur place			
Chevauchement des tâches	L'enjeu n'a pas été soulevé.	L'enjeu n'a pas été soulevé.	L'enjeu n'a pas été soulevé.	

Centres de santé

Lieu		Rexton	Petitcodiac	Black's Harbour
Communications Équipe interne	Non officielle	Discussions et courriel	Discussions	Réunions et courriel
	Officielle	Dossiers sur papier	Dossiers sur papier et parfois électroniques	Recommandations, système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques
Communications Équipe externe	Non officielle			Réunions et courriel
	Officielle	Recommandations	Recommandations	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques
Communications avec le client	Méthodes	En personne, par téléphone	En personne, par téléphone	En personne, par courriel et par téléphone
Niveaux de prévention	Primaire	Appréciable	Un peu	Un peu
	Secondaire	Un peu	Un peu	Un peu
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable	Très peu
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?			Conserver une copie de la recommandation, demander au patient et résultats des analyses.
	De quelle façon le suivi est-il assuré?	Au besoin/ tel que le médecin l'indique	À l'initiative du patient, doit appeler la clinique	À l'initiative de la clinique, par téléphone
Autogestion	Rôle du patient	Collaboration du client	Assumer la prise en charge autonome des soins qui concernent en propre le patient.	Chercher l'information, bien connaître les résultats, se rendre aux rendez-vous (analyses sanguines, etc.)
	Rôle du professionnel	Travail d'éducation et information	Travail d'éducation et conseils	Motivation; être une ressource
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie	Inconnu	60 - 65 %	50 %
	Gestion des comorbidités	Fait partie d'une consultation normale	Fait partie d'une consultation normale	100 %
Éducation auprès des patients	But	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Accepter le diagnostic, prendre l'initiative d'amorcer le changement.
	Lignes directrices	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers l'infirmière (éducatrice spécialisée en diabète).	Séances en groupe du Réseau de santé Horizon
	Types offerts	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers l'infirmière (éducatrice spécialisée en diabète).	Rencontres individuelles, séance en groupe, par téléphone et par courriel
	Thèmes	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers l'infirmière (éducatrice spécialisée en diabète).	Amorce du traitement à l'insuline et prise en charge de la maladie
	Méthodes d'enseignement	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers l'infirmière (éducatrice spécialisée en diabète).	Répondre aux questions des patients.
	Intérêt des familles	Diriger vers la gestionnaire de cas (éducatrice spécialisée en diabète), Services d'approche.	Diriger vers l'infirmière (éducatrice spécialisée en diabète).	Encouragé
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Oui	Oui	Plus ou moins
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients		Oui	Oui
	Première consultation – urgente	Le même jour	1 ou 2 jours	4 semaines
	Première consultation - non urgente	En moyenne 6,5 jours	1 ou 2 semaines avec la gestionnaire de cas. Services d'approche.	3 mois
	Visite de suivi			De 3 - 6 mois
	Heures de disponibilité	7 h 30 à 16 h, tous les jours	8 h 30 à 16 h 30, tous les jours	8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi
	Heures prolongées	Non	Non	Non
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous	23 - 25 par mois	Ce problème touche davantage la diététiste.	Plusieurs rendez-vous manqués selon la saison. (en décembre et dans les mois d'été)
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre	Rappels par téléphone	Rappels par téléphone	Rappels par téléphone

Fredericton Junction	Chipman	Harvey Station	Jacquet River
Réunions et courriel	Réunions et courriel	Réunions et courriel	Par téléphone et courriel
Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques, recommandations	Réunions
Réunions et courriel	Réunions et courriel	Réunions et courriel	Téléphone
Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Système de dossiers électronique, remarques du généraliste et notes thématiques	Remarques
En personne, par téléphone et séances en groupe	En personne et par téléphone	En personne, par téléphone et séances en groupe	En personne, par téléphone
Un peu	Un peu	Très peu	Un peu
Appréciable	Appréciable	Un peu	Un peu
Aucun	Très peu	Très peu	Appréciable
N'est pas assuré	Faire de son mieux.	On fait les recommandations au besoin.	
À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative du patient, il doit appeler la clinique.	À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative du patient, doit appeler la clinique
Atteindre les buts fixés.	Mettre en place toutes les mesures.	Le patient a accès au service et prend ce dont il a besoin.	Apprendre les effets des médicaments, à quoi devraient ressembler des résultats « normaux », savoir évaluer ses propres résultats.
Aider les patients à devenir compétents.	Rendre le service accessible et disponible.	Travail d'éducation et soutien. Être une ressource.	Encourager la prise en charge autonome par le patient.
Tous, dans une certaine mesure	En fonction du patient	Faible pourcentage	
95 %	La plupart	On en est conscient, mais on ne s'en occupe pas.	Oui
Prévenir les complications et aider les patients à vivre en meilleure santé et plus longtemps.	Faire en sorte que les patients aient les connaissances leur permettant de prendre en charge leur maladie.	Avoir accès aux connaissances et aux outils nécessaires pour bien vivre.	Enseigner comment contrôler le diabète pour prévenir les complications.
Mandat et mission du Réseau Horizon N.-B.	Lignes directrices de l'ACD	Réseau de santé Horizon	
Rencontres individuelles, séances en groupe, par téléphone	Rencontres individuelles et en groupe	Par téléphone, séances en groupe, rencontres individuelles et outils du ministère de la Santé, imprimés	Rencontres individuelles et en groupe
Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Gestion des maladies	Alimentation saine, exercice physique, taux de glycémie, insuline et prise en charge de la maladie	Comment prévenir et réduire les complications et comment stabiliser et contrôler son état.
Rencontres individuelles, en classe, en groupe, séance en groupe, aides visuelles, dessins, présentation et sites Web		Outils puisés sur le site Web du Réseau Horizon	Brochure et livre
Encouragé	Encouragé	Encouragé	Encouragé
Oui	Oui	Oui	La demande est trop forte.
Oui	Non	Oui	Oui
En une semaine/le même jour		Immédiatement/le même jour	1 mois
4 mois	Quelques semaines	6 mois	2 mois
De 3 - 6 mois	4 mois	De 3 - 6 mois	De 6 - 8 mois
Lundi et mercredi : 9 h à 21 h; mardi : 8 h à 17 h; jeudi : 8 h à 16 h et vendredi : 9 h à 17 h	8 h à 16 h, du lundi au vendredi	7 h à 19 h du lundi au vendredi, Télé-Soins, 911	8 h à 16 h, le mercredi
Oui : 911 et l'urgence de l'hôpital	Non	Oui : 7 h à 19 h	Oui : selon les besoins du patient
12,5 %	2 - 4 par jour (y compris les patients non atteints de diabète)	Peu nombreux	22 %
Aucun rappel par téléphone	Seuls les patients recevant des soins thérapeutiques ont des rappels par téléphone.	Rappels par téléphone et cartes de rendez-vous	Modification au système de triage Appeler avant le rendez-vous.

Centres de santé

Lieu		Rexton	Petitcodiac	Black's Harbour
Autres – Accessibilité	Service à distance	Non (sauf qu'on dispense les vaccins contre la grippe dans les foyers de soins spéciaux)	Non	Non
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Non	Oui, par l'intermédiaire de la gestionnaire de cas	Oui
	Dépenses assumées par le patient	Bandelettes diagnostiques	Ne constitue pas un gros problème	Fournitures médicales
	Distance parcourue : Patients les plus éloignés		50 - 60 km	60 minutes
	Distance parcourue : <i>En moyenne</i>	50 km/30 minutes	20 - 30 km, 30 - 40 minutes	20 minutes
	Transport	Ne constitue pas un problème	Ne constitue pas un problème	Constitue un problème important
Perceptions des patients	Commodité : emplacement	Oui	Oui	Oui
	Heures de service	Adéquates	Adéquates	Adéquates
	Mesures d'adaptation pour les besoins spéciaux	Accessible en fauteuil roulant		Aucun commentaire offert
	Distance parcourue	Acceptable	Acceptable	Acceptable
	Mesures d'adaptation	Oui		Très bon
	Service le plus important			Pas d'attente, les rendez-vous ont lieu à l'heure et je peux lui téléphoner directement.

Fredericton Junction	Chipman	Harvey Station	Jacquet River
Non	Non	Programme extra-mural	Non
Non	Non	Non	Oui
Bandelettes diagnostiques	Besoins en médicaments	Bandelettes diagnostiques	Médicaments
45 minutes	60 minutes	30 minutes	45 minutes
15 minutes	De 10 - 15 minutes	30 minutes	15 minutes
Constitue un problème important	Problème important	Constitue un problème dans une certaine mesure	Constitue un problème dans une certaine mesure
Oui	Oui		Oui
Adéquates	Adéquates	Adéquates	Inadéquates, dans l'ensemble
Mesures normales, un patient illettré, ainsi on a recours au téléphone pour la consultation	La clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant.	Accessible en fauteuil roulant, plateforme élévatrice pour aider les patients à monter et descendre	Les difficultés auditives sont les plus courantes : on utilise des images et on met l'accent sur un bon contact visuel.
Acceptable	Adéquate	Acceptable	Acceptable
Très pratique	Oui	Très bon	Très bon
Les gens qui travaillent à cet endroit. Sensibiliser les gens à la nécessité de la prise en charge autonome de la maladie.	Aide avec les finances et l'obtention de bandelettes et d'insuline	On trouvera toujours quelqu'un pour aider. Accès à des services complets de santé	

Cliniques des gestionnaires de cas en services d'approche

Lieu	Vitalité (Sud-Est, N.-B.)	Horizon (Sud-Est, N.-B.)
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Gestionnaire de cas en services d'approche
	Nombre d'années d'existence	9 ans
Population touchée	Nombre de clients	200 et 250 patients (au cours des trois derniers mois)
	Nombre de visites par mois	75
	Appels reçus/retournés par mois	
	Régions desservies	Déplacements pour rendre visite aux patients de Moncton, Dieppe, Saint-Louis et Shediac
	Fréquence des consultations types	3 mois
	Âge moyen des clients	Variable selon les collectivités
	Autres facteurs démographiques	Certaines régions comptent un plus gros pourcentage de patients sans assurance. Les patients de Shediac et de Saint-Louis sont en général plus âgés, et ce sont des travailleurs saisonniers.
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable
	Par téléphone	Appréciable
	Par courriel	Négligeable ou inexistante
	Autre	
Équipe à l'interne	Endocrinologue	
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)	
	Psychologue	
	Médecin de famille	●
	Pharmacien	
	Infirmière praticienne	●
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)	●
	Infirmière	
	Dietétiste	
	Soins podologiques	
	Travailleur social	
	Administration/réceptionniste	●
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue	
	Autre spécialiste (interniste/ophtalmologiste)	
	Psychologue	●
	Médecin de famille	
	Pharmacien	●
	Infirmière VON	●
	Infirmière praticienne	
	Soins podologiques	
	Travailleur social	
	Administration/réceptionniste	
	Spécialiste de l'enfance	●
	Moniteur en santé	
	Physiothérapeute/ergothérapeute	
	Phlébotomie – sur place	
	Chevauchement des tâches	

Cliniques des questionnaires de cas en services d'approche (suite)

Lieu		Vitalité (Sud-Est, N.-B.)	Horizon (Sud-Est, N.-B.)
Communications Équipe interne	Non officielle	S.O.	Discussions, réunions
	Officielle	S.O.	Les notes sur le patient sont inscrites à son dossier (au cabinet du médecin, dans le système électronique), et consignées dans les dossiers de la gestionnaire de cas.
Communications Équipe externe	Non officielle	Discussions, par téléphone	
	Officielle	Notes	
Communications avec le client	Methods	En personne et par téléphone	En personne, par courriel, par téléphone
Niveaux de prévention	Primaire	Un peu	Très peu
	Secondaire	Très peu	Un peu
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?		
	De quelle façon le suivi est-il assuré?	À l'initiative du patient, rendez-vous fixé au moment de la visite	On fait les recommandations en fonction des besoins. Au besoin, selon l'avis du médecin
Autogestion	Rôle du patient	Le patient doit prendre en charge sa maladie et apprendre à vivre avec le diabète et à le contrôler. Les patients doivent prendre leurs médicaments, vérifier l'état de leurs pieds et se rendre aux rendez-vous auprès de leur médecin.	On apprend au patient à prendre en charge son diabète et à contrôler la maladie
	Rôle du professionnel	L'infirmière est là pour aider.	Fournir des outils.
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie		Inconnu
	Gestion des comorbidités	30 - 40 %	Oui
Éducation auprès des patients	But		Habiliter les patients en leur donnant des renseignements adaptés à leur état, des ressources et des outils pour faciliter la prise en charge autonome de la maladie.
	Lignes directrices		
	Types offerts	Durant la consultation	Rencontre individuelle, séance en groupe
	Thèmes	La prévention, la planification des repas et l'exercice	Le guide « Vivre avec le diabète » et le guide sur une alimentation saine de l'ACD
	Méthodes d'enseignement		
	Intérêt des familles	Les membres de la famille sont souvent présents. Limite d'une ou deux personnes.	Encouragé
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Le besoin semble dépasser la capacité des services à l'heure actuelle.	Non
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients	Non	
	Première consultation – urgente		
	Première consultation – non urgente		
	Visite de suivi	3 mois	Tous les 3 mois, tous les 6 mois ou 1 fois par année (selon les besoins)
	Heures de disponibilité	Variables	
	Heures prolongées	Non	
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous	5 à 10 %	Très peu
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre	Aucune stratégie	Aucune stratégie
Autres – Accessibilité	Service à distance	Elle se rend au cabinet du médecin du patient	Non
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Non	Non
	Dépenses assumées par le patient	Variable	
	Distance parcourue : <i>Patients les plus éloignés</i>	Variable	Variable
	Distance parcourue : <i>En moyenne</i>	Variable	Variable
	Transport	Variable	Ne constitue pas un problème

Cliniques pédiatriques

Lieu		Clinique pédiatrique de Saint John	Clinique pédiatrique de Moncton
Information générale sur la clinique	Type de clinique	Pédiatrie	Pédiatrie
	Nombre d'années d'existence	30 ans	12 ans
Population touchée	Nombre de clients	147	60 - 80
	Nombre de visites par mois	35	20
	Appels reçus/retournés par mois	10 - 15 (par jour)	
	Régions desservies	Région de Saint John du Réseau de santé Horizon; d'autres patients de tout le Nouveau-Brunswick sont dirigés vers la clinique aux fins de suivi.	Écoles du district scolaire anglophone Est, de Port Elgin à Richibucto à Riverside-Albert
	Fréquence des consultations types	4 mois	Tous les 3 à 4 mois
	Âge moyen des clients	Moins de 18 ans	Moins de 16 ans
	Autres facteurs démographiques	Les patients sont répartis à peu près également entre les régions rurales et urbaines. Les patients et les familles représentent tous les profils socioéconomiques.	
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	En personne	Appréciable	Appréciable
	Par téléphone	Appréciable	Appréciable
	Par courriel	Appréciable	Appréciable
	Autre	La famille participe beaucoup.	La famille participe beaucoup.
Méthode de prise de contact (aux fins de suivi)	Endocrinologue	●	
	Autre spécialiste (interniste, pédiatre)	●	●
	Psychologue		
	Médecin de famille		
	Pharmacien		
	Infirmière praticienne		
	Infirmière (éducatrice spécialisée en diabète)	●	●
	Infirmière		●
	Dietétiste	●	●
	Soins podologiques		
	Travailleur social		
	Administration/réceptionniste	●	
Équipe à l'extérieur	Endocrinologue		
	Autre spécialiste (interniste/ophtalmologiste)		
	Psychologue	●	●
	Médecin de famille	●	
	Pharmacien		●
	Infirmière VON		
	Infirmière praticienne		
	Soins podologiques		
	Travailleur social	●	●
	Administration/réceptionniste	●	
	Spécialiste de l'enfance	●	●
	Moniteur en santé		
	Physiothérapeute/ergothérapeute		
	Phlébotomie – sur place		
	Chevauchement des tâches	Aucun	
Communications Équipe interne	Non officielle	Discussions, courriel, téléphone, télécopieur	
	Officielle	Réunions d'équipe, courriel	Rencontre hebdomadaire des membres de l'équipe, dossiers sur papier

Lieu		Clinique pédiatrique de Saint John	Clinique pédiatrique de Moncton
Communications Équipe externe	Non officielle	Téléphone, courriel	
	Officielle	Recommandations et rapports	
Communications avec le client	Méthodes	En personne, par téléphone, par courriel	En personne, par téléphone, par courriel. Le patient et sa famille rencontrent toute l'équipe en même temps.
Niveaux de prévention	Primaire	Aucun	Très peu
	Secondaire	Aucun	Très peu
	Tertiaire	Appréciable	Appréciable
Assurance de la qualité	Comment assure-t-on l'accès?		
	De quelle façon le suivi est-il assuré?	À l'initiative de la clinique, par téléphone	À l'initiative de la clinique, par lettre
Autogestion	Rôle du patient	La famille et l'enfant prennent en charge quotidiennement le diabète.	Le patient se voit doté des moyens de prendre sa propre santé en charge.
	Rôle du professionnel	Faciliter la prise en charge du diabète de type 1 par le patient et les parents, et les soutenir à mesure qu'ils deviennent indépendants.	Éduquer la famille pour les soins de l'enfant.
	Pourcentage de patients autonomes dans la prise en charge leur maladie	Varie en fonction de l'âge de l'enfant et de son stade de développement, des compétences de la famille en ce qui a trait à la résolution des problèmes et de son soutien. Les familles sont encouragées à développer des compétences pour la prise en charge autonome de la maladie.	Plus de la moitié
	Gestion des comorbidités		Active : recommandations par l'équipe de la clinique
Éducation auprès des patients	But	Le patient doit se prendre en charge.	Prise en charge autonome de la maladie
	Lignes directrices	Lignes directrices de l'ACD	ACD et normes internationales.
	Types offerts	Séance individuelle	Séance en groupe
	Thèmes	Prise en charge autonome du diabète de type 1; saines habitudes alimentaires et calcul des glucides; vie active; techniques d'injection de l'insuline; ajustement des doses d'insuline; contrôle de la glycémie; prévention de l'acidocétose diabétique; gestion des journées de maladie; prise en charge de l'hypoglycémie; apprendre à utiliser et à gérer la pompe à insuline; sujets adaptés à l'âge du patient, par exemple quitter la maison, conduire une automobile, consommer de l'alcool	7 ou 8 modules, quelques notions sur le diabète, l'insuline, la nutrition, l'exercice physique, le diabète et l'école
	Méthodes d'enseignement	Documents provenant de l'Association canadienne du diabète, de l'hôpital pour enfants de C.-B., du Toronto Hospital for Sick Children, de l'hôpital IWK, ainsi que des documents élaborés sur une base individuelle	Guides de discussion
	Intérêt des familles	Obligatoire	Obligatoire
Capacité de la clinique	Capacité de répondre à la demande	Oui	Oui
Temps d'attente	Système de triage des nouveaux patients	Soins hospitaliers	Soins hospitaliers
	Première consultation – urgente	Le même jour	Le même jour
	Première consultation - non urgente	Dans un délai d'un mois	2 semaines
	Visite de suivi	Rendez-vous fixé (3 à 6 mois)	4 mois
	Heures de disponibilité	8 h 30 à 16 h 30, du lundi au jeudi	8 h à 16 h, du lundi au vendredi
	Heures prolongées	Oui : le pédiatre est sur appel.	Oui : le pédiatre et l'infirmière autorisée sont joignables par téléavertisseur, 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
Patients qui ne se présentent pas au rendez-vous	Nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous	De 20 à 25 %. La plupart des patients nous appellent pour nous signaler qu'ils ne pourront pas se présenter.	Minime
	Moyen mis en œuvre pour en réduire le nombre	Rappels par téléphone	Envoi de lettres de rappel
Autres – Accessibilité	Service à distance	Nous communiquons avec le patient et sa famille par téléphone, par télécopieur et par courriel. Nous avons utilisé la vidéoconférence avec certaines familles éloignées, par le truchement de leur établissement de soins de santé local. Les analyses de sang peuvent être effectuées près du domicile des clients.	Travail d'éducation dans les écoles
	Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline	Oui	Oui
	Dépenses assumées par le patient	Les parents doivent s'absenter du travail, et ces heures ne sont en général pas payées. Les frais de transport. Certaines familles doivent trouver un hébergement pour la nuit. L'insuline, le contrôle de la glycémie, les régimes spéciaux, etc.	Bandelettes diagnostiques
	Distance parcourue : <i>Patients les plus éloignés</i>	De 4 à 5 heures en voiture	100 km
	Distance parcourue : <i>En moyenne</i>	D'une demi-heure à une heure et demie en voiture	
	Transport	Constitue un problème dans une certaine mesure	Ne constitue pas un problème

L'alignement sur le modèle de soins de maladies chroniques

Les systèmes de santé –

Culture, organisations et mécanismes visant à promouvoir des soins sécuritaires et de haute qualité

La plupart des cliniques voient leur rôle comme en étant un qui encourage le patient à être autonome. Certaines agissent à titre de pivot des services liés au diabète dans leur région. Quelques-unes jouent un rôle important dans la prévention et la détection précoce du diabète. En général, on considère les médecins de famille comme des alliés de l'équipe, bien que certains fassent état d'obstacles à la pleine intégration des médecins de famille. Ceci est possiblement en raison de leurs façons traditionnelles de pratiquer et des systèmes de rémunération, mais une recherche plus approfondie de la question est nécessaire afin de bien cerner tous les facteurs.

Dans les cliniques, la communication entre les membres de l'équipe est surtout ad hoc, prend place dans les corridors et par le biais de dossiers papier ou électroniques. Une seule clinique a fait état de réunions régulières d'équipe pour discuter des dossiers des patients, échanger de l'information et décider des politiques. La communication avec les professionnels qui ne font pas partie de l'équipe est généralement vue comme étant positive, bien que certains fassent état que la communication avec les médecins de famille peut être difficile. Une clinique semble avoir très peu de communication interne ou externe.

Une seule clinique a fait état d'un programme systématique d'amélioration de la qualité. La plupart, lorsqu'on les interroge sur les résultats, ont fait mention de patients individuels, mais étaient incapables de préciser les résultats pour ce qui est de l'ensemble de leurs patients. Les plus petites cliniques communautaires, où les soins liés au diabète sont intégrés aux soins généraux, étaient incapables de fournir de l'information sur le nombre de patients qui se présentent pour obtenir des services liés au diabète. Même les cliniques qui disposent de systèmes d'information électroniques ne les utilisent pas à des fins d'audit et de contrôle de la qualité.

La conception des systèmes de prestation –

Destinés aux soins cliniques et au soutien à l'autogestion, y compris les soins en équipe.

Les équipes interprofessionnelles comptent entre deux et sept personnes. Le plus habituellement, les cliniques comptent

trois personnes qui font partie de l'équipe de soins liés au diabète, dont presque toujours une infirmière et une diététiste. Au moment des entrevues, certaines équipes ne comptaient aucun membre qui détenait un agrément courant en éducation sur le diabète. Un petit nombre d'équipes de centres de santé comprennent un médecin de famille. Il faut noter que dans l'une de ces cliniques, les autres médecins de famille pourraient ne pas vouloir référer des patients à l'équipe.

Les cadres hiérarchiques des professionnels qui composent les équipes sont souvent divisés, alors que les infirmières et les diététistes relèvent d'organisations différentes. On considère cette situation comme étant acceptable, parce que la structure interne des équipes est généralement plate. Cependant, en raison de cette structure plate, plusieurs équipes ne peuvent identifier de chef d'équipe qui soit responsable de la prestation de services et du rôle de l'équipe.

Pour ce qui est de l'intégration dans le système de santé plus large, certaines cliniques ont développé des liens solides avec d'autres ressources avec lesquelles elles communiquent bien et échangent des informations. Dans le cas de trois cliniques, les centres de santé partagent le personnel de la clinique. Dans d'autres cas, le personnel de la clinique offre des services aux malades hospitalisés. Enfin, dans certains cas, la clinique a établi des liens avec des services extramuraux afin d'améliorer les services fournis aux patients confinés à la maison. Ces liens offrent une certaine coordination, continuité et uniformité d'approche dans toute la région et permettent de réduire le chevauchement des tâches. La plupart des cliniques maintiennent des liens avec les médecins de famille des patients. Cela est plus évident dans les cliniques où aucun médecin n'est associé à l'équipe. Aucune clinique n'a fait état de soins partagés, bien que cela puisse se produire de manière informelle.

Certaines cliniques, particulièrement deux grandes cliniques du sud-est de la province, embauchent des gestionnaires de cas qui visitent les bureaux des médecins de famille afin d'appuyer les médecins et d'éduquer les patients. Ce peut être une façon de rejoindre les patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas visiter une clinique sur le diabète. Cela offre également un soutien aux médecins de famille. Un gestionnaire de cas travaille également dans des cliniques communautaires. La clinique mère devient ainsi le point central des plus petites cliniques et les patients peuvent se rendre à la clinique mère pour obtenir certains services plus spécialisés.

La plupart des cliniques acceptent des patients qui sont référés par diverses sources ainsi que ceux qui se présentent de leur propre chef. Les temps d'attente dans le cas d'un premier rendez-vous varient, mais plusieurs cliniques utilisent un système de triage afin que les patients qui requièrent une attention immédiate puissent être reçus dans l'espace de quelques jours.

En ce qui concerne le suivi, la plupart des cliniques négocient les intervalles avec les patients et inscrivent la prochaine visite

avant que le patient ne quitte. Certaines imposent un horaire de suivi plutôt rigide. Cependant, plusieurs cliniques acceptent de recevoir des patients sans rendez-vous et invitent les patients à téléphoner au besoin. Environ la moitié des cliniques ont un système de rappel pour rappeler à l'avance aux patients leur prochaine visite. Certaines tentent de communiquer avec les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Certaines avisent simplement leur médecin de famille que leur patient ne s'est pas présenté à un rendez-vous. Un petit nombre de cliniques demandent aux patients de téléphoner à un moment opportun afin de prendre rendez-vous.

L'appui à l'autogestion –

Dans le but de permettre aux patients de gérer leur santé et leurs soins de santé

Toutes les cliniques sur le diabète visent à améliorer l'autogestion des patients. Cela se fait généralement grâce à un mélange de sessions individuelles et de groupe. Quelques-unes utilisent des méthodes structurées afin d'amorcer un dialogue avec les patients. La plupart des cliniques offrent un soutien plus fréquent aux patients qui commencent à s'injecter de l'insuline ainsi qu'aux nouveaux patients, et la plupart encouragent les patients à communiquer avec la clinique pour un appui dans la résolution de problèmes. Les plus grandes cliniques sont capables d'offrir de façon régulière des sessions d'information sur des sujets liés au diabète et à sa gestion. Quelques-unes des plus petites cliniques réfèrent leurs patients à des cliniques plus grandes afin qu'ils participent à des activités d'apprentissage. L'apprentissage de l'utilisation des pompes à insuline et les services destinés aux enfants qui souffrent de diabète se retrouvent généralement seulement dans les plus grandes cliniques.

La plupart des cliniques estiment que leur rôle consiste à intervenir auprès des patients à des moments critiques du développement de leur maladie, comme auprès des patients qui ne sont pas en contrôle et ceux qui commencent à s'injecter de l'insuline; plusieurs cliniques se font un devoir de rejoindre les patients qui éprouvent des difficultés à se présenter à la clinique pour leur suivi. Une clinique se plaint que seuls les patients qui sont difficiles à gérer sont référés à la clinique.

Parmi les problèmes spécifiques auxquels les cliniques font face lorsqu'elles apportent leur soutien, on retrouve l'analphabétisme et la pauvreté. Certaines doivent chercher des outils d'apprentissage que les patients illettrés pourront utiliser. Plusieurs cliniques notent que le prix des bandelettes d'analyse constitue un obstacle à l'autogestion des patients.

Certaines cliniques soulignent que des patients autochtones préfèrent quitter leur communauté afin de recevoir des soins liés au diabète. Bien que ces services soient disponibles au sein de leurs communautés, ces patients estiment que leur maladie les marginalise.

L'aide à la décision –

Fondée sur des données probantes et les préférences des patients

Les éducateurs spécialisés en diabète doivent maintenir leurs compétences à jour grâce à une formation continue. Certaines cliniques offrent des jours de formation continue aux professionnels, mais très peu semblent proposer aux équipes des journées de formation sur une base régulière. La plupart soulignent qu'elles respectent les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète, certaines se fient à d'autres lignes directrices fondées sur des données probantes, mais les processus de diffusion et d'adoption n'ont pas été précisés.

Aucune clinique n'a fait état de systèmes ou d'algorithmes de rappel sur place, si ce ne sont des dossiers de patients, pour appuyer les professionnels.

Les systèmes d'information clinique –

Afin d'organiser les données sur les patients et la population

Une petite majorité de cliniques disposent d'un système électronique de dossiers médicaux. Ces cliniques soulignent que les dossiers médicaux électroniques s'avèrent utiles dans le partage des informations sur chaque patient et dans le suivi du progrès du patient. Une seule clinique semble se servir d'un système d'information à des fins d'audit. Une clinique, sur la frontière entre les Réseaux de santé Vitalité et Horizon, souligne qu'elle a accès aux dossiers de ses patients dans son propre réseau de santé, mais qu'elle ne peut avoir accès aux dossiers des patients de l'autre réseau de santé.

L'engagement communautaire –

Afin de mobiliser les ressources destinées aux patients

Les cliniques de santé communautaires font état de liens avec la communauté, grâce à leur travail de proximité ou au mandat de leur centre de santé qui peut inclure la présence d'agents et la mise en place de stratégies de développement communautaire. La plupart des cliniques situées dans des centres de santé jouent également un rôle en matière de sensibilisation de la communauté et de promotion des habitudes de vie préventives. Ces cliniques ont des activités régulières de proximité qui comprennent le dépistage du diabète et du pré-diabète. Certaines cliniques rendent également visite aux écoles afin d'éduquer les enseignants d'élèves souffrant du diabète et quelques cliniques visiteront d'autres types d'établissements afin d'éduquer les personnes qui prodiguent des soins aux patients sur les soins à long terme.



Les résultats en diabète au Nouveau-Brunswick

selon les caractéristiques des services

Afin de préciser l'efficacité clinique, deux mesures d'impact ont été retenues dans le cadre de l'analyse.

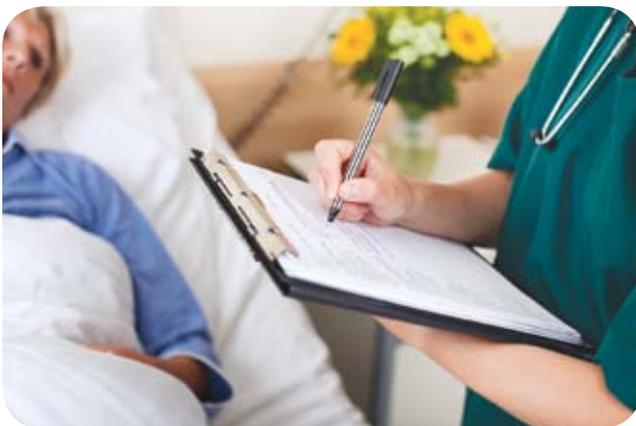
La première repose sur l'hémoglobine glyquée (A1c); il s'agit d'un test sanguin qui fournit une indication sur la façon dont la glycémie est contrôlée dans les trois mois précédant le test et peut indiquer la probabilité de développer certaines complications du diabète. Chez les patients qui souffrent de diabète, le taux cible de moins de 7 % est généralement recommandé, bien que, dans certains cas, un taux d'A1c se situant jusqu'à 8 % soit acceptable. On diagnostique un pré-diabète si le taux d'A1c se situe entre 6 % et 6,4 %; on diagnostique un diabète si le taux d'A1c dépasse 6,5 %.¹⁰ Dans le cadre du présent rapport, l'analyse a été effectuée en précisant deux indicateurs de bon contrôle, soit un taux d'A1c de moins de 7 % et un taux d'A1c se situant entre 6 et 8 %. Ce dernier taux élimine les personnes qui pourraient ne pas souffrir de diabète, mais qui ont eu accès à des services liés au diabète ou ont été inscrits par erreur au Registre des cas de diabète. Cela permet aussi d'inclure des cas dont le contrôle est acceptable bien qu'il ne soit

pas parfait et les cas dont le taux cible est supérieur à 7 %. La deuxième mesure s'appuie sur les hospitalisations portant sur des événements liés au diabète. Ces deux mesures d'impact de santé ont été utilisées afin de mesurer les différences entre :

1. La situation géographique (7 zones de santé¹¹) afin de déterminer les différences géographiques dans la qualité des soins liés au diabète.
2. Les patients qui souffrent de diabète qui ont participé à une éducation sur le diabète comparativement aux patients qui souffrent de diabète.
3. Les différents types de cliniques.

1. Les différences géographiques liées aux taux d'A1c

Identifier les différences géographiques en matière de rendement est une façon de souligner les inégalités en matière de services qui peuvent générer des inégalités sur le plan de la santé. L'information contenue dans la présente section pourrait renforcer l'information qui a déjà été recueillie par les Régies de la santé afin d'éclairer les activités liées à l'amélioration de la qualité sur le plan régional. Cela peut également aider à identifier les zones à haut rendement de sorte que l'analyse de leur contexte et de leurs processus puisse mener à une identification des bonnes pratiques.

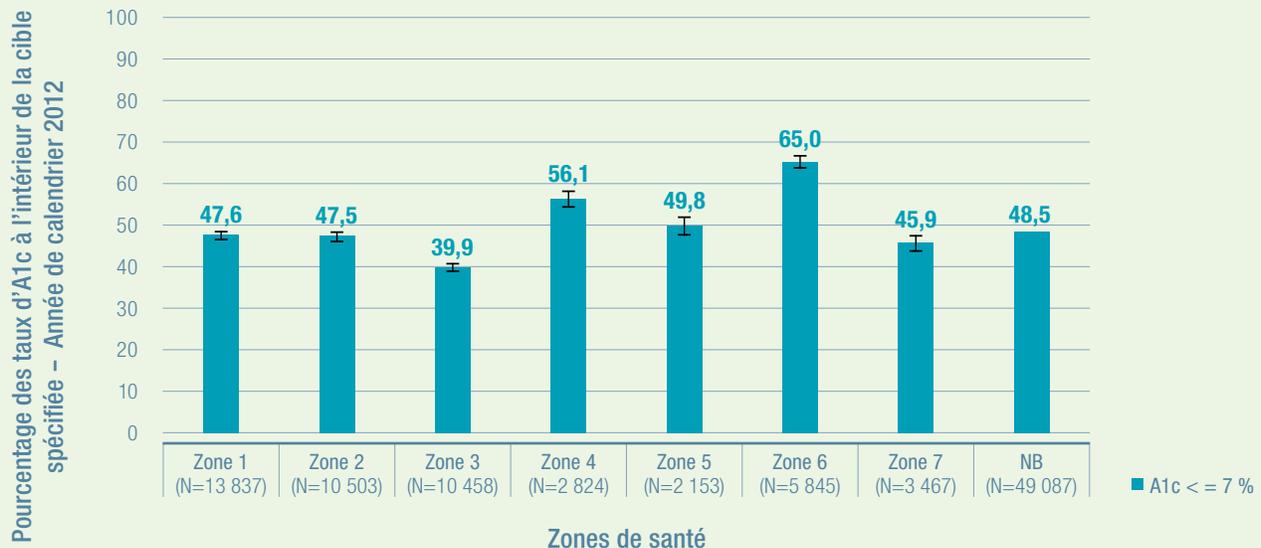


¹⁰ Goldenberg R, Punthakee Z. Definition, Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada : Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. Canadian Journal of Diabetes 2013; 37(suppl 1) : S8-S11.

¹¹ Consulter le glossaire pour une description complète des zones de santé.

Figure 3.

Pourcentage des personnes inscrites au registre du diabète, 2011 dont les taux d'A1c sont moins que ou égaux à 7 % (rectifié selon l'âge)



Parmi les adultes qui souffrent de diabète et qui se sont soumis à au moins un test de leur taux d'A1c en 2012, un peu plus de la moitié obtenait un taux supérieur à 7 %, la cible recommandée par le Guide de pratique 2013 de l'Association canadienne du diabète (**Figure 3**). La proportion qui atteignait la cible augmentait avec l'âge. L'écart entre le groupe d'âge des 20 ans à 34 ans et celui des 65 ans et plus était aussi élevé que 20 % (**Figure 5**). Ce résultat doit être interprété avec prudence cependant, étant donné que la proportion des sujets qui s'étaient soumise à au moins un test de leur taux d'A1c au cours de la période d'étude augmentait aussi avec l'âge. La proportion des 20 ans à 34 ans qui s'étaient soumise à un test représentait la moitié de celle des autres groupes d'âge. Le sous-ensemble des personnes plus jeunes qui s'étaient soumise à un test représente possiblement une population plus malade.

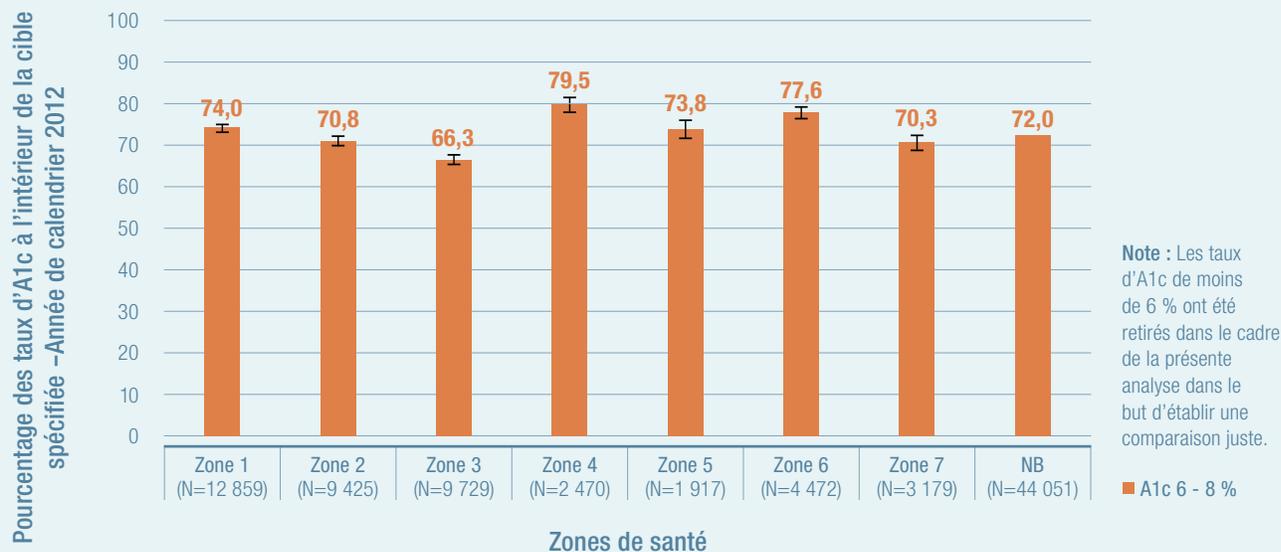
La proportion des personnes qui souffrent du diabète et qui ont atteint les cibles recommandées varie selon les zones de santé. Les Zones 4 et 6 affichaient une proportion sensiblement supérieure de patients dont le

taux d'A1c se situe à $\leq 7\%$ (**Figure 3**). Cette différence demeure vraie après rectification selon l'âge. Il est important de noter que les patients ont été affectés à une zone particulière selon l'emplacement du laboratoire où le patient s'est soumis à un test de son taux d'A1c.

Dans la présente analyse, le nombre total de patients qui souffrent de diabète s'éleve à 49 087, étant donné que 28 % des patients inscrits au Registre des cas de diabète ne se sont pas soumis à un test de leur taux d'A1c en 2012 et que les patients de 19 ans ou moins ont été retirés de l'analyse. Des intervalles de confiance, affichés comme barres d'erreur à la tête de chaque colonne du graphique, ont été utilisées pour démontrer à quel point les fluctuations au hasard des tests ont des chances d'avoir un effet sur les résultats. Les barres d'erreur affichent l'intervalle de confiance de 95 % et font voir l'écart de valeurs dans lequel se trouve le vrai chiffre 19 fois sur 20.

Figure 4.

Pourcentage des personnes inscrites au registre du diabète, 2011 dont les taux d'A1c se situent entre 6 % et 8 % (rectifié selon l'âge)



Dans la **Figure 4**, l'analyse par zone a été répétée, mais cette fois en choisissant d'identifier la proportion de patients dont le taux d'A1c se situait entre 6 % et 8 % parmi les patients qui souffrent de diabète en 2011. On avise les personnes qui souffrent de diabète de ne pas réduire leur taux d'A1c sous la barre des 6 %, étant donné les risques d'épisodes d'un taux de glycémie dangereusement bas. De sorte que les personnes qui sont inscrites au Registre des cas de diabète dont le taux d'A1c est de moins de 6 % peuvent y avoir été inscrites pour plusieurs raisons, notamment parce qu'elles se sont soumises à un test de dépistage dont le résultat s'est situé légèrement au-dessus du taux recommandé ou parce qu'elles y ont été inscrites par erreur. Les personnes qui souffrent de diabète qui conservent un taux d'A1c qui se situe entre 6 % et 8 % courent moins de risques de complications microvasculaires et macrovasculaires que celles dont les taux sont plus

élevés.^{12, 13} Par conséquent, les résultats par zone ont à nouveau été analysés à l'aide d'un taux d'A1c qui se situe entre 6 % et 8 % comme cible et en retirant de l'analyse les personnes dont le taux d'A1c est inférieur à 6 % (N=44 051). Cette comparaison fait voir qu'il est possible d'obtenir 80 % de patients qui souffrent de diabète avec des taux se situant entre 6 % et 8 %, et que cela pourrait être une référence réaliste de bonne performance. Encore une fois, les Zones 4 et 6 comptent la plus grande proportion de personnes qui souffrent de diabète dont les taux d'A1c se situent à l'intérieur de cette fourchette cible.

¹² Danielle C. Colayco, Fang Niu, Jeffrey S. McCombs, T. Craig Cheatham. A1c and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes: A nested case-control study. *Diabetes Care*. 2011 January; 34(1): 77-83. Published online 2010 October 11. doi: 10.2337/dc10-1318

¹³ Ali Imran, S., Rabasca-Lhoret, R. & Ross, S. Targets for Glycemic Control. *Canadian Journal of Diabetes*. 37 (2013) S31-34.

Figure 5.

Pourcentage des personnes dont les taux d'A1c sont moins que ou égaux à 7 % par catégorie d'âge



Figure 6.

Pourcentage des personnes dont les taux d'A1c sont entre 6 % et 8 % par catégorie d'âge



Note: Les taux d'A1c de moins de 6 % ont été retirés dans le cadre de la présente analyse dans le but d'établir une comparaison juste.

Tableau 1.

Caractéristiques de la zone de santé selon certains comportements, le statut socioéconomique, l'utilisation et les résultats en santé

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	NB
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour (%)†	32,9	30,2	31,8	38,5	36,5	*45,3	33,9	33,9
Activité physique durant les heures de loisir, modérément actif ou actif (%)†	*56,1	52,5	50,1	42,1	49,8	49,1	52,2	51,8
Fumeur actuel, quotidien ou occasionnel†	23,3	24,9	21,1	27	23,6	*17,2	21	22,7
Proportion des patients inscrits au Registre des cas de diabète qui visitent une clinique d'éducation sur le diabète en 2007-2011 (%)	41,7	34,5	50,5	62,0	52,8	49,5	56,0	45,5
Faible revenu (%)‡	14,7	17	16,4	20,2	25,3	21,4	16,7	17,2
Espérance de vie (à la naissance)								
CANSIM Tableau 102-4307	81,4	79,5	79,6	79,3	78,6	81,3	79,7	80,2

* statistiquement meilleur que la moyenne provinciale

Sources:

†Statistique Canada, Sondage sur la santé des collectivités canadiennes 2011-12, CANSIM Tableau 105-0502

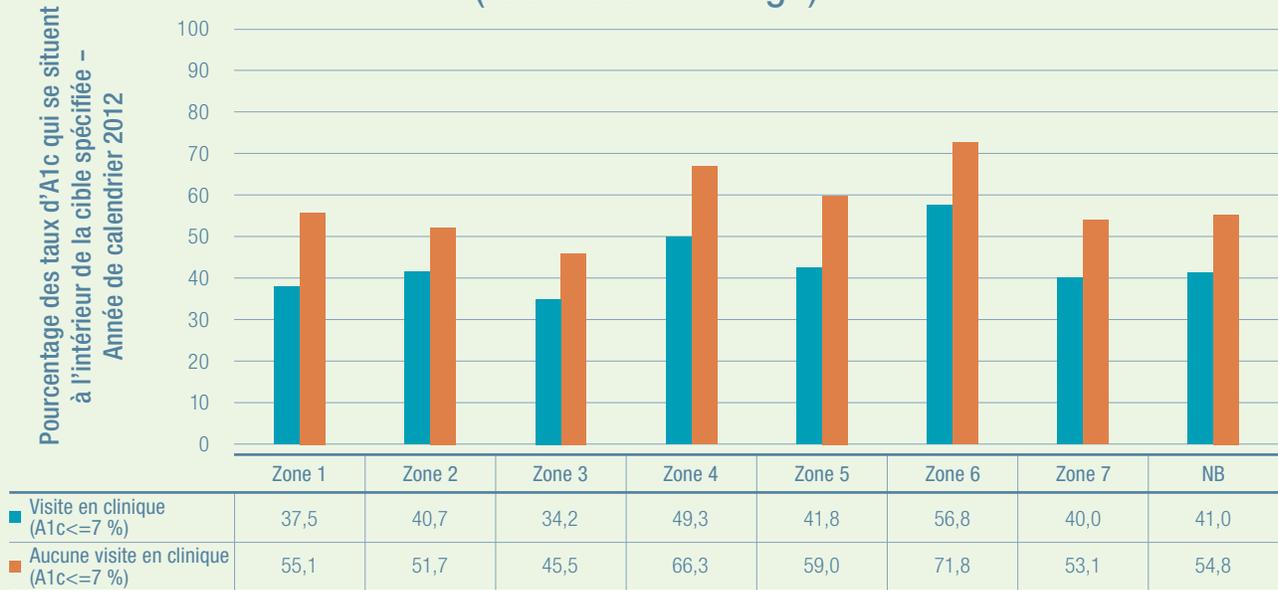
‡Statistique Canada, Sondage sur les ménages canadiens 2011. Calcul maison.

« Le pourcentage des ménages privés à faible revenu en 2010, selon une mesure de faible revenu après impôt (LIM-AT) » parmi « le total des ménages privés parmi les ménages privés en vertu de leur niveau de revenu »

Le **Tableau 1** présente certains déterminants clés de santé qui ont des chances d'influencer l'incidence du diabète et les résultats des soins liés au diabète. Un faible revenu peut notamment déterminer l'accès aux aliments sains, ce qui pourrait s'avérer important dans le développement et la gestion du diabète. Cela influence également la capacité du patient à se procurer les fournitures qui peuvent s'avérer nécessaires tels que les médicaments, les bandelettes de test de glucose et les autres items, comme les aiguilles et la pompe à insuline requises pour ceux qui ont besoin d'insuline. Dans plusieurs communautés, la prestation de soins de santé liés au diabète doit reposer sur une approche de toute la communauté qui soit orientée vers la santé de la population, la prévention des maladies et le soutien à ceux qui souffrent de maladies chroniques. Les Néo-Brunswickois doivent élargir leur façon d'aborder leur santé et, au-delà de simplement penser à traiter la maladie, pourraient agir sur la façon de promouvoir la santé et de la maintenir.

Figure 7.

Comparaison entre les personnes inscrites au registre du diabète qui reçoivent ou pas des soins accrus liés au diabète (2007-2011) (rectifié selon l'âge)



Note : Visite en clinique : N= 22 357 / Aucune visite en clinique : N= 26 730

Figure 8.

Comparaison entre les personnes inscrites au registre du diabète qui reçoivent ou pas des soins accrus liés au diabète (2007-2011) (rectifié selon l'âge)

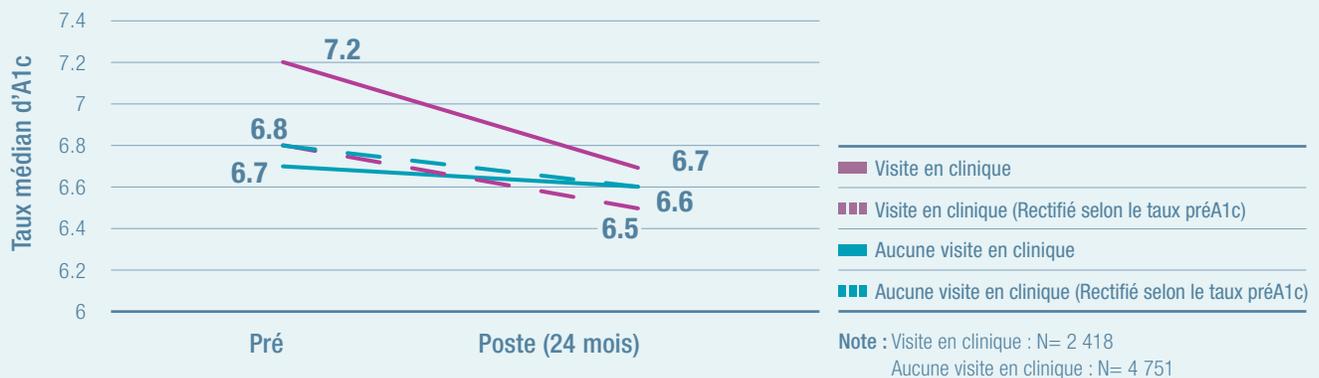


Note : Visite en clinique : N= 20 665 / Aucune visite en clinique : N= 23 386

Les taux d'A1c de moins de 6 % ont été retirés dans le cadre de la présente analyse dans le but d'établir une comparaison juste.

Figure 9.

Taux médian d'A1c des groupes de personnes qui souffrent du diabète qui visitent ou ne visitent pas une clinique après 2 ans, parmi les patients récemment diagnostiqués en 2007-2011



2. La comparaison entre les personnes qui reçoivent ou ne reçoivent pas de soins accrus liés au diabète

Compte tenu de la prévalence accrue et du fardeau des coûts associés au diabète, il est important de faire le meilleur usage des ressources disponibles. Les programmes de gestion des maladies chroniques ont été dispensés dans toute la province durant des années, mais l'efficacité clinique de ces programmes n'a pas été évaluée à ce jour. Dans cette section, les personnes inscrites au Registre des cas de diabète qui ont reçu des soins accrus liés au diabète sont comparées à celles qui n'ont pas reçu de tels soins dans la province de 2007 à 2011. Les résultats d'ensemble par zone si l'on compare les personnes qui visitent une clinique par rapport à celles qui ne visitent pas de clinique ont donné des configurations similaires par zone (**Figures 7 et 8**). Il semble que les patients qui ne visitent pas de clinique sont plus susceptibles que les patients qui se rendent en clinique d'atteindre des taux d'A1c qui se situent dans la fourchette cible, même après rectification selon l'âge. Cependant, ceci peut s'expliquer par des cliniques qui ont traditionnellement été mises en place dans le but de traiter des patients souffrant de diabète complexe ou les patients qui souffrent de diabète qui ont de la difficulté à gérer leur diabète, c'est-à-dire ces patients qui ont moins de chances d'atteindre les cibles de taux d'A1c. Pour vérifier cela, seulement les patients nouvellement

inscrits au Registre des cas de diabète de 2007 à 2011 ont été choisis. Ceux qui ont visité une clinique (N=2 418) ont ensuite été comparés à ceux qui n'avaient pas visité de clinique (N= 4 751). Il a été trouvé que les deux groupes ont obtenu des diminutions importantes de leurs taux d'A1c ($p < 0.001$) sur le plan statistique, mais que ceux qui visitent une clinique ont des taux de départ d'A1c plus élevés et obtiennent de plus grandes diminutions plus rapidement que ceux qui ne visitent pas de clinique (**Figure 9**). En outre, lorsque les groupes clinique ont été assortis avec les groupes aucune clinique par catégories de niveaux A1c au début de la période de 2 ans (<6 %), (6-8 %), (> 8 et <= 9 %) et (> 9 %), les cliniques semblent atteindre des réductions plus importantes dans les niveaux de glycémie dans les catégories d'A1c inférieur et dans la plus haute catégorie de niveau de A1c (> 9 %). Dans la catégorie de 8 à 9 %, ils semblent montrer des réductions similaires. Comme les effets à long terme du diabète sont associés à des taux de glycémie plus élevés sur de plus longues périodes de temps, cet effet de visite en clinique peut s'avérer important dans la diminution du fardeau du diabète.

Figure 10.

Pourcentage des personnes dont les taux d'A1c se situent entre 6 % et 8 % du registre du diabète, 2011 et au moins 1 visite en clinique en 2007-2011 (rectifié selon l'âge)

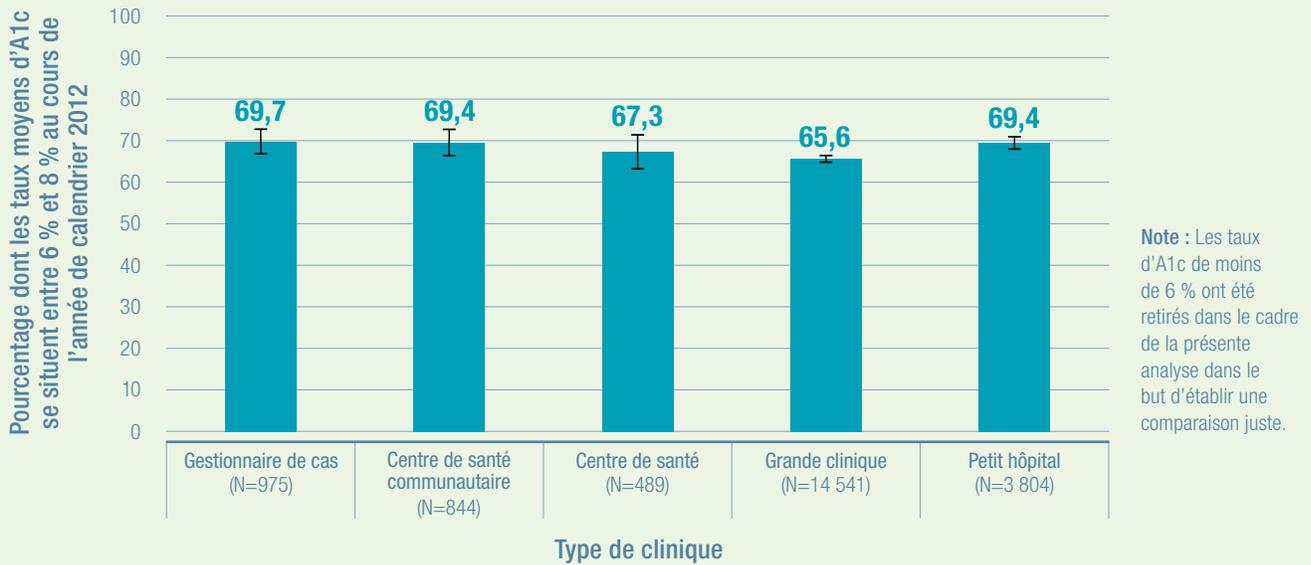
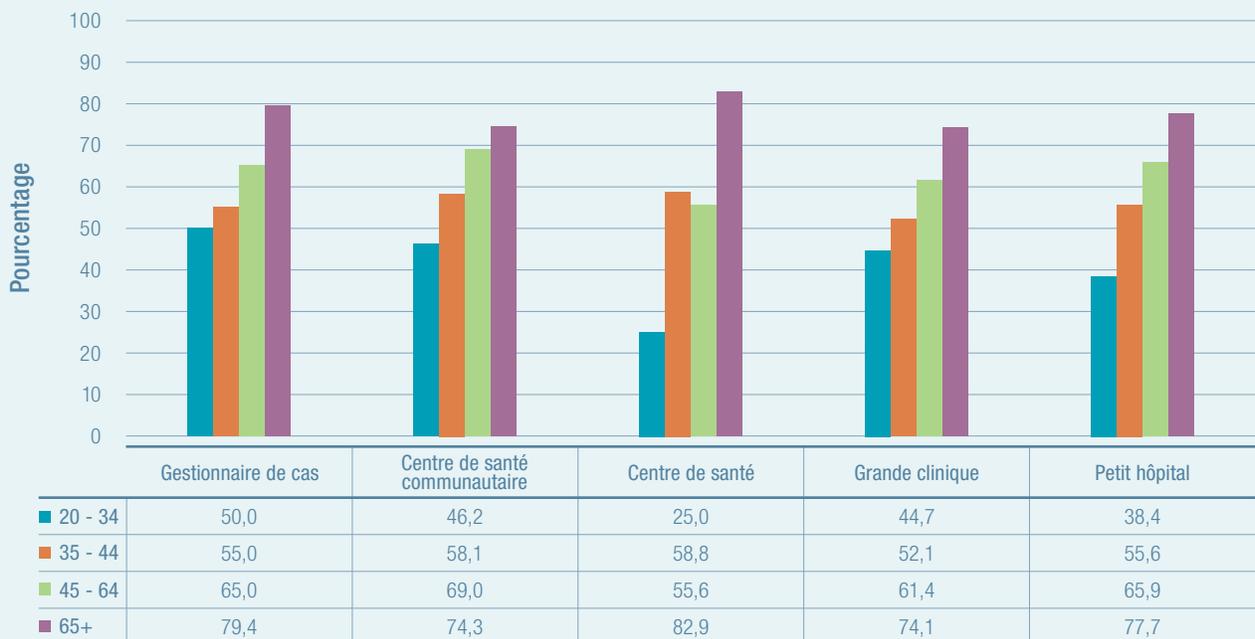


Figure 11.

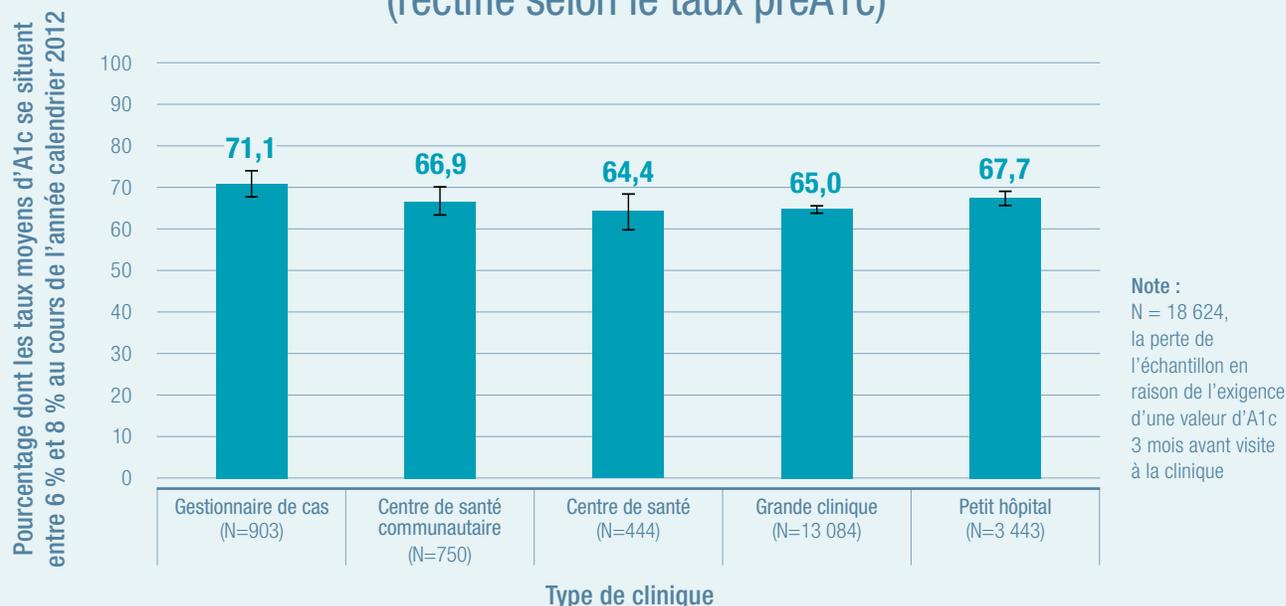
Pourcentage des personnes dont les taux d'A1c se situent entre 6 % et 8 % par catégorie d'âge



Note: Les taux d'A1c de moins de 6 % ont été retirés dans le cadre de la présente analyse dans le but d'établir une comparaison juste.

Figure 12.

Pourcentage des personnes dont les taux d'A1c se situent entre 6 % et 8 % du registre du diabète, 2011 et au moins 1 visite en clinique en 2007-2011 (rectifié selon le taux préA1c)



3. Les résultats selon les types de cliniques

Les résultats ont été analysés selon le type de cliniques afin de fournir une orientation en ce qui a trait à quel type de cliniques fournirait une meilleure qualité de soins. Les résultats de la présente analyse pourraient contribuer à la planification et à la prise de décision. Il est important de noter que les patients de pédiatrie et le type clinique pédiatrique ont été exclus de cette analyse.

Trois mesures d'impact ont été utilisées afin de comparer le rendement de cinq types de cliniques : la proportion des personnes qui souffrent de diabète qui avaient fait au moins une visite en clinique et dont les taux d'A1c se situent entre 6 % et 8 %, les différences moyennes et médianes des taux d'A1c dans les trois mois précédant leur première visite en clinique et dans l'année suivant cette visite, et la différence du nombre de visites de patients à l'hôpital durant l'année précédant leur première visite en clinique et durant l'année subséquente.

La **Figure 10** fait voir qu'il y a très peu de variations dans la proportion de patients qui visitent une

clinique et dont les taux d'A1c se situaient entre 6 % et 8 %. Les proportions sont rectifiées selon l'âge afin d'éliminer l'effet des différences dans la structure d'âge des personnes qui visitent une clinique (**Tableau 2**). Les gestionnaires de cas semblent obtenir les meilleurs résultats et les grandes cliniques, les pires. Il se peut cependant que chaque clinique attire un type différent de patient, alors que les grandes cliniques attirent les cas plus compliqués. Noter que les patients qui ont visité plus d'une clinique durant la période en question ont été assignés à un type particulier de clinique selon leur plus récente visite.

Les grandes cliniques ont la plus faible proportion de patients qui atteignent un taux d'A1c se situant entre 6 % et 8 % et ceci demeure vrai même après rectification selon à la fois l'âge et l'année de détection (**Tableau 3 et la Figure 10**). Après rectification selon le taux d'A1c au début de la prestation de service, la proportion de patients atteignant la cible clinique a diminué. (**Figure 12**)

Tableau 2.

Profils des patients et caractéristiques cliniques selon le type de clinique (2007-2011)

(N= 20 653)	Grandes cliniques	Petits hôpitaux	Centres de santé communautaires	Centres de santé	Gestionnaires de cas
Catégorie d'âge (%)					
20-34	3,8	1,9	1,5	0,8	0,6
35-44	7,5	6,3	5,1	3,5	4,1
45-64	48,1	49,4	45,9	44,2	44,0
65 +	40,5	42,4	47,5	51,5	51,3
Genre (%)					
Femme	48,3	49,4	48,0	46,6	45,2
Homme	51,7	50,6	52,0	53,4	54,8
Année de détection du diabète (%)					
1996 ou plus tôt	17,5	15,5	17,7	13,3	14,9
1997 - 2001	23,8	21,4	22,7	29,0	23,1
2002 - 2006	26,1	29,5	27,4	24,7	27,0
2007 - 2011	32,6	33,6	32,2	32,9	35,1
Catégorie des taux moyens d'A1c avant la première visite en clinique (%)					
moins de 6 %	3,0	3,1	6,7	6,3	1,1
6 % à moins de 8 %	53,2	56,6	55,8	61,1	58,9
8 % à moins de 9 %	18,1	17,4	15,6	16,2	21,9
9 % ou plus	25,8	23,0	22,0	16,6	18,2
Nombre moyen de visites médicales par patient en 2011	8,8	8,2	7,5	8,1	8,8
Nombre moyen de visites en clinique par patient en 2011	2,4	2,6	1,8	1,9	1,9

Degré d'atteinte : Faible-Moyen-Élevé

Éléments d'une pratique axée sur la personne	Grandes cliniques	Petits hôpitaux	Centres de santé communautaires	Centres de santé	Gestionnaires de cas
Apprendre à connaître la personne derrière le patient	faible-élevé	moyen-élevé	élevé	moyen-élevé	élevé
Partager le pouvoir et la responsabilité	faible-élevé	moyen-élevé	moyen-élevé	moyen-élevé	élevé
Accessibilité et flexibilité	faible-élevé	faible-élevé	moyen-élevé	faible-élevé	élevé
Coordination et intégration	faible-élevé	moyen-élevé	élevé	moyen-élevé	élevé
Environnements	faible-élevé	faible-élevé	moyen-élevé	moyen-élevé	faible-élevé

La fréquence des visites à l'hôpital liées à des conditions propices à des soins ambulatoires propres au diabète (**Annexe B**) a été calculée pour chaque type de cliniques au cours de la période d'un an avant et d'un an après la première visite en clinique. Les conclusions ont révélé des diminutions dans les cas des grandes cliniques, des petits hôpitaux et des centres de santé communautaires. Pour ce qui est des centres de santé et des gestionnaires de cas, les données ne sont pas fiables puisque le nombre de cas est très petit (**Tableau 3**). Ces conclusions concordent

avec l'examen systématique effectué par Gruen et al¹⁴ qui a trouvé qu'on associe le spécialiste de proximité à un moins grand usage de services hospitaliers, lorsqu'il fait partie d'interventions complexes à multiples facettes impliquant une collaboration avec des spécialistes en soins primaires, en éducation et d'autres services. Les auteurs notent que les résultats doivent être interprétés avec prudence puisque les hospitalisations pour des conditions propices à des soins ambulatoires propres au diabète peuvent être influencées par divers facteurs, comme l'accessibilité et

Tableau 3.

Résultats

	Grandes cliniques	Petits hôpitaux	Centres de santé communautaires	Centres de santé	Gestionnaires de cas
% présentant un taux d'A1c entre 6 % et 8 % (non rectifié) N= 20 653	65,19	69,72	70,62	69,53	71,9
% présentant un taux d'A1c entre 6 % et 8 % (rectifié pour les années de détection et l'âge) N= 20 653	65,81	68,94	68,92	67,19	69,14
% présentant un taux d'A1c entre 6 % et 8 % (rectifié selon le pré taux d'A1c) N= 18 624	65,03	67,68	66,94	64,36	71,06
Différence médiane entre [taux moyen d'A1c dans les trois mois précédant la première visite en clinique] et [taux moyen d'A1c 1 an après la première visite en clinique] (non rectifié) N= 9 611	↓0,30	↓0,40	↓0,33	↓0,10	↓0,40
Différence médiane entre [taux moyen d'A1c dans les trois mois précédant la première visite en clinique] et [taux moyen d'A1c 1 an après la première visite en clinique] (rectifié selon le pré taux d'A1c) N= 9 611	↓0,30	↓0,40	↓0,40	↓0,15	↓0,40
Différence moyenne entre [taux moyen d'A1c dans les trois mois précédant la première visite en clinique] et [taux moyen d'A1c 1 an après la première visite en clinique] (non rectifié) N= 9 611	↓0,72	↓0,74	↓0,75	↓0,24	↓0,70
Différence moyenne entre [taux moyen d'A1c dans les trois mois précédant la première visite en clinique] et [taux moyen d'A1c 1 an après la première visite en clinique] (rectifié selon le pré taux d'A1c) N= 9 611	↓0,68	↓0,80	↓0,75	↓0,45	↓0,82
% de changement du taux d'admission à l'hôpital par 1 000 mois-patient, 1 an avant et après la première visite en clinique N= 10 846	Pre: 3,43	Pre: 2,34	Pre: 4,02	F	F
	Post: 1,56	Post: 1,79	Post: 1,20		
	↓54,7 %	↓23,4 %	↓70,0 %		

Note : F Trop peu fiable pour être publiée (moins de 5 cas par cellule).

la disponibilité de lits d'hôpital, les habitudes de vie de la population/le statut socioéconomique, les habitudes de pratique du médecin, la tendance de la population à avoir recours à des ressources en soins de la santé et la prévalence de maladies¹⁵. Par ailleurs, compte tenu du laps de temps utilisé pour évaluer le changement du

pourcentage des admissions à l'hôpital et des facteurs qui peuvent contribuer à des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices à des soins ambulatoires, il est estimé que d'autres recherches sont requises afin d'étudier cette mesure d'impact à plus long terme.

Le coût des soins

La comparaison des coûts entre les huit grandes cliniques est basée sur les données des Systèmes de gestion de l'information liées au coût de leurs ressources humaines et les données sur le nombre de visites en clinique. Parmi les 29 autres cliniques, les données spécifiques aux visites et aux coûts associés au diabète ne sont pas enregistrées sur une base régulière de façon normalisée, de sorte qu'elles n'ont pu être utilisées à des fins de comparaison. Les données administratives des huit grandes cliniques ont été utilisées pour valider les données des Systèmes de gestion de l'information. Les données les plus impartiales

disponibles étaient celles des grandes cliniques qui ont recours aux données des Systèmes de gestion de l'information.

Les coûts des ressources humaines des huit grandes cliniques s'établissent entre 33 \$ et 158 \$ la visite en 2012. Les coûts ne sont pas liés à la qualité comme le font voir les résultats en santé. Ainsi, la clinique dont les coûts par visite sont les plus bas faisait état de la plus forte proportion de patients dont le taux d'A1c se situe entre 6 % et 8 %.

¹⁴ Gruen RL, Weeramanthi TS, Knight SS, Bailie RS (2003). 'Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings (Cochrane Review)'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4, article CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.

¹⁵ Md Monir Hossain, James Laditka. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. *International Journal of Health Geographics*, 2009, Volume 8, Number 1, Page 51.



À quoi ressemblent les cliniques plus efficaces au Nouveau-Brunswick

L'efficacité des cliniques d'éducation sur le diabète a été mesurée à l'aide de deux mesures des résultats en matière de santé : la proportion des patients dont le taux d'A1c se situe entre 6 % et 8 % et la proportion de patients qui ont été hospitalisés en raison de maladies liées au diabète. Puis les cliniques ont été classées selon leur appariement au Modèle élargi de soins de maladies chroniques et leur degré d'approche holistique et centrée sur le patient, selon les résultats des entrevues avec le personnel des cliniques.

Dans la documentation, ces attributs d'organisation d'une clinique sont liés aux bons résultats chez les patients. L'information sur les coûts dans les huit plus grandes cliniques a été utilisée pour indiquer l'efficacité.

La clinique la plus efficace en matière d'atteinte des taux cibles d'A1c était très centrée sur le patient, affichait les coûts les plus bas et proposait une approche client holistique, disposait d'un haut niveau de coordination interne et externe ainsi que d'un degré élevé d'accessibilité et de flexibilité permettant de répondre aux besoins des patients. La même clinique est grandement impliquée dans l'éducation sur le diabète dans sa zone et son réseautage dans sa zone semble être très solide : toutes les cliniques de cette zone, y compris les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires partagent les meilleures pratiques, les processus, les lignes directrices et les outils d'éducation sur le diabète.

Dans la zone avec le deuxième meilleur résultat au niveau d'A1c, deux des principaux centres où les patients reçoivent des soins de diabète ont des programmes d'assurance de la qualité formelle. L'un d'eux est un grand centre médical qui utilise son système de DME pour générer des données pour les activités d'assurance de la qualité. L'autre est la principale clinique de l'hôpital qui a l'agrément d'un organisme extérieur. Pour obtenir l'accréditation, la clinique doit mettre en œuvre un certain nombre de processus visant à améliorer la qualité des soins, y compris l'utilisation de leur système de DME dans l'évaluation régulière des résultats et des activités d'assurance de la qualité.

La clinique dont les coûts par visite étaient les plus élevés avait la deuxième plus faible proportion de patients dont le taux d'A1c se situait entre 6 % et 8 % et comptait une pratique centrée sur le patient de niveau moyen. Bien qu'elle ait un haut niveau de coordination et d'intégration de son équipe interne, la coordination et l'intégration avec les membres d'équipes externes étaient plus faibles. L'accessibilité, la flexibilité et aborder les problématiques auxquelles sont confrontés les patients reliés aux déterminants sociaux de la santé semblent poser un plus grand défi.

Les zones qui présentent un meilleur rendement disposaient d'au moins une ou deux cliniques d'éducation sur le diabète qui obtenaient de meilleurs résultats et toutes les cliniques de ces zones affichaient

des niveaux élevés ou moyens en ce qui a trait aux éléments suivants :

- Une *relation forte* entre le clinicien, le patient et les soignants afin d'apprendre à connaître la personne derrière le diagnostic.
- Une équipe qui se concentre sur *la réponse aux besoins individuels des patients et clients* en étant sensible à leurs valeurs, leurs préférences et leurs besoins exprimés. Cela implique que l'on se concentre sur une information donnée au patient qui soit opportune, complète et précise et ce, d'une manière qui permette aux patients de faire des choix éclairés au sujet de leurs soins. Le modèle organisationnel et culturel favorise une approche axée sur le patient.
- Une bonne *accessibilité et flexibilité* dans la prestation de services. Cela comprend des heures d'affaires qui conviennent aux patients, en adaptant les heures à des patients spécifiques au besoin, à encourager les patients à communiquer avec la clinique entre deux rendez-vous si nécessaire par téléphone ou par courriel et à permettre des visites sans rendez-vous. S'assurer de jumeler le bon service ou fournisseur de services au patient.
- Une *bonne coordination et intégration* des membres de l'équipe interne ainsi que des membres de l'équipe externe. Chaque patient se voit affecté à une personne-ressource clé ou à un gestionnaire de cas qui travaille avec le patient et les autres membres de l'équipe afin de diminuer les chevauchements, de maximiser les résultats et d'offrir au patient une expérience positive. Les membres d'équipe se considèrent comme faisant partie d'un environnement de soins plus étendu et travaillent avec les autres fournisseurs de services et les autres systèmes afin de prodiguer des soins continus.

Dans l'ensemble, les centres communautaires de santé et les gestionnaires de cas ont affiché de meilleurs résultats et dans la majorité de ces deux types de services, on a mis de l'avant les éléments d'une pratique centrée sur le patient à un degré élevé. Dans ces deux types de services, le médecin de famille a tendance à être mieux intégré à titre de membre externe de l'équipe et est responsable de prendre les décisions importantes, dont les recommandations et les ajustements à la médication liée au diabète.



Glossaire

A1c : Hémoglobine glyquée :

Test sanguin qui affiche le taux moyen de glycémie au cours des deux à trois derniers mois. Le test mesure le pourcentage d'hémoglobine chargée de sucre.

Atteinte des cibles recommandées :

Hémoglobine glyquée dont le taux se situe en-deçà de 1 % de la limite supérieure de la fourchette normale définie comme étant un taux de glycémie qui se situe entre 6 % et 8 %.^{16, 17, 18}

Centres de santé communautaires :

Ils fournissent des services de soins primaires de santé, de prévention des maladies et des blessures accidentelles, de gestion des maladies chroniques, ainsi que des services de développement communautaire, grâce à une approche de promotion de la santé de la population et ce, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire de fournisseurs de soins.

Centre de services de santé :

Il fournit des soins infirmiers et un soutien administratif à des médecins rémunérés à l'acte, dans le cadre d'une pratique administrative.

Équité en matière de santé :

Fait référence à l'étude des différences dans la qualité de la santé et des soins de santé chez les diverses populations¹⁹. Ces différences peuvent comprendre des différences dans « la présence de maladies, les résultats en santé ou l'accès aux soins de santé » chez tous les groupes raciaux, ethniques et socioéconomiques et parmi toutes les orientations sexuelles. Dans le même ordre d'idées, on peut utiliser le terme « disparités » plutôt que « différences » pour faire part d'une évaluation morale.

Registre des cas de diabète au Nouveau-Brunswick :

Il identifie le diabète en fonction du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) et des données en laboratoire des taux d'A1c. Le SCSMC utilise des données administratives qui respectent une ou les deux des conditions suivantes :

1. Avec les données du régime d'assurance-maladie, deux déclarations dans une période de deux ans qui identifient le diabète comme raison de la visite, ou
2. Une admission à l'hôpital (données de la Base de données sur le congé des patients - BDCP) faisant état d'un diagnostic de diabète (ex. : code de la CIM9 250.x), qu'il en soit ou non la cause première de l'admission.

Zone (Zone de santé)

Le Nouveau-Brunswick compte sept zones (régions sociosanitaires) définies par Statistique Canada et ces zones sont actuellement utilisées pour établir les rapports statistiques de la population. Les établissements de santé dans la zone 4 (Région de Madawaska/Nord-ouest), la zone 5 (Région de Restigouche) et la zone 6 (Région de Bathurst/Péninsule acadienne) sont gérés par le Réseau de santé Vitalité. Les établissements de santé dans la zone 2 (Région de Fundy/Saint John), la zone 3 (Région de Fredericton et la vallée) et la zone 7 (Région de Miramichi) sont gérés par le Réseau de santé Horizon. Les établissements de santé dans la zone 1 (Région de Moncton/Sud-est) sont gérés soit par le Réseau de santé Vitalité ou le Réseau de santé Horizon.

¹⁶ Cheung NW, Yue DK, Kotowicz MA, Jones PA, Flack JR. A comparison of diabetes clinics with different emphasis on routine care, complications assessment and shared care. *Diabet Med.* 2008 Aug;25(8):974-8

¹⁷ Ali Imran, S., Rabasca-Lhoret, R. & Ross, S. *Targets for Glycemic Control. Canadian Journal of Diabetes.* 37 (2013) S31-34.

¹⁸ Danielle C. Colayco, Fang Niu, Jeffrey S. McCombs, T. Craig Cheatham. *A1c and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes: A nested case-control study. Diabetes Care.* 2011 January; 34(1): 77-83. Publié en ligne le 11 octobre 2010. doi: 10.2337/dc10-1318

¹⁹ "Glossary of a Few Key Public Health Terms". Office of Health Disparities, Colorado Department of Public Health and Environment. Retrieved 13 January 2014.

Zone 1 : Région de Moncton/Sud-est

Carleton, Acadieville, Saint-Louis, Saint-Louis-de-Kent, Saint-Charles, Richibouctou, Indian Island, Rexton, Elsipogtog, Weldford, Huskisson, Hartcourt, Saint-Paul, Saint Mary, Saint-Antoine, Dundas, Buctouche, Bouctouche, Wellington, Salisbury, Petitcodiac, Moncton, Coverdale, Riverview, Dieppe, Shediac, Memramcook, Dorchester, Beaubassin East/Beaubassin-est, Sackville, Westmorland, Port Elgin, Botsford, Cap-Pelé, Fort Folly, Hillsborough, Elgin, Hopewell, Riverside-Albert, Harvey, Alma
(Zone 1: Moncton/South-East area)

Zone 2 : Région de Fundy/Saint John

Brunswick, Havelock, Cardwell, Sussex Corner, Sussex, Studholm, Waterford, Hammond, Saint Martin's, Upham, Norton, Hampton, Springfield, Johnston, Wickham, Hampstead, Kars, Petersville, Greenwich, Kingston, Quispamsis, Rothesay, Simonds, Grand Bay-Westfield, Westfield, Saint John, Musquash, Lepreau, Pennfield, Clarendon, Blacks Harbour, Grand Manan, Campobello, West Isles, Saint George, Saint Andrews, Saint Patrick, Saint Croix, Dumbarton, Saint James, Dufferin, Saint Stephen (Zone 2: Fundy Shore/Saint John area)

Zone 3 : Région de Fredericton et la vallée

Blissfield, Ludlow, Doaktown, Maugerville, Northfield, Minto, Chipman, Waterborough, Sheffield, Canning, Cambridge, Cambridge-Narrows, Gagetown, Lincoln, Oromocto, Burton, Fredericton Junction, Tracy, Gladstone, Blissville, McAdam, Manners Sutton, Harvey, Canterbury, North Lake, Dumfries, Prince William, Kingsclear, New Maryland, Fredericton, Saint Mary's, Queensbury, Nackawic, Southampton, Meductic, Millville, Bright, Devon, Douglas, Stanley, Richmond, Woodstock, Northampton, Wakefield, Hartland, Brighton, Peel, Simonds, Wilmot, Florenceville, Centreville, Wicklow, Bath, Bristol, Aberdeen, Kent, Andover, Aroostook, Tobique, Perth, Plaster Rock, Gordon, Denmark, Lorne
(Zone 3: Fredericton/River Valley area)

Zone 4 : Région de Madawaska/Nord-ouest

Saint-François, Saint-François de Madawaska, Clair, Lac Baker, Baker Brook, Saint-Hilaire, Edmundston, Saint-Basile, Saint-Jacques, Saint-Joseph, Rivière-Verte, Madawaska, Sainte-Anne, Saint-Anne-de-Madawaska, Notre-Dame-de-Lourdes, Saint-Léonard, Saint-André, Drummond, Grand Falls/Grand-Sault, Saint-Quentin, Grimmer, Kedgwick, Madawaska
(Zone 4: Madawaska/North-West area)

Zone 5 : Région de Restigouche

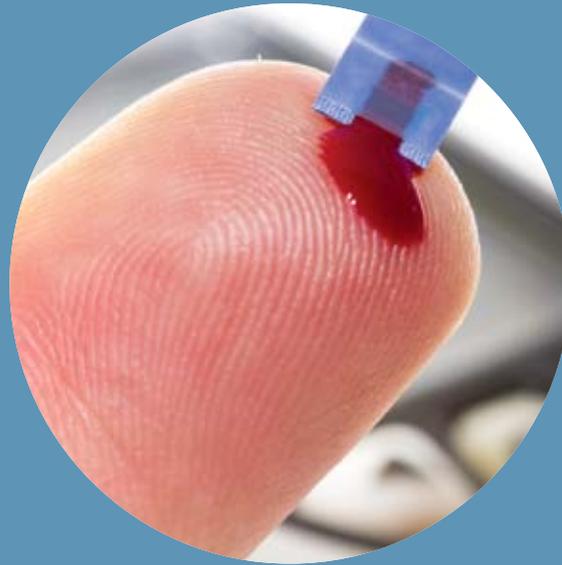
Eldon, Addington, Atholville, Balmoral, Tide Head, Campbellton, Dalhousie, Indian Ranch, Eel River, Charlo, Eel River Crossing, Colborne, Durham, Belledune, Eel River Bar
(Zone 5: Restigouche area)

Zone 6 : Région de Bathurst/Péninsule acadienne

Pointe-Verte, Petit Rocher, Nigadoo, Beresford, Bathurst, Pabineau, New Brandon, Bertrand, Paquetville, Saint-Léolin, Grande-Anse, Maisonnette, Allardville, Saumarez, Tracadie-Sheila, Saint-Isidore, Inkerman, Caraquet, Bas-Caraquet, Le Goulet, Shippagan, Sainte-Marie-Saint-Raphaël, Lamèque
(Zone 6: Bathurst/Acadian Peninsula area)

Zone 7 : Région de Miramichi

Northesk, Big Hole, Red Bank, Southesk, Newcastle, Miramichi, Alnwick, Chatham, Burnt Church, Neguac, Tabusintac, Hardwicke, Glenelg, Eel Ground, Nelson, Derby, Rogersville, Blackville, Metepenagiag
(Zone 7: Miramichi area)



Annexe B :

Méthodologie

Deux mesures d'impact ont été retenues pour déterminer l'efficacité clinique dans le cadre de cette analyse.

La première repose sur l'hémoglobine glyquée (A1c); il s'agit d'un test sanguin qui fournit une indication sur la façon dont la glycémie est contrôlée dans les trois mois précédant le test et peut indiquer la probabilité de développer certaines complications du diabète. La deuxième mesure s'appuie sur les hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire propres au diabète. Ces deux mesures d'impact de santé ont été choisies afin de mesurer les différences entre :

1. La situation géographique (7 Zones de santé²⁰)
2. Les patients qui reçoivent ou qui ne reçoivent pas de soins accrus liés au diabète
3. Les types de cliniques.

Sources des données :

La principale source de données du présent rapport est le Registre des cas de diabète au Nouveau-Brunswick. Il identifie le diabète selon la formule du Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) et les données en laboratoire des taux d'A1c.

Le SNSMC fait usage de données administratives qui respectent une ou les deux conditions suivantes :

1. Les données du régime d'assurance-maladie, deux déclarations durant une période de deux ans qui identifient le diabète comme raison de la visite, ou
2. Une admission à l'hôpital (données de la Base de données sur le congé des patients - BDCP) faisant état d'un diagnostic de diabète (ex. : code de la CIM9 250.x), qu'il en soit ou non la cause première de l'admission.

Source de données 1.

Les données administratives des Régies régionales de la santé

Cette source de données comprend la liste des patients des Régies régionales de la santé qui ont visité une clinique ou un centre d'éducation sur le diabète, de 2007 à 2011. Elle comprend tous les patients qui ont été affectés à un centre fonctionnel dédié aux cliniques de diabète ou aux centres d'éducation, de 2007 à 2011 et ce, à partir de l'interface du Module d'admission de chaque établissement de la province. Les champs des données comprennent : un code de centre clinique fonctionnel, un numéro d'assurance-maladie (à des fins de lien seulement), la date de la visite, la raison de la visite. Les propriétaires de ces centres dans chaque zone ont procédé à la validation de l'exactitude de l'information et ont signé pour autoriser la divulgation de l'information. Il manquait certaines données dans cinq des 37 points de service, mais cela représente moins de 1 % des visites en clinique.

Source de données 2.

Le dépositaire des données en laboratoire

Le ministère de la Santé conserve en dépôt les tests de routines en laboratoire de tous les laboratoires de la province du Nouveau-Brunswick. Cette source de données a été utilisée afin de lier des mesures spécifiques de taux d'A1c à tous les patients du Registre et aux patients qui se rendent à des cliniques. Les patients qui visitent des cliniques et qui n'apparaissent pas au Registre ont pu être liés à une mesure du taux d'A1c. Cette source de données a aussi servi à affecter les patients à une zone géographique de santé. Les données en dépôt couvrent la période de janvier 2001 à décembre 2012.

²⁰ Consulter le glossaire pour une description complète des zones de santé.

Source de données 3.

La Base de données sur le congé des patients

La Base de données sur le congé des patients contient des données liées aux services. Cette base de données a été utilisée pour lier les patients qui souffrent du diabète aux visites à l'hôpital. Le numéro d'assurance-maladie quant à lui a été utilisé pour lier chaque visite à l'hôpital par patient de 2007 à 2011. Les champs des données couvrent le numéro d'assurance-maladie du patient (à des fins de lien seulement) la date de naissance et le genre (pour valider l'appariement), la date d'admission, la durée du séjour, la raison de la visite, la pondération de la teneur en ressources et le code du diagnostic primaire. La classification dans le cas d'admission liée au diabète a été définie en utilisant la classification des codes spécifiques du diabète de l'ICIS lié aux conditions propices au traitement ambulatoire²¹.

Source de données 4.

Le Registre d'inscription de l'Assurance-maladie

Le Registre d'inscription de l'Assurance-maladie comprend des renseignements que requiert le ministère de la Santé pour rembourser les médecins dans les cas de services de santé assurés. Cela inclut l'identification du patient, le lieu où le service a été rendu et les codes de facturation des services qui ont été rendus. Les données sur le patient, qui ont été comparées à celles du Registre des cas de diabète de 2007 à 2012, ont été utilisées pour lier les renseignements sur la visite aux patients respectifs à des fins d'évaluation. Le numéro d'assurance-maladie a été utilisé pour lier les renseignements sur la visite au patient souffrant de diabète en fonction de l'analyse requise. Les données qui identifient les médecins n'ont pas été recueillies aux fins du présent projet. Les champs de données comprennent le numéro d'assurance-maladie du patient (à des fins de lien), la date de naissance, le genre (pour valider l'appariement), la date de la visite, la raison de la visite.

Codes ICD- 9-CM	Description ICD-9-CM	Codes ICD-10-CA	Description ICD-10-CA
250.0	Diabetes mellitus (DM) avec mention de complications	E10.0^^	Type 1 DM avec coma
250.1	Diabète avec acidocétose	E10.1^^	Type 1 DM avec acidocétose
250.2	Diabète avec hyperosmolalité	E10.63	Type 1 DM avec hypoglycémie
250.8	Diabète avec d'autres spécifications précisées	E10.9^^	Type 1 DM sans (mention de) complications
		E11.0^^	Type 2 DM avec coma
		E11.1^^	Type 2 DM avec acidocétose
		E11.63	Type 2 DM avec hypoglycémie
		E11.9^^	Type 2 DM sans (mention de) complications
		E13.0^^	Autres DM précisés avec coma
		E13.1^^	Autres DM précisés avec acidocétose
		E13.63	Autres DM précisés avec hypoglycémie
		E13.9^^	Autres DM précisés sans (mention de) complications
		E14.0^^	DM non précisé sans coma
		E14.1^^	DM non précisé avec acidocétose
		E14.63	DM non précisé avec hypoglycémie
		E14.9^^	DM non précisé sans (mention de) complications

²¹ Institut canadien d'information sur la santé. Note technique : *Conditions propices aux soins ambulatoires*. Ottawa (ON): L'Institut; 2010; Disponible : www.cihi.ca/CIHI-extportal/pdf/internet/DEFINITIONS_052010_EN (consulté le 15 janvier 2012)

Source de données 5.

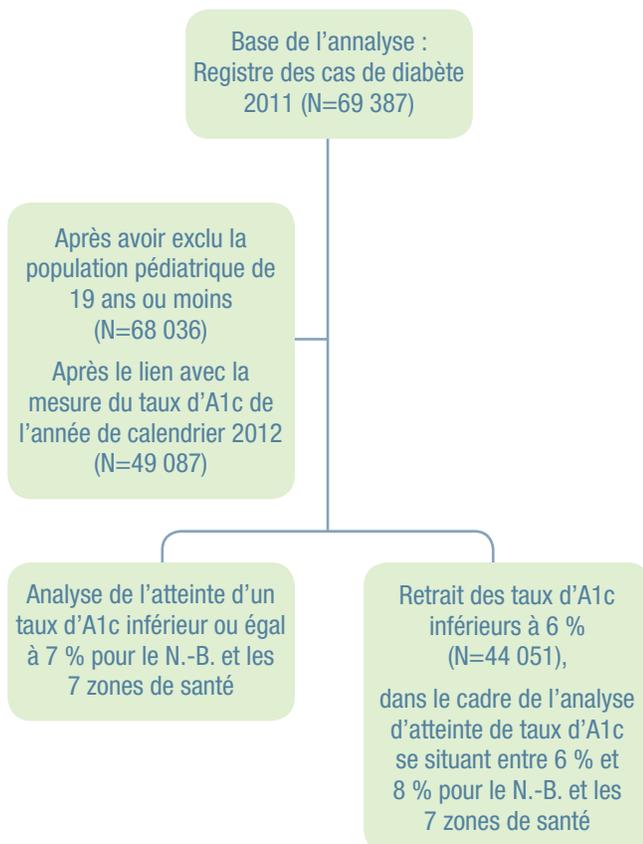
Les données financières

Le Système de gestion de l'information qu'utilisent les deux Régies régionales de la santé a été la source utilisée afin d'identifier les coûts associés à chaque clinique. Le code d'emplacement de la clinique de chacun des 37 points de service a été fourni au groupe de gestion afin de retracer tous les coûts attribués aux emplacements respectifs, de la plus récente année pertinente à la période d'étude. Afin d'évaluer la validité et la fiabilité de l'information à utiliser, il a été demandé que, si chaque emplacement comptait des visites en clinique associées à chaque poste budgétaire, qu'elles soient incluses.

Dans l'examen des données sur les coûts, certaines cliniques ne pouvaient retracer clairement les coûts. Le seul type de cliniques qui présentait des visites en clinique qui s'appariait à l'ensemble de données de cette étude sur les visites en clinique était les grandes cliniques. Les données financières présentaient une ventilation par rémunération, fournitures médicales et chirurgicales, médicaments, autres fournitures et services, et équipements et installations physiques. Afin de comparer l'efficacité clinique des huit grandes cliniques, le coût par visite a été calculé en utilisant les frais de rémunération, puis utilisé dans l'analyse de « coûts des soins ».

Flux de données et procédures analytiques :

1. Le rendement par zone de santé

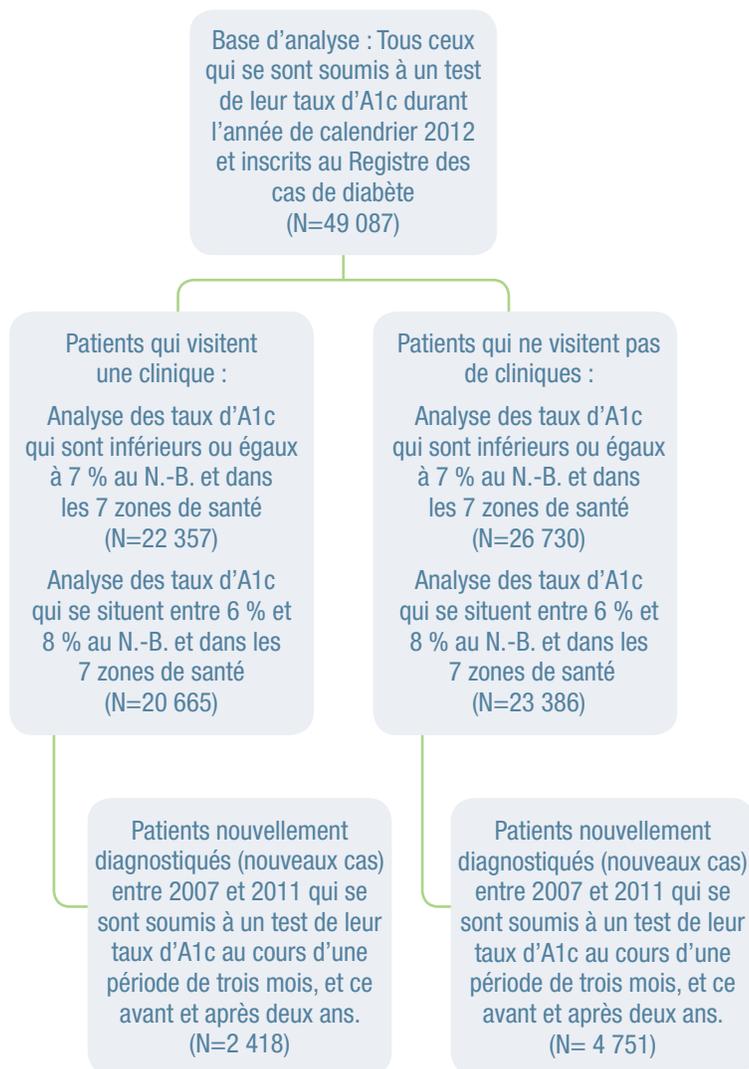


Note : Le Modèle de groupe linéaire a été utilisé afin de rectifier selon l'âge en tant que covariation, et de mener des tests post hoc visant à déterminer les différences entre les groupes (les zones) et à produire des intervalles de confiance. Un intervalle de confiance de 95 % a été utilisé dans le cas des estimés qui faisaient état d'un niveau de signification de 0,05.

Les patients ont été affectés à des zones de santé en fonction de l'emplacement du laboratoire qui a mené les tests d'A1c. Dans un très petit nombre de cas, les patients ont pu faire l'objet de tests dans deux zones, de sorte qu'une règle de décision a été créée afin d'affecter le patient à la zone qui avait mené le test le plus récent.

La proportion de patients qui a visité une clinique d'éducation sur le diabète dans une zone respective a été déterminées grâce à la population qui a passé un test du taux d'A1c en 2012 et qui identifiait une zone, et en appariant cette donnée avec l'ensemble de données sur les visites en clinique.

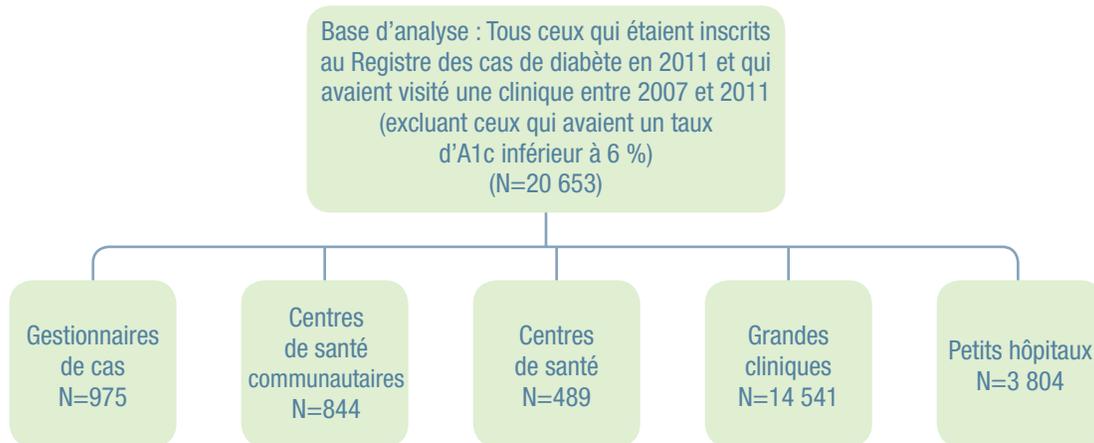
2. Comparaison entre les personnes qui reçoivent des soins accrus liés au diabète et celles qui n'en reçoivent pas



Note: Afin de comparer les patients qui visitent une clinique et ceux qui ne visitent pas de cliniques, seuls les patients qui ont été nouvellement diagnostiqués entre 2007 et 2011 ont été retenus dans le cadre de cette analyse, afin de fournir un point de départ similaire à l'intervention. Dans le cas des cliniques, les groupes de patients nouvellement diagnostiqués ont été choisis en fonction de leur visite en clinique dans les trois mois suivant leur inscription au Registre des cas de diabète. Pour ce qui est des patients nouvellement diagnostiqués qui n'ont pas visité de cliniques, les soins sont présumés se résumer à des soins de routine liés au diabète par un fournisseur de soins primaires au moment de leur inscription au Registre des cas de diabète. Il s'avérait également important d'afficher à la fois les résultats non rectifiés et rectifiés selon les pré taux d'A1c; on a noté dans la documentation que les patients qui ont été référés au programme complet sur le diabète ont tendance à présenter une condition plus complexe. Un test-T indépendant a été utilisé afin de comparer les différences entre les patients qui visitent une clinique et ceux qui n'en visitent pas. Des tests-t appariés ont été utilisés pour des comparaisons pré et poste sur une période de deux ans.

Les patients ont été affectés à des zones de santé en fonction de l'emplacement du laboratoire qui a mené les tests d'A1c. Dans un très petit nombre de cas, les patients ont pu faire l'objet de tests dans deux zones, de sorte qu'une règle de décision a été créée afin d'affecter le patient à la zone qui avait mené le test le plus récent.

3. Résultats selon le type de clinique



Note : Le Modèle de groupe linéaire a été utilisé afin de rectifier selon l'âge en tant que covariation, et de mener des tests post hoc visant à déterminer les différences entre les groupes (les zones) et à produire des intervalles de confiance. Un intervalle de confiance de 95 % a été utilisé dans le cas des estimés qui faisaient état d'un niveau de signification de 0,05.

Les différences moyennes et médianes des tests entre [un taux moyen d'A1c durant une période de trois mois précédant la première visite en clinique] et [le taux moyen d'A1c un an après la première visite en clinique] ont été menées pour chaque type de clinique, rectifiées et non rectifiées selon le pré taux d'A1c.

Le pourcentage de changement du taux d'admission à l'hôpital selon un calcul par 1 000 patients-mois, un an avant et après les premières visites en clinique exigeait de relier la base actuelle de patients à toutes les admissions à l'hôpital dans des conditions propices au traitement ambulatoire liées spécifiquement au diabète. Seuls les patients qui ont été admis à l'hôpital un avant et après une visite en clinique ont été retenus dans le cadre de l'analyse. Ce qui a resserré l'éligibilité à l'analyse à N=10 846, réduisant de près de 50 % le nombre d'échantillons pour chaque type de clinique.



Annexe C : Questionnaires

Questionnaire de la clinique de diabète

Date :

Nom de la clinique :

Première section : Informations générales au sujet de la clinique

Commençons par de l'information de base au sujet de la clinique. Pouvez-vous me dire depuis quand la clinique existe-t-elle, combien de gens travaillent à la clinique, et quels sont leurs rôles :

- Depuis combien de temps la clinique existe-t-elle? (NOMBRE D'ANNÉES)
- Répondant :
- Rôle :
- La clinique a-t-elle vécu des grands changements (soit depuis sa création ou dans les derniers cinq ans)? Veuillez décrire ces changements.
- Quel est le mandat de la clinique? Comment et dans quelle mesure la clinique réalise-t-elle ce mandat? Quels services fournit-elle?
- Quelle est la structure de rapports de la clinique?

Thème 1 : Répondre aux besoins de la population

Pouvez-vous me donner des détails au sujet de la population desservie?

- D'où viennent les gens, géographiquement ? (définition géographique de la population)?
- Nombre de clients (pour valider l'information) - Clients
 - Visites
 - Appels téléphoniques reçus
- Combien de clients la clinique compte-t-elle?
- Identifier les caractéristiques qui se distinguent. Démographie (âge, rurale/urbaine, groupe socioéconomique...)
- Autres caractéristiques uniques?
- Quel est le nombre de visites par client?
- Est-ce que cela comprend les contacts (téléphoniques, réunions de groupe) autres que les rencontres face à face? Combien de clients souffrent de comorbidité (autres problèmes de santé)?

Quels sont les services les plus importants que vous offrez à vos clients?

Décrivez le processus pour un nouveau patient diabétique qui arrive à votre clinique.

- La clinique enseigne-t-elle l'utilisation des pompes à insuline O/N
- La clinique offre-t-elle des cliniques de dépistage ou d'éducation du pré-diabète O/N

Niveau de services offert par niveau de prévention

- Dans quelle mesure la clinique fournit-elle les services liés à chaque niveau de prévention? (voir la description à la fin du questionnaire)
 - Primaire
 - Secondaire
 - Tertiaire
- Comment les services de chaque niveau de prévention* sont-ils fournis à la population ou à la clientèle?
 - Primaire
 - Secondaire
 - Tertiaire
- Comment la clinique s'assure-t-elle que sa population a accès à un éventail complet de services requis**, y compris les services communautaires et les services spécialisés de santé? (ex. : référence à des spécialistes spécifiques, liaison avec des services communautaires ou individuels)? Ces services sont-ils fournis à la clinique ou en liaison avec d'autres organisations/personnes?
- Comment est assuré le suivi?
- Quelles sources régulières de soins spécialisés sont utilisées? Avec des lignes formelles de communications? (décrivez les lignes de communication qui existent pour chacune des sources qui s'appliquent)
 - Endocrinologue
 - Ophtalmologue
 - Neurologue
 - Podiatre
 - Chirurgien
 - Autre
- Comment la clinique traite-t-elle les patients souffrant de comorbidité?

Thème 2 : L'autogestion

- Quel est le rôle du patient dans la gestion de la maladie? Quel est le rôle du professionnel dans la gestion de la maladie?
- Comment est perçue la relation professionnel/patient?
- Qui est responsable de définir les problèmes des patients et leurs solutions?

L'éducation du patient :

- Quels types sont offerts?
- Quels thèmes sont traités?
- Quelles méthodes sont utilisées?

- Quels sont les objectifs de l'éducation du patient?
- Qui est impliqué dans l'éducation du patient?
- Parlez-moi du niveau d'autonomie et d'autogestion de vos patients, dans l'ensemble?
- Comment soutient-on l'autogestion? Quelle est la disponibilité de l'équipe en matière de conseils, y compris en dehors des heures de clinique? Les outils utilisés? Les contrats écrits des patients?
- Comment l'équipe soutient-elle l'autogestion de conditions autres que le diabète?
- Dans quelle mesure appuie-t-on l'autogestion? Donnez les raisons de votre réponse; des précisions sur ce qui vous fait croire que l'autogestion est réellement atteinte.

Thème 3 : L'approche d'équipe

- Qui sont les*membres de l'équipe? Au sein de la clinique? À l'extérieur de la clinique?
- Membres de l'équipe (interne, à la clinique) :
- Membres externes de l'équipe :
- Enregistrer l'information ici-haut : Quelles sont les qualifications professionnelles et la formation supplémentaire que possèdent les divers membres de l'équipe? Avec vous un processus de formation/ développement professionnel?
- Quelles sortes de matériel et d'activités pédagogiques utilisent les membres de l'équipe pour se tenir maintenir à jour? Existe-t-il un soutien organisationnel en matière d'activités pédagogiques?
- Comment les rôles sont-ils définis?
- Y a-t-il un chevauchement entre les rôles des membres de l'équipe?
- Qui est le coordonnateur de l'équipe?
- Coordonnateur de l'équipe: Qui est le coordonnateur de l'équipe? Quel est son rôle? Comment le remplit-il? Quels outils utilise-t-il/elle?
- Qui est le leader de l'équipe? Comment remplit-il/elle son rôle?
- Décrivez le rôle des ressources communautaires par rapport à l'équipe. Comment invite-t-on la communauté à participer aux soins?
- Décrivez le rôle de l'hôpital par rapport à l'équipe?
- Comment l'équipe s'implique-t-elle dans les soins aux patients hospitalisés?
- De quel soutien jouit l'équipe de la part des leaders de l'organisation?
- Décrivez les moyens de communication informelle entre les membres de l'équipe (y compris avec ceux de l'extérieur de la clinique). Décrivez leur efficacité.
- Décrivez les moyens de communication formelle entre les membres de l'équipe (y compris avec ceux de l'extérieur de la clinique). Décrivez leur efficacité.

Parlons maintenant de vos interactions avec le client et les résultats de ces interactions.

- Comment oriente-t-on les interventions de l'équipe? Les membres ont-ils recours à des lignes directrices, des protocoles, des diagrammes schématiques ou d'autres outils usuels fondés sur des données factuelles? Comment décide-t-on quels outils utiliser? Comment intègre-t-on les mises à jour d'outils dans la pratique de l'équipe?
- Comment les membres de l'équipe maintiennent-ils la communication entre eux, comment le coordonnateur de l'équipe, le leader de l'équipe et les membres de l'équipe maintiennent-ils la communication entre eux?

- Comment sont évalués les processus de soins aux patients et les résultats? Qu'advient-il des résultats de ces évaluations?
- Comment assure-t-on la qualité des soins?

Quels sont les services les plus importants que vous fournissez qui, d'après vous, ont un impact positif dans la vie de vos patients?

Est-ce qu'il manque quelque chose? Y-a-t-il quelque que vous souhaiteriez pouvoir offrir ou faire mais qui ne vous est pas possible?

Thème 4 : L'accès

La disponibilité

- Que diriez-vous de la disponibilité du service, c.-à-d. le volume de services offerts en regard de la demande?
- Combien de temps doit-on attendre avant d'obtenir un premier service?
- Combien de temps doit-on attendre avant d'obtenir des visites de suivi?
- Les services sont-ils offerts au téléphone ou par contact indirect?

L'accessibilité

- Combien de temps la clientèle la plus distante prend-elle pour accéder à un service?
- Combien de temps en moyenne la clientèle prend-elle pour se déplacer?
- Environ quelle proportion de la clientèle pourrait avoir accès aux services en utilisant les transports en commun?
- Comment les clients se rendent-ils à la clinique? Quel type d'aide offrez-vous à ceux qui trouvent difficile de se rendre à la clinique?
- La clinique offre-t-elle des services en régions éloignées? La clientèle de la clinique bénéficie-t-elle de services en régions éloignées d'autres fournisseurs de services?
- Comment les patients communiquent-ils avec la clinique?
- Parmi les patients qui ont un rendez-vous, combien ne se présentent pas à leur rendez-vous?
- Quelles raisons invoquent-ils pour excuser leur absence?
- Quels efforts sont faits pour augmenter la présence aux rendez-vous?
- Comment fixe-t-on les premiers rendez-vous? Comment fixe-t-on les rendez-vous de suivi? Comment confirme-t-on les rendez-vous ou rappelle-t-on aux patients qu'ils ont rendez-vous?

L'accueil

- Quelles sont les heures d'ouverture de la clinique?
- Quels types de consultation sont offerts (rendez-vous, sans rendez-vous, en personne, au téléphone par courrier électronique)?
- Quel est le temps d'attente pour une consultation sans rendez-vous?
- Quel est le temps d'attente pour une consultation sur rendez-vous?
- Comment la clinique reçoit-elle les patients qui ont des besoins spéciaux, ex. : déficience visuelle, mobilité réduite, parents avec enfants...?

L'accessibilité économique

- Quelles autres dépenses le patient devra-t-il couvrir afin d'obtenir les soins appropriés (déplacement, stationnement, hébergement, exigences alimentaires, salles d'exercice, etc.)

L'acceptabilité

- Comment la clinique s'assure-t-elle qu'elle rencontre bien les besoins des patients/que faites vous pour vous assurer que vous rencontrez les besoins? Comment mesure-t-on la satisfaction des clients et de leur famille?
- S'il y a eu des plaintes au sujet des services de la clinique, au sujet de quel service ont-elles été formulées et qu'avez-vous fait pour les traiter?
- Comment la clinique gère-t-elle les diverses cultures et langues?
- Comment gère-t-elle les problèmes d'alphabétisation?

Définitions :

* Les niveaux de prévention :

- **Primaire** : (prévient l'apparition de maladies – promotion de la santé, prévention des maladies),
- **Secondaire** : (dépistage et diagnostic précoce),
- **Tertiaire** : (gestion des maladies et des problèmes graves de santé)

* Équipe :

un groupe de cliniciens divers qui communiquent entre eux régulièrement quant aux soins prodigués à un groupe spécifique de patients et qui participent à la prestation de ces soins.

**Services généralement requis :

- Éducation à l'autogestion du diabète
- Éducation diététique
- Thérapie de nutrition médicale
- Modification du comportement
- Centres de conditionnement physique
- Lute au tabagisme
- Endocrinologie
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Podiatrie
- Obstétrique/planification familiale
- Médecine dentaire
- Santé mentale
- Pharmacologie
- Travail social
- Néphrologie
- Neurologie

Questionnaire de la clinique de diabète du client

Date :

Nom de la clinique :

VERSION DU CLIENT :

Première section : Informations générales au sujet de la clinique

Commençons par de l'information de base au sujet de vos visites à la clinique. Pouvez-vous me dire depuis quand visitez-vous la clinique, et qui avez-vous l'habitude de voir durant vos visites normales?

- Depuis quand visitez-vous la Clinique (NOMBRE D'ANNÉES)
- Qui voyez-vous durant une visite normale?
- Rôle :
- Veuillez s'il vous plaît évaluer les soins que vous recevez à la Clinique, sur une échelle de 1 à 10, 1 qui signifie très pauvre et 10 excellent
- Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous pensez

L'autogestion

- Pouvez-vous me décrire, dans vos propres mots, ce qu'est votre rôle dans la gestion de votre diabète, et ce qu'est le rôle du professionnel de la clinique?
- Patient :
- Clinique :

L'élément le plus utile :

- Qui est responsable de définir les problèmes des patients et leurs solutions?
- Si vous avez besoin d'un rendez-vous avec un spécialiste ou autre professionnel de la santé en dehors de la clinique, est-ce que la clinique s'occupe de fixer ces rendez-vous ou de vous aider de quelque façon pour ces rendez-vous? Que font-ils, s'il y a lieu, pour s'assurer que ces rendez-vous aient lieu, ou que les suivis appropriés soient effectués?
- Quels types d'éducation vous sont offerts?

Éducation du patient :

- Types offerts?
- Thèmes abordés?
- Méthodes utilisées?

- Comment les professionnels de la clinique s'assurent-ils que vous recevez des soins de qualité?

Quels sont les services les plus importants qui proviennent de la clinique et qui ont fait une grande différence dans votre vie?

Est-ce qu'il manque quelque chose? Y-a-t-il quelque chose auquel vous souhaiteriez pouvoir avoir accès mais qui n'est pas disponible?

L'accès

La disponibilité

- Vous est-il possible de fixer un rendez-vous dans un délai raisonnable quand vous en avez-besoin? Et qu'en est-il pour des cas plus urgents?
- Combien de temps doit-on attendre avant d'obtenir un premier service?
- Combien de temps doit-on attendre avant d'obtenir des visites de suivi?
- Les services sont-ils offerts au téléphone ou par contact indirect?

L'accessibilité

- Est-ce que la clinique est située à un endroit qui vous est convenable? Avez-vous des difficultés à vous rendre à la clinique ou toutes autres difficultés lorsque vous arrivez-à la clinique? Combien de temps, en moyenne, est-ce que ça vous prends pour vous y rendre?
- Comment fixe-t-on les premiers rendez-vous? Comment fixe-t-on les rendez-vous de suivi? Comment confirme-t-on les rendez-vous, et comment est-ce qu'on vous rappelle de vos rendez-vous?

L'accueil

- Quel est le temps d'attente pour une consultation sans rendez-vous?
- Quel est le temps d'attente pour une consultation sur rendez-vous?
- Comment la clinique reçoit-elle les patients qui ont des besoins spéciaux, ex. : déficience visuelle, mobilité réduite, parents avec enfants...? La clinique semble-t-elle pouvoir accommoder les patients avec des besoins spéciaux, le cas échéant?

L'accessibilité économique

- Quelles autres dépenses le patient devra-t-il couvrir afin d'obtenir les soins appropriés (déplacement, stationnement, hébergement, exigences alimentaires, salles d'exercice, etc.)

L'acceptabilité

- Comment la clinique s'assure-t-elle qu'elle rencontre bien vos besoins? Comment mesure-t-on la satisfaction des clients et de leur famille?
- Si vous aviez une plainte ou un problème quelconque, que feriez-vous? Où iriez-vous pour trouver une solution? Pensez-vous qu'on répondrait à votre plainte?
- Comment la clinique gère-t-elle les diverses cultures et langues?
- Comment gère-t-elle les problèmes d'alphabétisation?



Annexe D :

Profils de clinique

- Grande clinique
- Petit hôpital
- Centre communautaire de santé
- Centre de santé
- Gestionnaire de cas
- Pédiatrique



Hôpital de Moncton

135, avenue MacBeath
Moncton (N.-B.)
E1C 6Z8
T : 506.857.5111

Type de clinique :
Grande clinique

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Moncton se trouve dans l'Hôpital de Moncton, au 135, avenue MacBeath. L'Hôpital de Moncton est un centre de soins intensifs et de traumatologie de niveau 2 et un hôpital de recours, accueillant les patients du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et du nord de la Nouvelle-Écosse qui ont besoin de soins actifs ou de soins de traumatologie. De plus, l'hôpital offre des soins généraux ainsi que les sous-spécialités médico-chirurgicales suivantes : neurochirurgie, oncologie, radiologie interventionnelle, services aux femmes et aux enfants (y compris les soins néonataux intensifs).

La clinique se trouve dans l'Hôpital de Moncton depuis trois ans; elle était auparavant située au centre-ville de Moncton. Le personnel de la clinique comprend deux diététistes à temps plein, trois infirmières immatriculées à temps plein et un pharmacien à temps partiel. Il compte également quatre éducateurs agréés en diabète, auxquels s'ajoutent deux autres qui seront certifiés prochainement. De plus, la clinique a accès à des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, deux endocrinologues et un biochimiste médical.

La clinique offre essentiellement des services à environ 100 omnipraticiens dans le sud-est du Nouveau-Brunswick qui recommandent des patients atteints de diabète à la clinique.

Mandat de la clinique

Le mandat général de la clinique consiste à aider les personnes à autogérer leur diabète et à améliorer leur qualité de vie.

Comblent les besoins de la population

Environ 2 000 patients sont vus à la clinique, tandis que de 350 à 400 sont vus dans la collectivité par une infirmière spécialisée en diabète qui visite les cabinets de médecin. Lorsque les patients sont dirigés à la clinique, ils sont évalués en premier lieu dans le cadre d'un triage (selon les directives des normes nationales relatives au diabète) afin de déterminer s'ils vont d'abord suivre un cours ou obtenir directement un rendez-vous individuel avec une infirmière. La plupart vont suivre un cours, mais si les taux d'A1c sont élevés, ils verront une infirmière.

Les cours abordent les notions de base en matière de nutrition, ce que cela implique de vivre avec le diabète, la surveillance et la médication, en quoi consiste le diabète, ainsi que la nutrition et l'exercice. Auparavant, les cours se donnaient tous les jours pendant quatre jours, mais on trouvait que les patients étaient submergés de renseignements. On offre désormais le cours sur la saine alimentation une fois par semaine, celui sur « comment savoir en profiter » une fois par mois et celui sur l'exercice une fois tous les deux mois. Les cours sont plus interactifs qu'avant et utilisent des outils tels que des plans de conversation.

Les cours traitent des éléments suivants :

- Adopter une saine alimentation et rester actif.
- Apprendre à faire de l'exercice (enseigné par un physiothérapeute).
- Savoir en profiter : saine alimentation pour le cœur, alcool et prévention des complications.
- Partir du bon pied : soins et examen des pieds, activité physique, médicaments et contrôles de la pression artérielle.

La plupart des patients sont atteints du diabète de type 2 et sont âgés de 60 ans et plus. Le personnel de la clinique voit de plus en plus de patients dans la trentaine et la quarantaine. Une fois que les patients ont terminé le cours sur la saine alimentation, ils obtiennent un rendez-vous trois mois plus tard pour consulter (selon les recommandations) le pharmacien, un diététiste ou une infirmière. Lors de ce rendez-vous, les patients sont à nouveau soumis au triage afin de déterminer quels professionnels de la santé ils doivent voir et à quelle fréquence. En plus des visites à la clinique, les patients verront également leur médecin généraliste.

Les services sont offerts en personne, au téléphone et par courriel. Le personnel de la clinique répondrait à environ 300 appels par mois (d'une durée d'au moins cinq minutes; sinon, ils ne sont pas calculés). Ces appels servent souvent à rajuster les doses d'insuline. Les employés répondent également à des appels (environ 800 par année) d'autres professionnels de la santé et offrent des séminaires à ces derniers. En outre, ils font des allocutions publiques ou en entreprise qui durent entre une heure et une heure et demie lorsqu'on leur en fait la demande. Tous les membres du personnel ont également accès à une adresse courriel pour la clinique. Quelques-uns ont aussi donné leur numéro de téléphone résidentiel ou cellulaire aux patients, généralement lorsque ceux-ci prennent depuis peu de l'insuline.

Formation sur la pompe à insuline : La clinique offre une formation sur la pompe à insuline.

Éducation et dépistage du prédiabète : Des cours sont offerts au YMCA, et on organise une visite d'épicerie à Sobeys.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) : La clinique organise une visite d'épicerie qui met l'accent sur la nutrition. Son personnel fait des allocutions publiques et à d'autres professionnels de la santé qui auraient une incidence sur la prévention primaire.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) : Un cours sur le prédiabète qui était offert au YMCA sera désormais dispensé à la clinique. Il a lieu une fois par mois.

Tertiaire : La plupart des personnes qui visitent la clinique ont reçu un diagnostic de diabète; ainsi, la majeure partie du travail de la clinique s'effectue à ce niveau.

Équipe de la clinique

Le personnel compte trois médecins. Le médecin généraliste du patient fait partie intégrante de l'équipe de la clinique et est responsable en fin de compte des soins dispensés. La clinique du diabète peut suggérer des soins, ce qu'elle fait d'ailleurs, mais ne peut recommander directement des patients à des spécialistes, à moins que ce soit l'un des endocrinologues ou le biochimiste médical. Les recommandations aux diététistes et aux travailleurs sociaux sont effectuées par les infirmières immatriculées. *«We all need to know the basics and can talk about diabetes.» « We all have our strengths, but we all overlap a little. » (« Nous devons tous connaître les notions de base et pouvons parler du diabète. » « Nous avons tous nos forces, mais nos compétences se recoupent toutes un peu. »)*

Membres de l'équipe à l'interne : Le personnel de la clinique comprend quatre éducateurs agréés en diabète, ainsi que deux autres qui vont être certifiés prochainement. Il compte également trois infirmières immatriculées à temps plein, deux diététistes et un pharmacien à temps partiel. De plus, la clinique a accès à des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, deux endocrinologues et un biochimiste médical, qui sont tous considérés comme étant membres de l'équipe interne. Ils fournissent des ressources (une infirmière immatriculée) à la clinique des blessures.

Membres de l'équipe à l'extérieur : L'équipe externe comprend les fournisseurs de soins de santé suivants : ophtalmologistes, cardiologues, néphrologues, neurologues, psychiatres et pneumologues.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe n'ont pas de chef, mais prennent plutôt en considération les besoins de chaque patient. « *It depends on what their problem is at the time. If it is a diet issue, you put them to the person who is the expert at the time.* » (« *Cela dépend de la nature de leur problème ponctuel. S'il s'agit d'un problème de régime alimentaire, ils verront la personne spécialisée à ce moment.* »)

Qualifications et éducation des membres de l'équipe :

En plus de leurs propres qualifications professionnelles, les membres de l'équipe s'estiment privilégiés que l'Association canadienne du diabète (ACD) ait une section vouée à l'éducation et un bureau local et tienne des réunions régulières. Ils doivent renouveler leur qualification en tant qu'éducateurs agréés en diabète tous les cinq ans. Ils peuvent prendre part à une conférence provinciale annuelle, mais il leur est plus difficile d'obtenir l'autorisation de participer à la conférence nationale. Ils ont accès à des revues et une fois par semaine, ils peuvent assister à des conférences midi avec l'industrie. En outre, certains membres de l'équipe sont en voie d'obtention de diplômes.

Lignes directrices :

La clinique respecte les normes de l'Association canadienne du diabète.

Communication :

La clinique dispose d'un système électronique de consignation au dossier, et tous les membres de l'équipe peuvent accéder au dossier d'un patient, qui comprend des notes prises par tout collègue. De façon informelle, un membre du personnel recommandera un patient à un autre et passera le voir afin de discuter de leurs préoccupations. Les membres travaillent en étroite collaboration, alors ils échangent des idées. Ils se demandent constamment conseil entre eux.

Comorbidités :

On estime que les trois quarts des patients présentent une comorbidité. Le personnel contrôle leur pression artérielle, leur taux de lipide et leur santé cardiovasculaire.

Autogestion

Rôle du patient :

Le rôle du patient évolue et devient plus actif. « *The reality is they (the patient) are the driving force.* » (« *La réalité est qu'ils (les patients) sont au cœur de la démarche.* »)

Rôle de la clinique :

Le rôle des professionnels consiste à encadrer les patients et à être des aidants, des facilitateurs et des motivateurs. « *Our role is to help them accomplish their goals. We are always there when they are ready.* » (« *Notre rôle consiste à les aider à atteindre leurs objectifs. Nous sommes toujours là lorsqu'ils sont prêts.* ») Avec un peu de chance, ils sont motivés à apporter des changements positifs.

Éducation auprès des patients :

Les cours couvrent les notions de base en matière de nutrition, ce que cela implique de vivre avec le diabète, la surveillance et la médication, en quoi consiste le diabète, ainsi que la nutrition et l'exercice.

Principaux services offerts :

Le personnel estime qu'une des principales forces de la clinique est le fait d'avoir un pharmacien. La structure des cours donnant lieu à une interaction considérable entre les participants est aussi une force : « *there is an exchange that happens between participants and that carries a lot of weight.* » (« *Un échange se produit entre les participants, ce qui a un grand poids.* »)

Proportion des patients contrôlés :

Les membres du personnel essaient d'établir des objectifs et des résultats en tenant compte des individus plutôt que de suivre une ligne directrice stricte et rigide qui s'applique à tous. Ils ont de la difficulté à estimer le nombre de personnes qui est raisonnablement bien contrôlé. « *One minute they are there at 100% and then they have something happen like losing a loved one.* » (« *Un instant ils maîtrisent ça à 100 p. 100 et puis quelque chose leur arrive, comme la perte d'un proche.* ») Cependant, ils s'entendent sur le fait que les gens prennent davantage en charge leurs propres soins qu'avant. Ils mentionnent une partie du cours où ils traitent des mythes à propos du diabète et trouvent que plus de gens sont capables de distinguer les mythes des faits. De plus, les deux médecins qui dirigent la clinique des blessures (dont le personnel compte aussi une infirmière immatriculée) affirment qu'ils voient une amélioration dans la guérison des blessures. Lors du rendez-vous de suivi après trois mois, on constate une amélioration dans 75 p. 100 des cas.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Un nouveau patient atteint du diabète de type 1 est vu tout de suite. Quelqu'un présentant du diabète gestationnel est vu la même semaine comparativement à une directive qui prévoit un délai de deux semaines. La clinique respecte les normes de l'ACD.

Services manquants :

Les membres de l'équipe ajouteraient du personnel afin d'offrir plus de services aux patients. Ils se demandent pourquoi la clinique est fermée la fin de semaine. La demande s'est accrue, alors ils pourraient prolonger les heures s'ils disposaient de plus de ressources. Ils signalent les problèmes des travailleurs à faible revenu et leur difficulté de se payer ce dont ils ont besoin, en particulier les bandelettes d'analyse. « *We have good relationships with the (pharmaceutical) reps, but it is becoming more of a struggle. The industry doesn't have as much.* » (« *Nous entretenons de bonnes relations avec les représentants [de commerce en produits pharmaceutiques], mais le processus devient de plus en plus difficile. L'industrie a moins de stock.* ») Il serait utile d'avoir un diététiste itinérant qui travaillerait avec l'EAD visitant les cabinets de médecin.

Hôpital :

Les infirmières immatriculées à la clinique voient les patients hospitalisés. Elles dispensent de l'éducation, déterminent les besoins et parfois, commencent le traitement à l'insuline. « *Used to have to stay in hospital for a week and now we teach them in the clinic in an hour.* » (« *Avant, ils devaient rester à l'hôpital pendant une semaine et maintenant, nous leur enseignons à la clinique comment faire en une heure.* ») De plus, elles doivent fournir des services d'éducation au personnel hospitalier.

Temps d'attente :

Les patients peuvent être inscrits à un cours dans un délai d'un mois et obtenir un rendez-vous individuel avec une diététiste dans un délai de 4 à 6 semaines. On garde des plages de rendez-vous ouvertes chaque vendredi après-midi pour traiter les urgences.

Méthodes d'offre de service :

En personne d'abord, puis au téléphone et par courriel pour assurer le suivi.

Distances :	La plupart des patients demeurent à Moncton ou prennent de 30 à 45 minutes en voiture pour se rendre à la clinique. Le transport en commun existe à Moncton. Les médecins voient des personnes provenant d'aussi loin que l'Île-du-Prince-Édouard et Amherst.
Dépenses :	On signale encore le coût des bandelettes et d'autre équipement, comme les glucomètres. « <i>If you don't have insurance, you are limited in what you can do</i> » (« <i>Si vous n'avez pas d'assurance, vous être limité dans ce que vous pouvez faire.</i> ») Les frais de déplacement constituent un problème pour certains patients.

Comblent les besoins des patients

Les employés de la clinique sondent les patients et indiquent que le système de classement électronique les aide à voir si les patients obtiennent des résultats parce que tout le monde peut consulter les notes prises. Le médecin généraliste du patient offre également un indice sur la qualité puisque tous les renseignements lui sont transmis. Le personnel évalue et examine constamment ses cours et ses pratiques, pas de façon officielle, mais plutôt lors de réunions et de discussions.

Chaque membre du personnel fait l'objet d'une évaluation annuelle, et une partie de ce processus nécessite la rétroaction des collègues.

Niveaux de satisfaction :	On effectue des sondages auprès des patients à deux reprises pendant l'année.
----------------------------------	---

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	La clinique a des interprètes pour les personnes sourdes ou malentendantes ou pour les gens qui ne parlent ni français, ni anglais. Son personnel note que la communauté musulmane est en croissance, ce qui donne lieu à plus de séances individuelles étant donné que cette façon de procéder est privilégiée culturellement.
---	---

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Les deux patients fréquentent la clinique depuis longtemps, soit plus de quinze ans dans les deux cas.
--------------------------------	--

Évaluation du service :	Les deux ont accordé la note de 10.
--------------------------------	-------------------------------------

Rôle du patient et de la clinique :	Ils considèrent le médecin et les autres membres du personnel comme des conseillers et qu'il revient au patient d'agir. Ils font remarquer que le personnel leur parle en termes profanes afin qu'ils puissent comprendre.
--	--

Accessibilité :	Les deux préfèrent l'emplacement à l'hôpital comparativement à l'emplacement précédent au centre-ville, puisqu'ils trouvent qu'il est plus facile de s'y rendre et d'y trouver du stationnement. En outre, ils voient leur médecin à chaque visite. Ils jugent les temps d'attente pour les rendez-vous raisonnables et estiment qu'ils pourraient prendre rendez-vous dans un délai d'une semaine à une semaine et demie. En plus des visites en personne, ils peuvent joindre le personnel au téléphone.
------------------------	--

Satisfaction et plaintes :	Les deux ont donné une note très élevée et étaient impressionnés par les services reçus.
-----------------------------------	--



Clinique de diabète et Clinique d'endocrinologie Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

330, avenue Université
Moncton (N.-B.)
E1C 2Z3
T : 506.862.4203

Type de clinique :

Grande clinique (en milieu hospitalier)

Profil de la clinique

La clinique Dr-Georges-L.-Dumont est située au deuxième étage du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Le personnel de la clinique du diabète et l'espace réservé aux patients atteints de diabète de l'hôpital desservent à la fois les patients de la clinique, les patients du Dr Menasria, l'endocrinologue, et, une fois par semaine, les patients atteints du diabète de la Dre Babin. La clinique est située dans une région urbaine et la plupart des patients viennent de la région du Grand Moncton, bien que, de temps en temps, un patient peut venir de l'extérieur de cette collectivité. La clinique a connu un afflux de patients atteints de diabète gestationnel récemment et une croissance continue générale de la demande pour ses services. La clinique existe depuis au moins vingt-deux ans, bien que le personnel de la clinique soit en poste depuis peu à la clinique.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat de réduire les complications associées au diabète et d'avoir une incidence positive sur la qualité de vie des patients.

Comblent les besoins de la population

La clinique ne peut fournir de compte exact du nombre de patients qu'elle dessert. Ce nombre continue d'augmenter. On croit vraiment que plus de 1 500 patients fréquentent la clinique. Selon les chiffres du ministère de la Santé de 2011, environ 1 200 patients ont fréquenté la clinique en 2011. « *On en a au moins 780 avec Dre Babin.* »

La clinique voit un plus grand nombre de patients atteints de diabète gestationnel qu'auparavant. On fait plus de dépistage auprès des femmes enceintes que par le passé. Il y a un grand nombre d'adultes en âge de travailler sans emploi parmi les patients de la clinique et aussi d'un milieu socioéconomiques moins favorisés. La clinique reçoit un bon nombre de patients sans rendez-vous qui viennent à la clinique pour obtenir des bandelettes d'analyse, de l'insuline ou de l'information sur le diabète.

Les nouveaux patients de la clinique sont recommandés par plusieurs sources. Les patients peuvent être aiguillés vers la clinique par des médecins, médecins de famille, infirmières praticiennes de la région (à l'extérieur du milieu hospitalier), peuvent se présenter de leur propre chef, peuvent être aiguillés par l'endocrinologue, ou peuvent être recommandés du milieu hospitalier tels des patients hospitalisés ou à l'urgence de l'hôpital. Dans l'hôpital, toutefois, on entretient l'idée préconçue que seuls les patients qui ont besoin d'entamer un traitement à l'insuline pour la première fois doivent être aiguillés vers la clinique. « *C'est ça que les gens se disent.* » Un bon nombre de patients qui n'observent pas leur traitement sont aiguillés vers la clinique par des médecins de l'extérieur. « *Ils donnent le monde qu'ils ne sont capable de rien faire avec. C'est comme du dumping.* »

Pour les cours ainsi que pour les consultations individuelles, la clinique fixe une date et transmet la date aux patients par écrit dans une lettre ou par téléphone. Aucun rappel de suivi n'est effectué. L'infirmière consacrer beaucoup de temps chaque semaine (une demi-journée environ) à revoir les rendez-vous des patients et à faire des remaniements afin que les patients dont les cas sont les plus urgents puissent être vus avant un délai de 4 mois.

Des rendez-vous de suivi sont fixés au besoin une fois que le patient a suivi les séances d'éducation. Les rendez-vous des consultations les plus urgentes (par exemple pour commencer l'insuline) peuvent être fixés plus tôt, en l'espace de quelques semaines. Des consultations de suivi ne sont pas automatiquement fixées après les séances d'éducation. Seuls les rendez-vous des patients qui demandent des consultations individuelles ou qui ont clairement un mauvais contrôle sont fixés. Lorsque les patients viennent à la clinique pour un suivi, on leur planifiera une consultation avec un membre du personnel de la clinique, soit l'infirmière soit la diététiste. Il arrive que les patients qui ont besoin de voir à la fois l'infirmière et la diététiste doivent revenir pour un deuxième rendez-vous à cause des horaires limités et parce que les membres du personnel se font rarement remplacer lorsqu'ils s'absentent (pour maladie, etc.), les deux ne peuvent pas toujours être disponibles en même temps. « *Parfois, ils n'ont pas de choix de venir deux fois. On ne peut pas les voir en même temps.* » « *C'est un deuxième*

rendez-vous pour rien. » Les suivis tendent à manquer, et il en va de même pour ce qui est d'assurer la continuité de l'information. Le personnel n'a pas toujours accès aux antécédents médicaux, aux prescriptions ou aux traitements des nouveaux patients qui lui sont recommandés.

La clinique doit « voir au plus urgent » et assurer la coordination et la gestion des horaires à court terme en ayant très peu de temps de disponible à consacrer à l'élaboration de ressources et d'outils et à l'analyse de l'ensemble de la situation quant à la qualité des services.

La clinique n'offre pas directement d'enseignement sur l'utilisation de la pompe à insuline, mais elle compte des patients qui utilisent une pompe. Ces patients sont vus par un représentant de l'extérieur qui vient à la clinique pour offrir des services uniquement en lien avec l'amorce d'un traitement par une pompe à insuline. La clinique ne voit pas les patients pédiatriques, puisqu'il y a une clinique pédiatrique du diabète dans la région qui dessert déjà cette population.

Les services offerts par le personnel de la clinique sont distincts des services offerts par la gestionnaire de cas de diabète locale. La clinique se voit recommander des patients par des médecins locaux qui ne travaillent pas avec la gestionnaire de cas de diabète locale. « *On ne voit pas les même patients que Chantal Morrisset.*

Pas de rapport. »

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique n'offre pas de services de prévention primaire du diabète auprès du grand public, mais enseigne la prévention aux patients souffrant de prédiabète (voir le niveau secondaire, ci-dessous).

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le personnel de la clinique travaille effectivement avec un bon nombre de patients souffrant de prédiabète, qui sont aiguillés vers la clinique par des médecins de la collectivité pour qu'ils assistent à des cours.

Tertiary (self-management):

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Environ 90 % des heures de la clinique sont consacrées à l'éducation et au suivi médical (ajustements des doses d'insuline, amorce du traitement à l'insuline, etc.) des patients atteints du diabète.

Assurer le suivi :

En ce qui concerne les premiers rendez-vous, les nouveaux patients qui amorcent le traitement à l'insuline constituent la priorité. On les verra le plus rapidement possible, au cours des quelques semaines qui suivent. Le suivi des patients est déterminé par les patients. La clinique assurera un suivi avec un patient uniquement si le patient souhaite un suivi ou si son médecin demande un suivi. Les patients reçoivent un numéro à composer pour fixer leur rendez-vous de suivi. Ce ne sont pas tous les patients qui sont vus en consultation individuelle, mais tous les patients sont invités à participer à un cours (bien que certains pourraient ne pas s'y présenter). Seuls les patients qui demandent un suivi ou qui ont clairement besoin d'être vus une nouvelle fois auront un rendez-vous de suivi. L'infirmière consacre beaucoup de temps au téléphone pour faire le suivi auprès de patients qui ont besoin d'ajuster leurs doses d'insuline.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est composée de quatre membres d'une équipe qui travaille à temps partiel et à temps plein. Cela comprend deux infirmières spécialisées en diabète à temps partiel (qui ensemble forment un poste à temps plein), une infirmière gestionnaire à temps plein (l'infirmière gestionnaire supervise les activités de plus

de 20 cliniques. Elle offre du soutien et quatre heures de temps d'administration par semaine aux infirmières, et, enfin, une diététiste à temps partiel (2,5 jours par semaine). Les membres de l'équipe travaillent indépendamment les uns des autres en ce qui a trait à l'enseignement. « *Avant il n'y avait qu'une infirmière qui s'occupait de la clinique. Maintenant on est deux, mais on ne fait pas plus d'heures.* » Au moment de l'entrevue, la diététiste avait son titre d'éducatrice agréée en diabète (EAD), puisqu'elle a renouvelé son agrément il y a trois ans.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Les membres de l'extérieur incluent les médecins à proximité de la clinique, notamment le Dr Menasria, endocrinologue, et son adjoint administratif. Le Dr Menasria travaille en étroite collaboration avec l'une des infirmières spécialisées en diabète de la clinique, deux demi-journées par semaine (les matins). Ce spécialiste envoie ses patients à la clinique du diabète pour qu'ils participent à des séances d'éducation. La clinique ne s'occupe pas elle-même d'aiguiller des patients vers des spécialistes. Elle transmettra une recommandation au médecin si elle en voit la nécessité.

Structure de l'équipe :

La surveillante en diététique fait partie du personnel de l'hôpital (diététiste en chef), mais ne fait pas partie de l'équipe de la clinique. Une des infirmières spécialisées en diabète employées à temps partiel travaille aussi de concert avec le Dr Menasria pour traiter ses patients deux matinées par semaine ou selon les besoins. La plupart du temps, les membres du personnel travaillent indépendamment les uns des autres.

Comorbidités :

La plupart des patients ont aussi d'autres maladies chroniques. « *C'est rare qu'il n'y a rien d'autre.* » Lorsqu'un patient est aiguillé vers la clinique, on ne fournit pas toujours à la clinique les antécédents du patient, particulièrement lorsqu'il s'agit de patients hospitalisés aiguillés par des médecins de garde sur les étages de l'hôpital.

Communication :

Il y a un manque de communication ou un manque de communication efficace entre les sources d'aiguillage et la clinique. Souvent, les infirmières spécialisées en diabète ne disposent que de peu ou pas de renseignements au sujet de leurs patients. Des renseignements clés, comme les antécédents du patient et les médicaments qu'il prend, sont souvent manquants. Il y a de toute évidence un fossé à combler dans la communication avec la clinique. Les patients sont envoyés à la clinique, des recommandations sont faites, mais elles ne sont pas nécessairement suivies. La clinique remet des formulaires concernant les antécédents des patients que les médecins sont invités à remplir (en rapport avec les antécédents médicaux du patient), et il arrive souvent que ces formulaires ne soient pas remplis, surtout dans le cas des aiguillages de patients hospitalisés. Il y a un manque de communication constante et efficace entre les sources d'aiguillage de l'extérieur et la clinique. « *Souvent, on n'a même pas l'ordonnance, on ne sait même pas ce que le médecin va leur prescrire.* » « *Parfois, les médecins ne répondent pas à notre questionnaire ou ils changent le tout quand les patients vont les voir à nouveau.* »

Autogestion

Rôle du patient :

Le mandat de la clinique est de fournir aux patients des outils et des renseignements pertinents sur la façon de gérer leur diabète et de réduire les complications associées au diabète. Le rôle du patient est de comprendre comment et quand appeler pour obtenir de plus amples renseignements, des ajustements de la dose d'insuline ou une consultation de suivi.

La clinique doit composer avec un grand nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. L'infirmière spécialisée en diabète consacre beaucoup de temps à remettre des rendez-vous, à jongler avec les horaires pour recevoir des patients et à remplir les horaires. Il n'y a aucune stratégie officielle de mise en place pour réduire le nombre de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Parmi les raisons invoquées pour ne pas se présenter à un rendez-vous ou pour annuler un rendez-vous, notons la nécessité de payer le stationnement et la non-observance du traitement par le patient.

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation entre les professionnels et les patients est stagnante, sans réelle continuité ni évolution. Les patients considèrent la clinique comme une source d'information et d'aide, particulièrement lorsqu'ils ont besoin d'ajuster leur dose d'insuline ou ont des questions concernant l'insuline. Par conséquent, les patients qui ne prennent pas d'insuline ou qui ne présentent aucune complication ne reconnaissent peut-être pas l'avantage des suivis continus à la clinique.

Éducation auprès des patients :

La clinique organise des cours sur les notions de base sur le diabète. Bon nombre des patients qui assistent à ces cours sont des patients qui viennent d'apprendre qu'ils ont le diabète, des patients atteints de prédiabète ou des patients de longue durée qui ont besoin d'actualiser leurs connaissances. Le programme d'éducation était auparavant divisé entre deux cours d'une demi-journée, mais a été modifié récemment et est maintenant présenté dans le cadre d'un cours d'une demi-journée. Parmi les thèmes abordés, notons les notions de base, la définition, les facteurs de risque, les complications, la prévention et l'autogestion du diabète, la nutrition, les soins des pieds, le mode de vie, etc.

On ne considère pas que l'éducation auprès des patients soit le rôle premier de la clinique. La clinique y consacre moins de 40 % de son temps. Le plus grand nombre d'heures est consacré aux suivis médicaux, par exemple les ajustements de dosage d'insuline. Le personnel de la clinique n'effectue pas de visites aux patients hospitalisés pour assurer l'éducation sur le diabète en raison du « manque de temps » perçu et du manque de personnel de la clinique pour la mener à bien. Les infirmières d'étage sont les personnes qui sont responsables d'assurer l'éducation sur le diabète et l'amorce du traitement à l'insuline. Une éducation individuelle est également fournie une fois que le patient est sorti de l'hôpital. Les outils utilisés ont été élaborés et assemblés par l'équipe précédente de la clinique. Ces outils proviennent de multiples sources, notamment des compagnies pharmaceutiques, de l'ACD, de Santé Canada ou d'autres sources. La documentation est bilingue.

Principaux services offerts :

La clinique offre des cours structurés (une séance d'une demi-journée), et consacre beaucoup de temps individuel aux patients qui demandent ou nécessitent une aide supplémentaire.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel actuel de la clinique est nouveau et n'a pas été en mesure d'évaluer la proportion de patients contrôlés ou qui se portent bien. Le personnel mesure la qualité des soins en examinant les résultats des analyses des patients lors des consultations de suivi ou lors des appels téléphoniques, sur une base individuelle.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte tous les jours de 8 h 30 à 16 h 30. L'infirmière n'est toutefois pas disponible un vendredi sur deux, car elle consacre du temps à la clinique médicale de Shediac pour organiser des cours d'une demi-journée ou des consultations individuelles avec des patients de Shediac et de la région avoisinante, en coordination avec la diététiste.

Services manquants :

Les membres du personnel de la clinique se sentent surchargés et trop dispersés en matière de prestation des services par rapport à la demande et sont d'avis qu'ils manquent de ressources. Les temps d'attente sont longs et l'arriéré des listes d'attente des patients est de plus en plus long. « *On repousse et repousse à toutes les semaines.* » Le personnel estime qu'il devrait avoir une présence sur les étages de l'hôpital pour assurer une cohérence entre la première consultation (avec une infirmière d'étage) et les consultations de suivi à la clinique. Le personnel de la clinique est d'avis que les services de la diététiste et de l'adjoint administratif ne suffisent pas à la demande. L'adjoint administratif de l'endocrinologue aide parfois à réduire l'arriéré s'il y a des appels téléphoniques à effectuer. « *Au moins une diététienne full-time, pi une réceptionniste, ou quelqu'un pour boucher un trou, faire le paperwork et cédule les classes.* » Plus précisément, le personnel de la clinique estime avoir besoin d'aide pour organiser et coordonner les services aux patients.

Parfois, les heures limitées de travail font qu'il est impossible de faire en sorte qu'un patient soit vu par l'infirmière et la diététiste lors d'un même rendez-vous. Dans ces cas, il faut fixer un deuxième rendez-vous un autre jour, ce qui est perçu comme un fardeau inutile pour le patient. Pendant les cours, les membres de l'équipe assument à tour de rôle leur fonction, en ayant la moitié d'un cours animé par l'infirmière, et l'autre moitié par la diététiste. On considère qu'il manque d'outils éducatifs. Les membres du personnel de la clinique estiment qu'ils manquent d'information et de ressources pour répondre aux besoins. Ils reconnaissent qu'il y a un manque de suivi auprès des patients. Ils signalent également un manque d'espace adéquat pour la tenue des cours. Idéalement, pour mieux répondre aux besoins des patients, le personnel de la clinique estime qu'il aurait besoin d'un adjoint administratif ou coordonnateur, de deux diététistes, de deux infirmières à temps plein et d'une infirmière communautaire (gestionnaire de cas). Par ailleurs, la diététiste est rarement remplacée lorsqu'elle prend ses vacances ou des journées de maladie.

Temps d'attente :

Les temps d'attente sont déjà longs et augmentent. Au moment de l'entrevue, le temps d'attente pour un premier rendez-vous à la clinique était de trois ou quatre mois. Un rendez-vous pour l'amorce d'un traitement à l'insuline pouvait être fixé en moins de deux semaines, et le temps d'attente pour les cours sur le diabète était de deux mois. Les patients qui ont besoin d'une aide urgente sont souvent dirigés vers l'urgence. Des appels de patients aux prises avec des complications urgentes surviennent une à deux fois par semaine, et on les oriente vers la salle d'urgence. « *J'en ai eu un hier. Signes de complications et de panique. Je lui ai dit d'aller à l'urgence.* »

« It's a really long time between appointments, a big issue. Going back not till October. I was there 3-4 weeks ago, but I still have questions so it would be awful nice place with a form or to get some information on what you should do. »

(« Le temps d'attente entre les rendez-vous est vraiment long, c'est un gros problème. Je ne reviendrai pas avant le mois d'octobre. J'ai eu un rendez-

vous il y a trois ou quatre semaines, mais j'ai encore des questions, ce serait donc vraiment bien d'avoir une place d'une quelconque façon ou d'obtenir de l'information sur ce qu'il faut faire. ») (Un patient)

**Méthodes
d'offre de service :**

Les infirmières effectuent un grand nombre de consultations de suivi par téléphone. Cela exige beaucoup de temps chaque semaine. Le stationnement payant et la résistance des patients à avoir une consultation en personne sont souvent les raisons invoquées pour avoir un suivi par téléphone. Les patients ont un accès direct au numéro de téléphone de l'infirmière à la clinique du diabète. Les infirmières répondront aux appels téléphoniques particulièrement dans le cas des nouveaux patients ou des patients qui utilisent l'insuline, parce qu'ils ne peuvent se rendre à l'hôpital ou en raison des horaires surchargés du personnel ou du manque d'espace disponible pour les recevoir.

Distances :

La plupart des patients vivent dans la région du Grand Moncton. Il peut arriver de temps en temps qu'un patient fasse le trajet d'aussi loin que Rogersville (à 90 km). Il y a un service de transport en commun dans la région, ainsi que des services de taxi (pour les patients locaux). Néanmoins, les patients se plaignent souvent des frais de stationnement. La clinique n'offre pas de services à distance. Étant donné la structure de la clinique et les heures limitées, les patients ont souvent besoin d'effectuer plusieurs visites pour voir différents membres du personnel de la clinique.

Comblent les besoins des patients

**Niveaux de
satisfaction :**

Aucun mécanisme de rétroaction officiel n'est mis en place à la clinique. Le personnel de la clinique était incapable de préciser s'il faisait une différence ou s'il avait une incidence sur l'autogestion des patients étant donné que cela ne fait pas longtemps que cette équipe est en place à la clinique. *« C'est difficile à dire, cela ne fait pas longtemps qu'on est ici. »*

**Élément particulier
à cette clinique :**

Le personnel de la clinique se préoccupe beaucoup de la nutrition et s'assure que tous ses patients ont une consultation avec la diététiste. Toutefois, la diététiste ne travaille pas à temps plein à la clinique et les services sont limités. Le personnel de la clinique est d'avis que la consultation individuelle avec les patients a l'incidence la plus positive sur la gestion de leur diabète.

**Prise en compte des
besoins spéciaux :**

La clinique, située à l'intérieur d'un hôpital, est accessible aux personnes en fauteuil roulant. Les patients en fauteuil roulant doivent prendre l'ascenseur. On a fait état de quelques patients ayant des besoins spéciaux, notamment des patients malentendants qui viennent accompagnés d'un interprète. Le personnel a également remarqué que, pour la plupart, les patients ayant des besoins spéciaux se font accompagner d'une personne aidante. Le personnel de la clinique offre son aide en cas de besoin, mais ne ressent pas la nécessité de se doter d'outils ou de mesures officielles pour le moment. *« On n'en a pas beaucoup. D'habitude ces patients viennent avec quelqu'un. »*

**Prise en compte des
différences culturelles
et des niveaux
d'alphabétisation :**

La clinique est bilingue et offre ses services en français et en anglais. Les cours sont également offerts en français et en anglais.

Encouragement adressé à la famille :

Les patients viennent parfois à la clinique accompagnés d'un conjoint, d'un partenaire ou d'un membre du personnel d'un foyer de soins. Bien que ce ne soit pas encouragé directement par la clinique, leur présence est appréciée parce que ces amis et membres de la famille jouent souvent un rôle important dans la gestion de la maladie.

Clinique d'endocrinologie :

Le Dr Menasria a fait part de quelques réflexions et préoccupations concernant la clinique du diabète Dr-Georges-L.-Dumont. Le Dr Menasria n'a pas le sentiment que la clinique correspond adéquatement au profil d'un centre hospitalier universitaire. L'équipe souffre d'un manque d'espace et de ressources, ce qui va donc à l'encontre des meilleurs intérêts des patients. Il est d'avis que comme la clinique est située dans un centre hospitalier universitaire, elle pourrait être plus efficiente et plus efficace si elle disposait de plus de ressources, notamment de plus d'heures pour les infirmières et la diététiste, et d'une équipe plus large. Idéalement, la clinique devrait servir de clinique modèle pour la province. Dans son état actuel, la clinique et son équipe ne peuvent répondre à la demande et les suivis des patients ne sont ni efficaces ni efficients. Au minimum, il est d'avis que la clinique devrait avoir accès à des infirmières et des diététistes à temps plein plutôt qu'à temps partiel. Il estime aussi qu'un psychologue devrait également faire partie de l'équipe pour l'éducation des nouveaux patients. Idéalement, l'équipe de la clinique devrait être composée d'une infirmière administratrice, d'une infirmière à temps plein, d'une diététiste à temps plein, d'un travailleur social, d'un médecin de l'équipe et d'un pharmacien.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Un patient visite la clinique depuis six ans et l'autre depuis cinq à six ans.

Évaluation du service :

Un patient a attribué la note de 10 et l'autre la note de 7 sur 10. « *Things aren't explained enough... just everything in general.* » (« *Les choses sont insuffisamment expliquées... on parle de tout, mais d'une manière générale.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

Rôle du patient et de la clinique : « Mine is to make sure I'm testing, not eating things I shouldn't be, good balanced diet, good food, monitoring. » (« Mon rôle est de m'assurer que je fais mes analyses, que je ne mange pas les aliments qui me sont défendus, que je m'alimente de façon équilibrée avec de bons aliments et que j'effectue un suivi. ») « À eux de me dire ce que je fais de mal, moi de suivre leurs conseils. »

Éducation auprès des patients :

Aucun de ces deux patients n'a assisté à un cours de groupe.

Accessibilité :

Les deux patients sont d'avis que le temps d'attente avant d'avoir un rendez-vous est long (c'est particulièrement le cas pour les rendez-vous de suivi). Toutefois, les deux patients ont mentionné le fait qu'ils étaient en mesure d'obtenir des conseils par téléphone, au besoin. Les patients doivent payer des frais de stationnement.



Hôpital régional de Saint John – Clinique du diabète pour adultes

400, avenue University
Saint John (N.-B.)
E2L 4L4
T : 506.648.6000

Type de clinique :
Grande clinique

Profil de la clinique

La Clinique du diabète pour adultes est située dans l'Hôpital régional de Saint John, le plus important hôpital de soins tertiaires au Nouveau-Brunswick et le centre de soins de santé primaires où sont aiguillés tous les Néo-Brunswickois pour recevoir des soins suivant un traumatisme majeur et des soins cardiaques.

L'hôpital abrite le Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick et le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. L'hôpital constitue également le cœur du programme de formation médicale à l'extérieur des centres universitaires conventionnels intitulé Dalhousie Medicine New Brunswick. L'hôpital est situé au 400, avenue University, à Saint John.

La clinique a été fondée en 1975. Elle offre une éducation sur le diabète et des soins médicaux. L'éducation est passée de trois journées intensives de sept heures à des classes plus courtes, mais comprend davantage de classes optionnelles. Cette tentative délibérée de répartir les séances vise à faciliter l'assimilation de l'information et à donner le temps aux participants de pratiquer entre les classes.

Mandat de la clinique

Aider le patient à vivre avec le diabète et à le gérer par lui-même. « *We give them support to do that. A place to call if they have a problem or a concern.* » (« *Nous leur offrons un soutien pour y arriver et un endroit où appeler s'ils ont un problème ou des préoccupations.* ») La clinique sait qu'elle a réussi à accomplir sa mission en partie lorsque le patient reconnaît qu'il a besoin d'aide. Au fil du temps, la clinique s'est réorientée vers des objectifs plus individuels plutôt que de demander à tous d'atteindre un objectif idéal.

Comblent les besoins de la population

Il y a environ 1 200 clients et de 3 500 à 4 200 visites par année. De plus, la clinique reçoit de 250 à 350 appels téléphoniques par mois, et chacun d'eux doit durer plus de cinq minutes pour être enregistré. On a observé des patients plus jeunes, mais la majorité des patients sont âgés de 45 à 59 ans.

Les nouveaux aiguillages sont triés, et ces personnes obtiennent des soins individuels avec une infirmière ou une diététiste. Les personnes dont le taux d'A1c est élevé obtiennent un rendez-vous dans un délai d'une à deux semaines et reçoivent des soins individuels avec une infirmière avant de participer aux classes. Tous les patients sont suivis de trois à six mois après le programme. La clinique offre également une classe de récapitulation à l'intention des personnes atteintes de diabète depuis de nombreuses années en vue de leur offrir une mise à jour. Cette classe diffère chaque fois en fonction des besoins et accueille de sept à dix personnes. Le taux de participation à cette classe n'est pas particulièrement élevé, car environ la moitié des personnes inscrites s'y présentent réellement.

La clinique compte deux infirmières autorisées à temps plein, trois infirmières autorisées à temps partiel, deux diététistes à temps partiel et une secrétaire. La salle de classe de la clinique est située à l'Hôpital St. Joseph, et les classes ont donc lieu à cet endroit.

La clinique dispense aussi une formation sur l'utilisation des pompes à insuline.

Sensibilisation au prédiabète et dépistage : La clinique offre une classe sur le prédiabète, donnée une ou deux fois par mois selon la demande. On ne procède pas au dépistage, car les médecins s'en chargent.

Niveaux de prévention

**Primaire
(prévention de la
maladie, promotion
de la santé) :**

Les diététistes offrent des classes sur les saines habitudes alimentaires qui s'adressent à toutes les personnes intéressées par la prévention du diabète et non seulement aux patients atteints de diabète.

**Secondaire
(dépistage et
diagnostic précoce) :**

La clinique donne une classe sur le prédiabète et estime qu'il s'agit d'un important service auquel participent la plupart des personnes qui s'y inscrivent. On leur offre beaucoup de ressources communautaires et un rendez-vous individuel avec la diététiste, mais très peu de personnes profitent de cette occasion. La clinique a constaté que davantage de médecins recommandent cette classe.

Tertiaire :

La majorité des personnes qui visitent la clinique ont reçu un diagnostic de diabète, et la plupart du travail de la clinique s'effectue donc à ce niveau.

Équipe de la clinique

Le médecin généraliste du patient aiguille généralement le patient vers la clinique, mais continue d'agir à titre de fournisseur de soins et oriente les soins à long terme. Il se charge d'aiguiller le patient vers les spécialistes nécessaires. La clinique du diabète peut suggérer des soins et collabore avec le patient et le médecin.

**Membres de l'équipe
à l'interne :**

Parmi les membres figurent des infirmières, des diététistes, un physiothérapeute (une heure par semaine) et un podiatre (une heure par mois). De plus, une infirmière itinérante EAD visite les cabinets des médecins.

**Structure
de l'équipe :**

Ils travaillent en équipe même si les diététistes et les infirmières relèvent d'un gestionnaire différent.

**Membres de l'équipe
à l'extérieur :**

Elle comprend un nouveau conseiller en santé au sein de la collectivité et un pharmacien, qui consacre deux heures par mois à l'enseignement. La clinique aiguille également des patients vers des ophtalmologistes (si le médecin traitant initial coche la case à cet effet sur la fiche d'aiguillage) et d'autres spécialistes des soins oculaires, ainsi que vers un endocrinologue.

**Ressources
communautaires :**

La clinique utilise Sobey's pour une classe sur la lecture des étiquettes. Il y a un nouveau conseiller en santé dans la collectivité. Un groupe de diététistes offre un programme appelé Craving Change. On aiguille également certaines personnes vers le programme Mes choix, Ma santé. Des classes de physiothérapie sont données à l'extérieur de la clinique une fois par semaine, et une des églises de la collectivité offre un groupe d'exercice.

**Qualifications et
formation des membres
de l'équipe :**

Tous les membres de l'équipe à l'interne sont des éducateurs agréés en diabète. S'ils ne le sont pas lors de leur embauche, ils doivent se faire agréer dans un délai déterminé. Les membres sont également des ajusteurs d'insuline agréés. En règle générale, ils peuvent suivre la formation pendant leur temps libre. Les diététistes ont quatre jours de formation par année, mais ont de la difficulté à obtenir des fonds pour assister aux conférences. Sur certains étages, on organise des ventes de pâtisseries pour envoyer des gens aux conférences de formation. Les visiteurs pharmaceutiques peuvent également offrir un soutien financier afin de pouvoir inviter un conférencier ou parrainer une personne pour lui permettre d'assister à une conférence. Tous les mois, la clinique tient une réunion sur le diabète à laquelle participent des praticiens d'autres centres, et on essaie de rassembler tous les divers intervenants en diabète afin d'améliorer la communication et l'éducation.

Lignes directrices :

La clinique applique les principes directeurs généraux des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète.

Communication :	La clinique possède des dossiers électroniques et des dossiers papier. Elle effectue également un examen périodique des cas et des examens en groupe pour les cas les plus complexes. On communique avec les patients par courriel, et les résultats sont parfois envoyés à la clinique par télécopieur.
Comorbidités :	La raison d'être de l'éducation est d'éviter les complications à long terme. Il existe un programme intitulé Accès auquel le service de TI de la clinique peut accéder pour donner des détails sur la santé du patient. Les comorbidités sont consignées dans le système. Selon les estimations, plus de 50 p. 100 des patients ont des comorbidités, mais ces chiffres sont seulement donnés à titre indicatif.

Autogestion

Rôle du patient :	Le rôle du patient consiste à gérer son diabète par lui-même.
Rôle de la clinique :	Elle encourage les personnes à venir, mais ne peut les forcer.
Éducation auprès des patients	L'éducation est offerte sous la forme de classes ou individuellement. Elle couvre les notions élémentaires sur le diabète, les soins podologiques et l'exercice. Elle traite également du calcul des glucides et de l'ajustement du dosage d'insuline. La clinique tente de rendre les classes interactives et d'utiliser des plans de conversation pour encourager les patients à participer et à poser des questions. On utilise également des fiches comportant des questions de type vrai ou faux pour favoriser la conversation.
Principaux services offerts :	Une éducation est fournie à ceux qui ont nouvellement reçu un diagnostic de diabète pour qu'ils sachent à quoi s'en tenir. Un suivi est offert sur demande du patient. La clinique du diabète gestationnel a permis de garder les femmes à l'extérieur de l'hôpital jusqu'à l'accouchement. On enseigne les compétences d'autogestion de l'insuline.
Proportion des patients contrôlés :	La clinique ne se sent pas à l'aise de donner une estimation à cet égard.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Il y a un bon équilibre entre le service et la demande. En cas d'urgence, il est possible d'obtenir un rendez-vous immédiatement. Cependant, on estime que davantage de membres de la collectivité pourraient être vus à la clinique : « *I think we are only seeing 25% of the people we could see.* » (« *Je crois que seuls 25 p. 100 des gens qui pourraient nous consulter font appel à nous.* »)

Services manquants :	La clinique aimerait avoir accès à un travailleur social et un psychologue pour aider les patients qui sont déprimés et tristes. On souhaiterait également passer plus de temps dans la collectivité, par exemple, une journée par semaine à Quispamsis et à Hampton. On estime que le fait d'être situé dans un hôpital constitue un obstacle en raison du coût du stationnement et de la durée du trajet pour se rendre à la clinique.
Hôpital :	La clinique offre des consultations aux patients hospitalisés dans le cadre desquelles on évalue leurs connaissances, leur donne un glucomètre et leur enseigne la méthode pour injecter et ajuster l'insuline s'il s'agit d'un élément nouveau pour eux.

Temps d'attente :	Les cas urgents sont gérés plus rapidement, mais le temps d'attente pour un premier rendez-vous est de deux à cinq semaines. Une personne qui se présente au service des urgences est vue la journée même. S'il ne s'agit pas d'une urgence, la personne peut attendre de deux à cinq semaines. Si l'équilibre glycémique d'un patient est compromis, il pourra obtenir un rendez-vous dans un délai de deux à trois semaines. Dix pour cent des 310 patients du mois dernier ne se sont pas présentés à leur rendez-vous, ce qui est habituel pour la clinique. Les patients manquent leur rendez-vous surtout car ils ne peuvent se libérer du travail, n'ont pas les moyens de s'y rendre ou doivent s'occuper d'autres personnes. La clinique appelle les manquants aux rendez-vous et leur offre un autre rendez-vous et, en cas de refus, la personne aiguillée est renvoyée vers le médecin. La clinique n'appelle pas les personnes pour leur rappeler leur rendez-vous.
Méthodes d'offre de service :	La clinique est ouverte cinq jours par semaine de 7 h 30 à 15 h 30, et si les gens ont des préoccupations en dehors de ces heures, ils peuvent se rendre à l'urgence. Le service est offert en personne et par téléphone. Une personne-ressource est désignée pour chaque patient aux fins de la gestion du dossier.
Distances :	La distance la plus longue à parcourir pour se rendre à la clinique est d'une heure. On prend des arrangements pour les femmes atteintes de diabète gestationnel de l'île Campobello pour que le suivi soit effectué par courriel ou par télécopieur. L'analyse de sang est alors effectuée dans la collectivité du patient. Les frais de déplacement représentent un problème pour certains patients.
Dépenses :	Les commentaires sur les travailleurs pauvres et leur incapacité à se payer certaines choses sont plus courants à Saint John. « <i>Strips are not affordable for a lot of people and insulin costs are high.</i> » « <i>Sometimes they choose between food and pills.</i> » (« <i>Les bandelettes ne sont pas abordables pour beaucoup de personnes, et les coûts de l'insuline sont élevés.</i> » « <i>Parfois, ils doivent choisir entre la nourriture et les pilules.</i> ») On estime qu'un patient par jour n'a pas les moyens de payer l'insuline.

Comblar les besoins des patients

Qualité des soins :	La clinique ne dispose pas d'indicateurs mesurables portant précisément sur la qualité des soins, mais elle demande aux patients qui se présentent aux rendez-vous postérieurs au module d'éducation s'ils estiment avoir atteint leurs objectifs. Elle examine également les résultats du laboratoire.
Niveaux de satisfaction :	Les participants remplissent une évaluation à la fin de chaque classe. Les diététistes mènent une enquête deux fois par année, et les soins ambulatoires réalisent une enquête dans toutes les cliniques.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	Un dossier sur le multiculturalisme se trouve sur le lecteur de l'ordinateur de la clinique. Les diététistes disposent d'un document sur la lisibilité, ce qui leur permet de rendre les documents plus simples et plus lisibles. De plus, pour tous les aiguillages, il est possible de cocher une case pour indiquer si la personne a des troubles d'apprentissage ou des déficiences visuelles et de décider si l'environnement le plus approprié pour cette personne est une salle de classe ou une rencontre individuelle.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Deux patients viennent à la clinique depuis longtemps. Le premier visite la clinique depuis dix ans, et l'autre, depuis quinze ans.
Évaluation du service :	Les deux patients ont donné la note de 10. « <i>There's always someone I can call anytime if I have a questions.</i> » (« <i>Je peux toujours appeler quelqu'un si j'ai des questions, et ce, à toute heure de la journée.</i> »)
Rôle du patient et de la clinique :	Les deux patients s'entendent pour dire qu'il s'agit de leur rôle de surveiller leur régime alimentaire et de prendre soin d'eux-mêmes, et que le rôle de la clinique est d'aider et de conseiller les patients. « <i>They are like teachers.</i> » (<i>Ils font office d'enseignants pour nous.</i>)
Éducation auprès des patients :	Les deux patients sont d'avis que la clinique est très bien informée et qu'elle renseigne les patients sur de nombreux sujets entourant le diabète (les caractéristiques, le fonctionnement, les symptômes du diabète, la médication, le régime alimentaire, les exercices, etc.).
Accessibilité :	Les deux patients estiment qu'ils peuvent appeler et obtenir un rendez-vous rapidement au besoin. De plus, ils peuvent obtenir des conseils au téléphone. Aucun des deux n'a éprouvé de difficultés à avoir accès à la clinique.
Dépenses :	Le coût du stationnement constitue une dépense supplémentaire pour les patients.
Satisfaction et plaintes :	Les deux patients ont donné une cote très élevée à la clinique et n'avaient aucune plainte à formuler.



Centre de ressources sur le diabète de Fredericton

1015, rue Regent
Fredericton (N.-B.)
E3B 6H5
T : 506.452.5037

Type de clinique :

Grande clinique (pas en milieu hospitalier)

Profil de la clinique

Le Centre de ressources sur le diabète de Fredericton est la plus grande clinique de la province concernant le nombre de patients. Elle est située à l'intérieur de la clinique médicale de la rue Regent, et à 400 mètres à peine de l'Hôpital régional D^r Everett Chalmers. La clinique dessert une très grande région géographique, dont plusieurs collectivités rurales, et, par l'entremise d'une gestionnaire de cas de diabète des services d'approche (en lien avec la clinique), elle offre des services à distance essentiellement aux régions rurales. Même si la plupart des patients desservis habitent dans un rayon de 10 à 20 km, la clinique offre des services aux personnes de l'ensemble de la zone 3. En raison de son emplacement (au rez-de-chaussée près de l'entrée principale), la clinique reçoit un grand nombre de patients sans rendez-vous. La clinique existe depuis vingt-huit ans.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète en donnant aux patients les outils et l'information dont ils ont besoin pour gérer leur propre maladie.

Comblent les besoins de la population

La clinique dispose des statistiques des visites des patients des quinze dernières années. Le nombre moyen de visites de patients avec rendez-vous au cours des trois dernières années était de 5 392 par année, soit généralement de 400 à 500 rendez-vous par mois. En plus des visites en personne, la clinique assure un suivi médical en faisant des consultations par téléphone. La clinique reçoit environ de 40 à 60 appels téléphoniques chaque jour et environ de 70 à 100 patients sans rendez-vous chaque mois. Selon les chiffres du ministère de la Santé de 2011, 2 200 patients ont reçu des soins individuels à la clinique de Fredericton. Le personnel de la clinique voit environ de 22 à 25 patients par jour et effectue autant de « consultations téléphoniques ». Le nombre de suivis effectués par téléphone au cours des cinq dernières années est en hausse.

Sur le plan démographique, la population des patients est diverse. La clinique offre des soins et des services d'éducation à des étudiants internationaux et à des immigrants. La région abrite également une importante communauté des Premières Nations qui a recours aux services de la clinique. Sinon, il n'y a pas d'autres tendances démographiques distinctes, l'âge et le sexe des patients varient.

La clinique reçoit des patients qui sont aiguillés par des médecins et des professionnels des soins de santé de la région, ainsi que des patients qui se présentent à la clinique de leur propre chef. « *Doctors sometimes just say: go see the girls at the clinic.* » (« *Les médecins parfois se contentent de dire : allez voir les filles à la clinique.* ») Les cabinets de plusieurs médecins sont aménagés aux étages au-dessus de la clinique du diabète, ce qui rend la clinique facilement accessible pour ces patients. Les nouveaux patients sont triés pour déterminer si leur première visite aura lieu dans le cadre d'un cours ou d'une séance individuelle.

La clinique fera trois tentatives pour joindre un patient qui lui a été recommandé, après quoi une lettre est envoyée. Si on n'obtient toujours aucune réponse, le médecin est avisé et les tentatives pour joindre le patient cessent.

La gestionnaire de cas visite les cabinets des médecins de la région afin de contribuer à élargir l'accessibilité des services. Ce service permet de faciliter l'accessibilité des soins pour les patients qui ne disposent pas de moyens de transport ou qui ont de la difficulté à se rendre à la clinique.

La clinique dispense un enseignement sur l'utilisation d'une pompe à insuline et sur l'avant et l'après d'une amorce d'un traitement par pompe à insuline. L'enseignement sur l'amorce de l'utilisation d'une pompe est dispensé par un éducateur indépendant sur l'utilisation de la pompe. La clinique dessert également des patients pédiatriques. Les services d'approche aux cliniques pédiatriques sont dispensés par le personnel de la clinique à l'Hôpital régional D^r Everett Chalmers (à environ 400 mètres de la clinique). On fournit également régulièrement des services d'approche aux cliniques pédiatriques du diabète de la région du Haut de la Vallée. Des visites dans les écoles sont effectuées dans l'ensemble de la zone 3. La clinique dessert environ 110 patients pédiatriques, dont au moins la moitié utilisent des pompes à insuline. Au total, la clinique dessert environ 150 patients en traitement par pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La prévention primaire est limitée. La clinique intervient dans la collectivité principalement pour assurer le dépistage secondaire et l'éducation.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique assure actuellement des services limités de dépistage et de diagnostic précoce dans la collectivité. On se fie aux médecins pour assurer ces services.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Le personnel fournit des soins et des services aux patients atteints de diabète et aux personnes qui les accompagnent afin de les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'éducation. La prestation des soins n'est pas limitée à la clinique. De l'enseignement est couramment offert aux étudiants en soins de santé et aux fournisseurs de soins de santé à d'autres établissements (par exemple MAC, centres de réadaptation, foyers de soins spéciaux, foyers de soins, etc.).

Assurer le suivi :

En utilisant un modèle de soins axé sur les patients, les suivis font l'objet de discussions avec le patient et les membres de la famille. Les patients déterminent la nécessité et la fréquence des suivis à la clinique. Les dossiers des patients ne sont jamais fermés. Les dossiers (documents papier) sont stockés physiquement dans un système de triage à l'intérieur des murs de la clinique, avec les dossiers des patients qui n'ont pas visité la clinique depuis plus d'un an rangés dans un emplacement d'archivage distinct (qui reste facilement accessible) et les dossiers des patients plus récents placés à portée de main dans le bureau de l'adjointe administrative. « *They decide when they don't need us.* » « *We don't have standardized first appointment, and then 2 weeks come, and then 3 months... we ask them if they feel they would like to come for follow-up and when.* » (« *Ce sont eux (les patients) qui déterminent quand ils n'ont plus besoin de nous.* ») (« *Nous n'avons pas de procédure normalisée pour le premier rendez-vous, puis deux semaines, puis trois mois... nous leur demandons plutôt s'ils pensent qu'ils aimeraient venir pour une consultation de suivi et si oui, quand.* »)

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Aucun médecin n'est directement associé à la clinique, avec un espace de bureau ou des heures régulières prévues à l'horaire. Actuellement, l'équipe de la clinique est composée de quatre infirmières spécialisées en diabète : une infirmière bachelière à temps plein ayant son titre d'EAD, une infirmière bachelière à temps partiel sans son titre d'EAD, une gestionnaire de cas de diabète des services d'approche employée à temps plein ayant son titre d'EAD et une nouvelle infirmière bachelière à temps partiel sans son titre d'EAD. La clinique compte également quatre diététistes, ayant chacune leur titre d'EAD, deux qui travaillent à temps partiel et deux qui travaillent selon un horaire à temps plein. Le huitième membre de l'équipe de la clinique est une adjointe administrative employée à temps plein.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Les services de la clinique s'étendent à un certain nombre d'autres cliniques visitées par la gestionnaire de cas des services d'approche, et un large éventail de médecins de famille dans les collectivités desservies. « *Our external team includes all the general practitioners, we have a very good relationship with them.* » (« *Notre équipe*

de l'extérieur est composée de tous les médecins généralistes, avec lesquels nous entretenons une excellente relation. ») Plus précisément, le personnel de la clinique travaille régulièrement de concert avec des pharmaciens, des psychologues (d'enfants et d'adultes), des travailleurs sociaux, des endocrinologues (notamment le Dr Pelkey à Waterville et la Dr^e McGibbon à Fredericton), des pédiatres, des obstétriciens, des internistes, des cardiologues et des médecins de famille des collectivités de l'ensemble de la zone 3. Le personnel aiguille également des patients vers des ophtalmologistes, mais n'entretient pas beaucoup de relations et de contacts avec eux.

Structure de l'équipe :

Les tâches de coordination et de gestion de la clinique sont réparties entre une diététiste et une infirmière. La structure de l'équipe est telle que le personnel de la clinique relève de ces deux gestionnaires. La structure de l'équipe est considérée comme étant relativement horizontale. « *We all work together for the same goal; it's a team, all equal parts.* » (« *Nous travaillons ensemble dans le même but; nous formons une équipe, nous sommes des partenaires à part égale.* »)

Comorbidités :

La plupart des patients atteints du diabète de type 2 présentent une comorbidité. Le personnel de la clinique procède à une évaluation complète du patient lors de la première visite pour évaluer non seulement les antécédents médicaux et la présence d'une comorbidité, mais également pour déterminer les obstacles, les facteurs sociaux et les facteurs économiques qui auront une incidence sur l'autogestion.

Les patients et le personnel de la clinique entretiennent des liens étroits avec les membres de l'équipe de l'extérieur et d'autres professionnels des soins de santé (par exemple pharmaciens, responsables du Programme extra-mural, services de traitement des dépendances et de santé mentale, etc.). La mise en place de la collaboration permettant d'assurer la prestation des soins des comorbidités et des autres problèmes de santé (associés directement ou indirectement au diabète) des patients ne nécessite habituellement qu'un appel téléphonique. Le personnel de la clinique n'aiguille pas directement les patients vers des spécialistes, mais les liens étroits qu'il entretient avec les médecins et les spécialistes permettent de renforcer et d'accélérer ce processus. À l'occasion, si une préoccupation immédiate se présente, le personnel peut téléphoner pour fixer un rendez-vous avec le médecin de famille du patient.

Le personnel de la clinique a noué des liens étroits avec les services communautaires, comme le YMCA, les diététistes qui travaillent dans la communauté, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON), les travailleurs sociaux, les banques alimentaires, etc. La portée de la clinique est très large à l'extérieur des murs de la clinique. En fait, la clinique entretient également des liens avec le groupe de soutien de l'Association canadienne du diabète, créé en 1985, à Fredericton, et qui est probablement le seul groupe du genre dans la province. Le personnel de la clinique orientera les patients vers ces services extérieurs en leur fournissant les numéros de téléphone ou d'autres renseignements, au besoin. Dans le cas de tous renvois vers des services extérieurs, c'est aux patients, dans la plupart des cas, qu'il incombe de faire les démarches et de les contacter. « *We believe as much as possible in empowering people instead of doing things for them.* » (« *Nous croyons qu'il est préférable, dans la mesure du possible, de favoriser l'autonomie des gens plutôt que de faire les choses pour eux.* »)

Communication :

À l'interne, la communication est informelle et formelle. De manière informelle, les membres de l'équipe se rencontrent dans les corridors, échangent et collaborent en tant qu'équipe. Le travail est très largement partagé entre les membres de l'équipe. « *We're not territorial, very flexible. If I'm with a person and have a question, I get up and find someone else, pull them in if I need to.* » (« *Nous ne sommes pas territoriaux, mais très souples. Si je suis avec un patient et que j'ai une question à laquelle je ne peux répondre, je me lève et je trouve une personne qui peut y répondre, et je la fais intervenir si c'est nécessaire.* ») De manière formelle, tous les renseignements sur les patients sont inscrits au moyen d'un processus normalisé qui fait en sorte que ces renseignements sont mis à la disposition de l'ensemble de l'équipe. « *When we go back and read a person's notes we can check and pick up where that person left off.* » (« *Lorsque nous retournons dans le dossier et lisons les notes laissées par une personne, on peut vérifier et reprendre là où la personne en était.* ») Le personnel de la clinique travaille en étroite collaboration, et tous les renseignements sont diffusés et partagés entre les membres de l'équipe.

Même si le système de tenue des dossiers est normalisé, le système d'ordonnancement des rendez-vous ne l'est pas. L'ordonnancement se fait sur papier, à l'aide d'un folio de type agenda pour chaque membre de l'équipe, déposé sur le bureau à la réception pour que tous puissent y avoir accès et vérifier la disponibilité de chaque membre en cas de besoin.

La communication avec les membres à l'extérieur est un peu plus formelle. Les recommandations des médecins et les rapports des patients sont formellement transmis par courrier ou par télécopieur. De manière informelle, le personnel de la clinique échange régulièrement avec les membres de l'équipe de l'extérieur par téléphone ou par courriel pour collaborer et partager de l'information (dans les deux sens). « *Physicians are extremely accessible to us. Even the endocrinologist, cardiologist or ophthalmology...* » (« *Les médecins nous sont aisément accessibles, qu'il s'agisse de l'endocrinologue, du cardiologue, de l'ophtalmologiste, etc.* »)

La communication avec les patients se fait en personne, par téléphone ou, dans certains cas, par courriel. La clinique reçoit un certain nombre d'appels, qui sont filtrés à la réception. Si le patient a une question à laquelle la réceptionniste ne peut pas répondre, elle transmettra l'appel à une éducatrice disponible ou prendra le message. On répond rapidement aux messages et les appels urgents sont traités sur le champ. Pendant les heures d'ouverture de la clinique, il y a toujours quelqu'un de disponible pour répondre au téléphone.

Autogestion

Rôle du patient :

La clinique rend le patient aussi autonome que possible, les soins sont déterminés par le patient. « *We don't have an agenda. We provide care on what patients need and the patient directs and is responsible* » (« *Nous n'avons pas d'agenda. Nous fournissons des soins en fonction des besoins du patient, et le patient oriente la prestation de ces soins et en est responsable.* ») La clinique fournit des soins dans le contexte du modèle de soins des maladies chroniques. Les patients sont informés du fait que la clinique est là pour les aider, les informer et leur fournir de l'assistance, mais la décision ultime leur revient. Le rôle de la clinique est de fournir des renseignements crédibles que le patient peut comprendre pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées sur la façon dont il veut s'occuper de sa santé.

La clinique n'a pas de problèmes avec le non-respect des rendez-vous, ce qui est attribué au modèle de soins axé sur le patient. « *We don't have a lot of no-shows because patients decide their own follow-ups.* » (« *Il n'y a pas beaucoup de patients*

qui ne se présentent pas à leur rendez-vous, puisque ce sont eux qui décident de leurs propres suivis. ») Rien de particulier n'est fait pour réduire le nombre de cas de non-respect de rendez-vous, mis à part quelques appels de rappel de rendez-vous aux patients qui sont plus susceptibles d'oublier ou qui ont fait la demande de recevoir un appel de ce genre (quelques patients).

Relation entre les professionnels et les patients :

Les relations entre les professionnels et les patients sont très ouvertes et personnelles. La méthode de « remise à zéro du compteur » est utilisée assurant les patients qu'ils ne seront pas jugés même s'ils n'ont pas fait ou n'ont pas respecté certaines choses. « *They know they can call anytime, an open-door policy. They come here knowing we're going to start with a clean sheet every time they come.* » (« Ils savent qu'ils peuvent téléphoner en tout temps, et que nous maintenons une politique de libre accès. Ils viennent ici en sachant que nous allons remettre le compteur à zéro chaque fois qu'ils se présenteront. ») Les patients apprennent à connaître et à travailler avec chacun des membres de l'équipe à un moment ou à un autre, sans qu'il y ait de différence perceptible entre une infirmière spécialisée en diabète et une diététiste; ce sont toutes des éducatrices spécialisées en diabète. Le personnel de la clinique entretient également des relations très étroites avec les médecins de la région et jouit du respect de la communauté médicale. Les membres du personnel de la clinique sont perçus comme des fournisseurs de renseignements sympathiques et des défenseurs des intérêts des patients. On considère que ces membres « *are...doing everything possible in providing them information or just telling them where to go for resources they need to better manage their health.* » (« font tout de leur possible pour fournir des renseignements aux patients ou pour leur dire où aller pour trouver les ressources dont ils ont besoin pour mieux gérer leur santé ».)

Éducation auprès des patients :

La clinique offre des services d'éducation non structurés, individualisés et axés sur le patient. Les thèmes traités vont des questions sociales (sur la façon de faire les meilleurs choix dans certaines circonstances), aux questions liées à l'alimentation et au régime alimentaire et à tout ce qui se situe entre ces thèmes. Il n'y a pas de programme d'éducation structuré, la clinique utilise de multiples outils et l'information est personnalisée afin de répondre aux besoins et aux préoccupations du patient. La clinique propose également des cours de groupe sur les notions de base aux patients nouvellement diagnostiqués (ou pour actualiser les notions dans le cas d'un patient qui n'a pas visité la clinique depuis longtemps). Les cours réguliers à l'intention des patients atteints du diabète de type 2 sont donnés sur une base hebdomadaire, sont d'une durée de deux heures et sont animés par une infirmière et une diététiste. Ces cours portent sur les notions de base du diabète et les changements au fil du temps, ils abordent aussi le traitement à l'insuline et le régime alimentaire requis. Les groupes sont habituellement formés de cinq à six patients (à cause du manque d'espace). Des cours sont aussi offerts sur une base hebdomadaire aux patients atteints de prédiabète. Ils sont d'une durée plus courte (environ une heure) et sont dispensés à environ quatre patients à la fois. Des cours à l'intention des patients hospitalisés atteints de diabète sont également offerts sur une base hebdomadaire. Le contenu du cours est adapté pour ce groupe.

Principaux services offerts :

La clinique a une politique de libre accès qui est très clairement communiquée aux patients en leur indiquant qu'ils peuvent appeler ou passer à la clinique à n'importe quel moment. On favorise une communication exempte de jugement avec les patients, afin de faire en sorte que chacun se sente à l'aise de poser des questions et de partager ses antécédents. La clinique fournit des soins individualisés afin de veiller à ce que les besoins et les préoccupations des patients soient pris en

compte. Il n'y a pas d'horaire de suivi structuré, et on ne suit pas un programme d'éducation à horaire fixe, à l'exception des séances de groupe. Si nécessaire, le personnel de la clinique défend les intérêts des patients. En plus d'offrir des services d'éducation aux patients, la clinique fournit régulièrement de la formation et de l'enseignement en rapport avec le diabète aux professionnels de la santé.

*« I count more on her than I count on my doctor, and the doctor knows that. »
(Patient)*

(« Je compte davantage sur elle que je compte sur mon médecin, et mon médecin le sait. » (Un patient)

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel de la clinique ne dispose pas d'une mesure officielle du degré d'autogestion des patients, mais a indiqué que les patients s'investissent dans leurs soins. Les patients ont reconnu avoir renforcé leur confiance, leurs compétences en autogestion et leur contrôle du diabète à la suite des interventions du personnel de la clinique.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète traite un grand nombre de patients de multiples sources et gère la demande de services efficacement grâce à des processus réglés avec précision, à des idées d'économie de l'espace et à une approche holistique du travail d'équipe.

Les heures d'ouverture de la clinique sont de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi, mais la clinique est fermée à l'heure du dîner entre 12 h 30 et 13 h 15. Il n'y a habituellement pas d'heures de services prolongées.

« The only thing is the hours... When visiting you have to take time off. » (Patient)

(« Le seul point négatif ce sont les heures d'ouverture... Il faut prendre congé pour se rendre à la clinique. » (Un patient)

Services manquants :

Le manque d'espace constitue l'une des principales contraintes de la clinique. Une visite des lieux permet de constater comment des petites pièces de rangement ont été transformées en salle des patients, et comment la clinique partage l'espace avec la clinique après les heures normales et partage une salle de conférence avec le reste de la clinique médicale aux fins d'enseignement. La salle de conférence ne peut accueillir plus de cinq à six patients à la fois. Mis à part l'espace, le personnel de la clinique fait état d'un besoin criant de services d'évaluation des pieds et d'éducation sur les soins des pieds. On note aussi l'absence de services en psychologie et en travail social. Le personnel de la clinique est souvent appelé à jouer un rôle de consultation pour des services pour lesquels il estime pouvoir s'occuper. *« We can make referrals... but it's a long wait. » (« On peut orienter les patients vers d'autres services... mais l'attente est longue! »)*

Temps d'attente :

Le temps d'attente pour un premier rendez-vous est d'ordinaire relativement court, dans les deux à trois semaines environ et plus tôt pour les patients dont le cas est plus urgent, soit parfois le jour même. Le mandat de la clinique est de limiter le temps d'attente à un maximum de trois semaines pour le premier rendez-vous ou la première visite. *« There are always urgent spots. They call us for emergencies. » (« Il y a toujours des temps réservés aux urgences. On nous appelle pour des urgences. »)* Les rendez-vous de suivi à la clinique sont déterminés par les patients. Selon les besoins des patients, on peut les voir toutes les semaines, tous les mois, tous les trois mois, tous les six mois ou une fois par année.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts pour la plupart en personne et par téléphone. Les rendez-vous de suivi par téléphone ont augmenté et sont particulièrement importants durant l'hiver quand les patients éloignés sont réticents à se déplacer. Certains suivis sont faits par courriel, avec les patients qui envoient leur taux de sucre dans le sang avant l'amorce d'une discussion de suivi par courriel. Le personnel de la clinique visite également le service pédiatrique à l'hôpital (pour les patients externes) une fois par semaine (le mercredi après-midi). Le personnel visite également régulièrement des patients hospitalisés.

« They are always available, any time of day, by phone, email. I call and I can count on them anytime. » (Patient)

« Ils sont toujours disponibles, à toute heure du jour, par téléphone et par courriel. Je peux téléphoner et je peux compter sur eux en tout temps. » (Un patient)

Distances :

La région desservie est très vaste, et les patients peuvent faire jusqu'à une heure de route, ou un trajet de 60 à 70 km, pour se rendre à la clinique. La durée moyenne du trajet est de 10 minutes. Il y a un service de transport en commun (par autobus) dans la région, et un autobus passe à proximité de la clinique à intervalles réguliers. Moins de 10 % des patients utilisent les services d'autobus. Un stationnement payant (exigeant des frais de 3 \$) et des services de taxi sont également disponibles pour les patients.

Autres obstacles :

Les facteurs économiques sont souvent des obstacles importants aux soins et à l'autogestion des patients. *“Big issue is people that can't afford medicine and testing supplies, we see that a lot and we try to help.” « Un problème majeur reste les personnes qui n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments et des fournitures d'analyse, c'est fréquent, et nous essayons de leur venir en aide. »* Cela a une incidence sur la capacité de contrôler et de gérer la maladie, surtout si un patient n'a pas accès à des médicaments ou aux outils lui permettant de vérifier sa glycémie.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique réalise un sondage auprès des patients et dispose d'une boîte à la clinique pour recueillir les commentaires et la rétroaction des patients. Les résultats montrent des niveaux de satisfaction très élevés. *«The feedback from patients and physicians is overwhelmingly positive. Feedback from surveys is good. »)* (« La rétroaction des patients et des médecins est extrêmement positive. Les commentaires reçus dans le cadre du sondage sont bons. »)

Élément particulier à cette clinique :

Le personnel de la clinique entame chaque visite de patient en « remettant le compteur à zéro » et habilite le patient à participer au processus de soins. Le patient fait partie de l'équipe et oriente les soins et les services fournis. La clinique dessert également une très vaste collectivité géographique, de nature rurale et urbaine. La clinique adopte une approche holistique du travail d'équipe, chacun collabore avec les autres, ce qui permet le partage et le chevauchement des rôles. *« We all have the same philosophy that our care is based on patient need, patient driven. » (« Nous avons tous la même philosophie, à savoir que nos soins sont axés sur les besoins du patient et sont déterminés par le patient. »)* La clinique va également à la rencontre des patients qui n'auraient pas autrement accès à la clinique, grâce au travail de la gestionnaire de cas, qui se déplace principalement

vers les cliniques de médecins dans les collectivités rurales, à l'extérieur de la ville.
« *The same as an educator in the clinic, just in a different location.* » (« *Elle fait le même travail qu'une éducatrice à la clinique, mais dans un contexte différent.* »)

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant. La clinique aide les patients en répondant à leurs besoins sur une base individuelle.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La région compte une importante collectivité des Premières Nations, des communautés multiculturelles et des personnes âgées dont les niveaux d'alphabétisation sont peu élevés. Pour leur venir en aide, le personnel de la clinique permet des rendez-vous plus longs, se dote de plus d'outils visuels, explique davantage et, surtout, offre des séances individualisées fondées sur les besoins et la rétroaction des patients. La plupart des patients sont anglophones, et deux infirmières et une diététiste sont bilingues et peuvent servir les patients francophones, au besoin.

Encouragement adressé à la famille :

On encourage les conjoints et les membres de la famille à accompagner les patients lors de leurs visites à la clinique, et c'est souvent le cas.



Clinique – Hôpital régional d'Edmundston

275, boulevard Hébert
Edmundston (N.-B.)
E3V 4E4
T : 506.739.2459

Type de clinique :
Grande clinique (milieu hospitalier)

Profil de la clinique

La clinique à l'Hôpital régional d'Edmundston offre ses services à un grand nombre de patients dans la région nord-ouest du Nouveau-Brunswick et parfois du Québec. Les patients parcourent jusqu'à 40 km pour s'y rendre et viennent d'aussi loin que Saint-Léonard. Les patients qui utilisent des pompes à insuline auront tendance à franchir des distances plus longues (100 km). La clinique d'Edmundston existe depuis vingt-quatre ans, et la plupart des membres de son personnel y travaillent depuis de nombreuses années.

Mandat de la clinique

La clinique dispense ses services à tous les patients qui utilisent une pompe à insuline dans la région nord-ouest (Réseau Vitalité) de la province. Elle met aussi l'accent sur un travail d'éducation de base pour que les patients puissent comprendre la nature de leur maladie et la prendre en charge plus efficacement. La clinique vise à être aussi accessible que possible et à répondre aux besoins des patients le mieux possible.

Comblent les besoins de la population

La clinique a tous les mois une liste d'attente de patients qui attendent leur premier rendez-vous à la clinique du diabète. On dénombre environ 90 patients dans cette situation chaque mois, et ce nombre augmente. De plus en plus de patients atteints de prédiabète consultent, dirigés vers la clinique par des médecins. Ils constituent une bonne partie de ceux qui composent la liste d'attente parce que leur cas n'est pas prioritaire. Les cas en attente résultent en grande partie du fait que les heures de la diététiste sont limitées. « *Elle ne fournit pas, il y a beaucoup d'attente.* » On constate également une hausse du nombre de cas de diabète gestationnel; on fait le dépistage de la maladie auprès d'un nombre beaucoup plus grand de femmes enceintes qu'avant. « *Les normes sont plus sévères dans les derniers quatre ans.* » La clinique obtient un excellent soutien de la collectivité médicale. Les médecins font confiance à son personnel et aux services qu'ils dispensent, et ils sont de plus en plus enclins à diriger des patients vers la clinique de diabète.

La clinique n'a pas le compte exact des patients qui la fréquentent, mais on estime ce nombre à environ 500 nouveaux patients par année et beaucoup plus de 1 000 cas. Le ministère de la Santé dénombrait 1 065 patients en 2011. La demande augmente. La clinique dispense ses services à des enfants et à des patients qui utilisent une pompe à insuline.

La clinique soigne des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2. La plupart des patients sont défavorisés sur le plan socio-économique, leurs ressources financières sont très limitées et leur alimentation déficiente. La majorité des patients sont sédentaires et n'ont pas les moyens de fréquenter un centre de conditionnement physique. Les patients appartiennent à différents groupes d'âge. La plupart des patients plus âgés présentent des comorbidités.

Les nouveaux patients sont pour la plupart dirigés vers la clinique par les médecins de la région. La clinique reçoit environ 16 nouveaux patients recommandés par mois, par rapport à trois ou quatre auparavant. D'autres patients ont été dirigés vers la clinique par les infirmières ou les diététistes du Programme extra-mural, les diététistes d'autres services de l'hôpital, et à l'occasion, les patients se présentent à la clinique de leur propre chef. Au cours du premier rendez-vous, on recueille des renseignements pour constituer le dossier. Le patient passera une heure avec l'infirmière et encore une heure avec la diététiste au cours de cette consultation initiale. Les patients hospitalisés dans les différents services peuvent également être dirigés vers la clinique pour amorcer leur nouveau traitement à l'insuline ou apprendre à utiliser une pompe. Le personnel de la clinique effectuera aussi de temps en temps des consultations liées à un travail d'éducation sur le diabète dans différents services. Les temps d'attente pour un premier rendez-vous sont déterminés par le système de triage. Les patients qui amorcent leur traitement à l'insuline auront la priorité. « *Ça presse donc on va essayer de faire un trou.* » Il peut arriver que cette consultation initiale pour les patients qui amorcent leur traitement à l'insuline ait lieu seulement avec l'infirmière spécialisée en diabète (et non avec la diététiste) en raison de la disponibilité limitée de celle-ci. Toutefois, on prendra un rendez-vous avec la diététiste si le besoin s'en fait sentir.

Si le patient est un bon sujet pour les séances en groupe, on lui demandera de participer à une séance de 105 minutes (dans les trois mois de sa première visite), animée par une infirmière, un pharmacien et une diététiste. Une deuxième séance en groupe est prévue la semaine suivante, animée cette fois par une infirmière, une diététiste et un psychologue. La troisième séance en groupe est prévue trois mois plus tard, et sert davantage aux fins de suivi et pour répondre aux questions des patients.

À ce moment-là, on évalue la nécessité de visites de suivi individuelles, en fonction de l'état du patient. Les rendez-vous de suivi peuvent avoir lieu à intervalle de quelques semaines, de quelques mois ou d'une année. Tous les patients font l'objet d'un suivi au moins une fois par an, à moins qu'ils refusent ou qu'ils ne se présentent pas au rendez-vous. Ceux dont la maladie n'est pas bien contrôlée (les patients plus instables) ont des rendez-vous de suivi à intervalle de trois mois, tandis que cet intervalle est de six mois pour ceux qui sont « assez stables » et d'un an pour les patients qui n'ont plus besoin de médicament ou qui contrôlent très bien leur diabète.

La clinique montre aux patients comment utiliser une pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique n'effectue pas de travail de prévention de la maladie ou de promotion de la santé dans la collectivité, à l'exception des visites d'écoles à l'automne pour éduquer le personnel enseignant des écoles par rapport aux enfants atteints de diabète.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le dépistage et le diagnostic précoce n'incombent pas à la clinique. On s'en remet aux médecins pour cela.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications (la plupart du temps au moyen de consultations individuelles auprès de la diététiste et de l'éducateur agréé en diabète).

Assurer le suivi :

La clinique met beaucoup l'accent sur le suivi des patients. Son personnel se chargera de téléphoner aux patients et de les motiver, et leur demandera de prévoir une consultation de suivi. La clinique dispose d'un système de triage pour déterminer le temps d'attente avant les rendez-vous de suivi. « *Si il est stable, 3 ou 4 mois.... On fait certain que le patient est cédulé avant qu'il parte.* »

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe de la clinique compte plusieurs membres, notamment une infirmière à plein temps spécialisée en diabète, une infirmière à temps partiel et deux infirmières remplaçantes (une infirmière du centre des soins ambulatoires et une infirmière à la retraite qui remplace quand le personnel est malade ou en vacances); et deux diététistes à temps partiel dont les heures conjuguées composent une pleine charge. Une personne s'apprêtait à passer l'examen d'agrément d'éducateur en diabète au moment de l'entrevue. Personne ne possédait l'agrément au moment de l'entrevue.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe de la clinique compte un endocrinologue (le Dr Pelke) qui dispense des services à distance de l'hôpital de Grand-Sault quand il s'y rend. Il ne se rend pas à l'hôpital d'Edmundston. La clinique a aussi accès à la réceptionniste du service des soins ambulatoires. En fait, elle partage ses locaux avec le service des soins ambulatoires. L'équipe compte également un pharmacien et un psychologue qui sont présents pour les séances en groupe. Le personnel de la clinique a également un accès direct à un certain nombre de médecins, à une infirmière en soins du pied à qui on recommande les patients, et à un travailleur social. On peut aussi recourir à ces professionnels de la santé en cas de besoin.

En ce qui a trait à d'autres soins spécialisés, l'infirmière de la clinique fera des recommandations aux médecins de famille, mais elle ne se chargera pas elle-même de recommander les patients (par exemple à l'ophtalmologiste).

La clinique a récemment rencontré un « coach de motivation » pour les personnes atteintes de diabète, à qui son personnel peut avoir accès ou vers qui il peut diriger des patients, mais elle n'avait pas encore utilisé ce service au moment de l'entrevue.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe travaillent réellement ensemble et ne considèrent pas nécessairement qu'une personne en particulier représente le « patron » ou la personne en charge. Deux infirmières principales et une diététiste semblent agir à titre de responsables des services de la clinique, et Denise est la ressource la plus expérimentée; elle est considérée comme la personne en charge et la spécialiste. Toutefois, les trois membres de l'équipe relèvent d'une personne différente. Les infirmières relèvent de l'infirmière en chef du service des soins ambulatoires de l'hôpital, tandis que la diététiste relève de la diététiste en chef de la région. L'équipe travaille avec les équipes des cliniques du diabète de Grand-Sault et de Saint-Quentin aux fins d'échange d'information.

À l'interne, la clinique a réellement deux équipes. Une équipe du mardi, mercredi et jeudi, et une équipe du lundi et vendredi. Les équipes sont composées d'une infirmière et d'une diététiste. On fonctionne de cette façon pour s'assurer que les patients ont toujours le même service, car ils sont toujours assignés à la même équipe à moins d'une situation d'urgence.

Comorbidités :

La plupart des patients présentent des comorbidités. Aucun détail précis n'a été fourni à ce sujet.

Communication :

Les communications sont surtout de nature informelle à la clinique. Les membres de l'équipe travaillent en étroite collaboration et ne prennent aucune décision à moins que la principale diététiste et les deux infirmières principales spécialisées en diabète ne s'entendent. À l'extérieur, la clinique du diabète d'Edmundston est liée aux cliniques de Saint-Quentin et de Grand-Sault, et leur personnel se rencontre tous les trois mois pour examiner les soins à prodiguer aux patients, échanger de l'information, des idées et des réflexions sur les processus et la coordination des soins.

Les infirmières spécialisées en diabète téléphonent aux membres de l'équipe à l'extérieur (médecins, infirmière spécialisée en soins du pied) pour obtenir leur aide au besoin. Elles ont le sentiment que les médecins de la région ont beaucoup de respect pour le rôle qu'elles occupent, et à ce titre, elles ont de bonnes relations avec eux. « Si Denise appelle un médecin, il écoute. Ils ont plein confiance. »

Autogestion

Rôle du patient :

Le patient doit se charger d'établir des objectifs réalistes et travailler à les atteindre pour devenir autonome et compter de moins en moins sur la clinique et sur l'aide médicale pour prendre en charge son diabète. « *Je leur demande leur but pour chaque rendez-vous. Faut pas juste leur dire, ça marche pas.* »

La clinique est confrontée à un nombre substantiel de patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous (le pourcentage exact n'est pas disponible). Son personnel travaille très fort à réduire ce nombre et à fixer aux patients un nouveau rendez-vous. La réceptionniste des services ambulatoires téléphone au patient la veille de son rendez-vous, en guise de rappel. S'il annule ou s'il ne se présente pas, l'infirmière spécialisée en diabète examinera le dossier du patient et les résultats d'analyse et elle lui téléphonera pour prendre un autre rendez-vous ou pour tâcher de le convaincre de se présenter, en particulier si la situation l'exige en raison des résultats d'analyses. L'absence d'intérêt, ou l'apathie, et le manque de transport constituent les principales raisons invoquées par le patient pour ne pas se présenter à son rendez-vous.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients comptent sur le personnel de la clinique ou sur les médecins pour leur dire ce qu'il faut faire et pour faire les choses à leur place. Le personnel travaille dur pour donner aux patients les moyens de se prendre en charge et pour leur apprendre qu'ils ont la responsabilité de gérer eux-mêmes leur état. La relation entre les professionnels et les patients est très amicale et tout le monde se sent à l'aise, comme dans une famille. Les infirmières spécialisées en diabète établissent des relations solides avec leurs patients et avec les membres de leur famille. Elles n'hésiteront pas à téléphoner à une personne quand elles reçoivent les résultats d'analyse ou à les encourager, ou encore, à les diriger vers des ressources à l'extérieur.

Éducation auprès des patients :

Tous les patients doivent participer à trois séances en groupe à moins de refuser de participer à un groupe ou de ne pas être considérés comme aptes à ce type de rencontre. La première séance a lieu dans les trois mois de la première consultation du patient à la clinique (équipe : diététiste, infirmière, pharmacien), la deuxième a lieu la semaine suivante (équipe : diététiste, infirmière, psychologue), et la troisième, aux fins de suivi, est fixée trois mois plus tard. Les séances portent sur la nutrition, l'exercice et les médicaments.

Principaux services offerts :

La clinique vise à fournir à ses patients un accès rapide aux services. C'est la principale difficulté. « *De les rencontrer le plus vite possible... c'est avec ça qu'on a plus de misère.* » L'une des infirmières a reçu une formation ayant trait à l'utilisation des pompes à insuline et elle verra les patients tant à la clinique qu'à leur domicile. Les infirmières se rendront également à l'hôpital de Grand-Sault pour y rencontrer les patients qui utilisent ces pompes. Les consultations de suivi auprès des patients, y compris les séances en groupe, ont toujours lieu en équipe, à moins qu'il y ait une affaire urgente et que la diététiste ne soit pas disponible. Ainsi, l'accent est mis sur l'alimentation et le régime alimentaire.

Proportion des patients contrôlés :

La clinique n'a pas de données exactes sur le nombre de patients qui sont parvenus à contrôler leur diabète. Ce contrôle n'est pas à la portée de tous en raison des effets de la pauvreté et des problèmes de santé mentale. Toutefois, pour un bon nombre de patients, la situation est sous contrôle, ce qui est plus facile chez les patients plus jeunes. « Plus ils sont jeunes, plus c'est facile. » « Si ils n'ont pas d'éducation de base ou pas beaucoup d'argent, c'est difficile. » La clinique consacre beaucoup de temps à examiner les résultats des tests et des analyses de sang. Cela constitue leur indicateur le plus important des niveaux de contrôle exercés par le patient. « Avant qu'ils entrent pour leur rendez-vous, on va voir les résultats de laboratoire. Cela donne un gros indice. »

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte du lundi au vendredi jusqu'à 18 h pour répondre aux besoins des patients qui travaillent. La clinique comble de son mieux les besoins des patients et fait preuve de souplesse sur le plan des modalités.

« Des fois... elle m'appelle à 6 h 30! » (Un patient)

Services manquants :

Le personnel de la clinique a le sentiment très net qu'on manque de ressources, surtout en ce qui a trait aux services de la diététiste (deux personnes à temps partiel, à l'heure actuelle). Ses membres sont aussi d'avis que les soins du pied devraient être offerts à la clinique étant donné que les patients qui n'ont pas d'assurance ne peuvent pas s'offrir ce type de services. Le recours à un superviseur ou à un gestionnaire serait également bénéfique pour surveiller la procédure et les règles, y compris par rapport à la mise à jour des manuels et de la documentation existants. Le personnel de la clinique est aussi d'avis que les différents services de l'hôpital ne profitent pas pleinement de l'éducation sur le diabète, que les infirmières des différents services devraient mieux coordonner les soins avec les ressources de la clinique ou qu'elles devraient mieux s'informer elles-mêmes sur la façon de fournir des soins adéquats du diabète à leurs patients. La clinique « emprunte » du temps à la réception des différentes unités, et son personnel a le sentiment que la clinique aurait besoin d'un employé administratif pour effectuer les appels de suivi ou pour filtrer les appels des patients. De plus, la clinique ne dispose pas d'une salle consacrée au travail d'éducation des patients. L'équipe doit partager cet espace (la salle de conférence), ce qui complique encore davantage la coordination du calendrier et des rendez-vous et constitue un obstacle à la disponibilité des services.

Temps d'attente :

On traite les cas urgents dans la semaine (en général, seule l'infirmière spécialisée en diabète s'en occupe). Les patients atteints de prédiabète et qui désirent une consultation auprès de la diététiste devront en général attendre environ quatre semaines avant de l'obtenir. On fixe aux patients un rendez-vous à une séance en groupe, quand ils le peuvent, pour réduire les temps d'attente. Sinon, en ce qui a trait aux rendez-vous individuels, le temps d'attente peut atteindre 10 semaines, ou 18 semaines pour le suivi auprès de la diététiste.

TEMPS D'ATTENTE :	Urgent	Non urgent
Diététiste :	4 semaines	18 semaines
Groupe :	10 semaines	13 semaines
Diététiste et infirmière :	1 semaine	10 semaines

Méthodes d'offre de service :

La clinique tente de mobiliser les patients de toutes les façons possibles. Son personnel passe beaucoup de temps dans les séances en groupe et les rencontres individuelles. Les infirmières passent aussi de nombreuses heures au téléphone pour effectuer le suivi des patients. Même si l'on demande aux patients de téléphoner à la clinique pour qu'on puisse passer en revue leurs résultats, la plupart ne le font pas et les infirmières se chargent d'appeler les patients à la maison et de fixer un rendez-vous pour une visite en personne si l'intervention est jugée nécessaire. L'infirmière qui montre aux patients comment utiliser la pompe à insuline se rend même à leur domicile ou à l'hôpital de Grand-Sault, et elle va vers eux, et non l'inverse, pour leur transmettre les connaissances et les directives dont ils ont besoin.

« Elle est toujours disponible au téléphone, soit tout de suite ou le lendemain. » (Un patient)

Distances :

Les patients les plus éloignés de la clinique mettent environ une heure pour s'y rendre, et un bon nombre d'entre eux viennent de Claire et d'autres collectivités du Nord-Ouest, à environ 30 minutes de la clinique. La plupart des patients mettent 10 minutes pour s'y rendre. Il n'y a pas d'autobus dans la région, mais on peut recourir à un service de taxi. La clinique offre des bons de taxi aux personnes qui n'ont pas les moyens de se déplacer en taxi (dans les limites de la ville). Les services à distance de la ville se limitent à cela.

Stationnement :

Le stationnement est gratuit à l'hôpital. Les patients se plaignent parfois que le stationnement est trop loin des portes principales quand ils doivent garer leur véhicule tout au fond du stationnement, quand il y a beaucoup de monde à l'hôpital.

Autres obstacles :

La faiblesse du revenu constitue un obstacle aux soins et aux services dans la région. Les patients qui n'ont pas de couverture d'assurance peuvent présenter une demande de prestations de soins, mais cela exige de nombreuses formalités (formulaires). La faiblesse du revenu est souvent associée à de faibles taux d'alphabétisation, ce qui rend difficile l'accès ou même la compréhension des programmes de prestations de soins. Le coût des bandelettes d'analyse n'est pas remboursé pour les patients recevant l'aide sociale et n'ayant pas besoin d'insuline. Ces bandelettes représentent bien souvent une dépense excessive et la clinique vient en aide aux personnes chaque fois qu'elle le peut, mais cela devient de plus en plus difficile, car elle obtient de moins en moins de fournitures des entreprises pharmaceutiques. *« On en donne des fois mais pas supposé. Avant les représentants envoyaient des bandelettes mais moins maintenant. Va venir impossible de leur donner quoi que ce soit. »*

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Les patients peuvent remplir un questionnaire de sondage sur les services reçus quand ils se rendent à l'hôpital. C'est ainsi que l'hôpital évalue les services, y compris les services offerts à la clinique du diabète. On n'a signalé à la clinique aucun problème fondé sur les résultats de ces questionnaires. Le personnel de la clinique est d'avis que ses patients sont satisfaits et apprécient les services de son personnel.

Élément particulier à cette clinique :

La clinique met l'accent sur une approche en équipe, et bien que les services des diététistes soient divisés, son personnel a su contourner la situation en créant deux équipes (une qui travaille les lundis et les vendredis avec une diététiste, et l'autre les mardis, mercredis et jeudis avec l'autre diététiste). L'approche du personnel est entièrement pratique et il travaille dur pour susciter la participation du patient, fournir un suivi en permanence et des services aussi accessibles et souples que possible pour répondre aux besoins des patients de sorte que ceux-ci n'ont aucune raison de ne pas se présenter à leur rendez-vous ou de se désintéresser des services offerts. « *On a une belle équipe, on travaille bien ensemble* ». Les membres du personnel de la clinique croient que leur principale contribution envers les patients consiste à les éduquer sur les complications du diabète et à leur faire réaliser qu'ils doivent prendre en charge leur maladie et en assumer le contrôle.

« Ça la, la diabète, faut que tu apprennes à la contrôler. Si non, la diabète va prendre le contrôle sur toi. » (Un patient)

« Le sucrage... mmmm.... J'en viens l'eau à la bouche mais ils m'ont fait comprendre et expliqué comment grave que c'est! » (Un patient)

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique est accessible en fauteuil roulant et se trouve au rez-de-chaussée de l'hôpital et donc, on peut y avoir accès sans problème. Le stationnement est accessible pour les patients en fauteuil roulant ou pour ceux qui ont des problèmes de mobilité. La clinique soigne une patiente sourde et muette, et son personnel communique avec elle au moyen de signes simples et de notes écrites. « *On se débrouille. Pas besoin d'interprète.* »

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La plupart des gens de la région sont de langue française (10 % d'anglophones) et il y a une importante communauté des Premières Nations. La langue et la culture ne constituent pas un problème, car tout le monde parle français (y compris les résidents des Premières Nations) et le personnel a une connaissance fonctionnelle de l'anglais, au besoin. La plus grosse difficulté réside dans les faibles taux d'alphabétisation parmi les patients, car on estime qu'un tiers d'entre eux ont des habiletés de lecture et d'écriture inférieures au niveau secondaire. La clinique a recours à des outils visuels et beaucoup d'images et de photos, comme on le ferait pour de jeunes enfants.

Encouragement adressé à la famille :

On encourage les membres de la famille et les conjoints à accompagner les patients à la clinique, mais certains patients ne se font pas accompagner. « *On leur demande, surtout les conjoints, mais pas tout le monde qui le fait.* »



Clinique médicale E. L. Murray

3, rue Stanley
Campbellton, (N.-B.)
E3N 1G7
T : 506.789.5312

Type de clinique:

Grande clinique

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Campbellton est située au sous-sol de la clinique médicale E.L. Murray, à Campbellton. La clinique est facilement accessible et offre de nombreux espaces de stationnement à l'arrière et à l'avant du bâtiment, ainsi que des rampes d'accès pour fauteuils roulants. La clinique de Campbellton est la principale clinique de trois qui desservent la population du nord de la province (Dalhousie et Jacquet River). La clinique répond aux besoins des patients pédiatriques et qui utilisent une pompe.

Mandat de la clinique

Le mandat de la clinique s'étend aux patients actuels et à la population dans son ensemble. La clinique définit son mandat comme étant un mandat d'éducation destiné au grand public, y compris les adultes et les enfants, ainsi qu'aux patients. « *Accroître les connaissances du diabète dans la population générale, non seulement avec le client, afin que notre communauté puisse s'entraider dans la gestion du diabète et la prévention des complications.* » Cela englobe une sensibilisation à l'égard de la promotion de la santé pour prévenir le diabète, l'enseignement des stratégies de prévention et l'éducation en ce qui concerne les facteurs de risque et la gestion du diabète selon les lignes directrices de pratique clinique élaborées par l'Association canadienne du diabète (ACD).

Comblent les besoins de la population

La clinique a fourni un dénombrement approximatif de ses patients qu'elle évalue à 1 500 patients pour la clinique de Campbellton (cela n'inclut pas les cliniques de Jacquet River ou de Dalhousie); ce nombre inclut 33 patients pédiatriques. Ce dénombrement de patients est beaucoup plus élevé que les 491 patients signalés par le ministère de la Santé en 2011.

La clinique dessert les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 ainsi qu'un grand nombre de patients atteints de diabète gestationnel. Un bon nombre de patients viennent du côté québécois de la frontière, en raison de sa proximité. Les patients peuvent venir d'aussi loin qu'Eel River et Restigouche. Un grand nombre de patients autochtones (membres des Premières Nations) choisissent également de se rendre à la clinique de Campbellton plutôt qu'à une clinique dans leur réserve. Les membres des Premières Nations se sentent souvent plus à l'aise, parce qu'ils estiment qu'ils y trouvent une plus grande confidentialité. « *C'est une petite réserve, ils veulent avoir la confidentialité.* » La plupart des patients viennent de milieux socioéconomiques moins favorisés, ils sont souvent « *pauvres et peu éduqués* ». La clinique traite également de deux à trois appels téléphoniques de patients par jour, habituellement des patients souffrant d'hyperglycémie qui voudraient avoir des conseils. La clinique consacre le vendredi aux urgences afin de traiter les patients ayant des besoins immédiats. Les infirmières enseignantes de la clinique se rendent à l'hôpital sur demande pour rendre visite à des patients hospitalisés, ce qui se produit en moyenne deux fois par semaine.

Les nouveaux patients (environ de 20 à 25 par mois) sont pour la plupart aiguillés vers la clinique par des médecins et infirmières praticiennes de la région. Les autres sources d'aiguillage incluent le Centre de réadaptation en cardiologie et les patients hospitalisés.

Les nouveaux patients recommandés sont vus en fonction d'un système de triage. Au moment de l'entrevue, ce système était en cours d'élaboration, afin de rendre la clinique plus efficace pour économiser du temps et mieux répondre aux besoins des patients. Au moment de l'entrevue, le système de triage comportait trois niveaux. Le premier code est pour les patients dont le cas est « urgent » et qui seront vus en moins d'une semaine. Les patients pour lesquels il faut assurer un suivi constituent la deuxième priorité, viennent ensuite les patients prédiabétiques. Le système de triage de la clinique s'applique aux nouveaux patients qui sont des cas urgents, aux patients ayant déjà été des cas urgents et aux patients pour lesquels il faut assurer un suivi selon l'évaluation des taux d'hémoglobine A1c et de glucose. On fera montre de souplesse, et on verra ces patients dans les jours qui suivent et le jour même pour certains. Il y a un bon nombre de patients ayant des besoins urgents et immédiats.

Les rendez-vous sont fixés grâce au système d'ordonnancement centralisé, à Campbellton. Les demandes de rendez-vous sont envoyées là-bas par l'infirmière spécialisée en diabète (et/ou la réceptionniste dans le cas de Jacquet River); le service central de prise de rendez-vous envoie une lettre trois semaines avant la date du rendez-vous. En ce qui concerne les enfants, les rendez-vous sont fixés par la réceptionniste plutôt que par le service central de prise de rendez-vous, puisque de nombreux patients doivent souvent se déplacer de très loin. Les rendez-vous avec la diététiste ne sont pas fixés par l'entremise de l'infirmière spécialisée en diabète, car ces rendez-vous n'ont pas lieu en même temps et ne suivent pas la même procédure. Dans le cas des services diététiques et de nutrition clinique, une personne (une assistante ou la réceptionniste) téléphone au client avant d'envoyer la demande au service central de prise de rendez-vous afin de confirmer l'intérêt du client pour une consultation (on dit que cela a permis de réduire le nombre de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous).

Les patients sont vus dans le cadre d'une consultation individuelle. Il n'y a pas de séances de groupe d'offertes, mais on prévoit en offrir à l'avenir. Les infirmières enseignantes de la clinique rencontrent les patients prédiabétiques sur une base individuelle, mais elles veulent changer cette façon de faire et collaborer avec les diététistes enseignantes afin d'offrir des séances de groupe à ces patients. Les diététistes voient des patients prédiabétiques dans le cadre de séances de groupe, mais ces séances ne sont offertes qu'à Dalhousie. La clinique estime qu'il est difficile de développer des outils et de coordonner des séances tout en respectant l'accès aux soins des patients et leurs besoins, en raison des ressources limitées. Pendant une même visite, il peut arriver que le patient voie en même temps l'infirmière spécialisée en diabète et la diététiste. C'est particulièrement le cas pour un patient pédiatrique ou un patient atteint du diabète de type 1. Normalement, cependant, le patient verra soit l'infirmière spécialisée en diabète, soit la diététiste séparément dans le cadre d'une consultation individuelle, mais tous les documents peuvent se retrouver dans le même dossier. L'équipe aimerait établir des « sessions de gestion des cas » et élaborer des plans de soins pour les patients afin de l'aider à orienter le patient en fonction de ses besoins, de sa motivation et de son intérêt à assurer l'autogestion de son diabète. Il s'agit d'un autre projet à venir.

La clinique reçoit de temps en temps des patients qui viennent consulter sans rendez-vous. Les patients sans rendez-vous et se présentant d'eux-mêmes ne sont pas vus sans la recommandation d'un médecin, mais on leur donnera les renseignements nécessaires pour obtenir l'aide dont ils ont besoin. Un rendez-vous est toutefois habituellement fixé et on demande au patient d'obtenir une recommandation de son médecin. Il arrive souvent (en moyenne deux fois par jour) que des patients qui sont déjà suivis à la clinique viennent à la clinique pour obtenir de l'aide financière, avoir accès à des bandelettes d'analyse ou à de l'insuline, ou avoir une consultation au sujet de leur taux de sucre dans le sang ou d'autres préoccupations liées au diabète.

La clinique enseigne comment utiliser les pompes à insuline et accepte de voir les patients pédiatriques.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique a le mandat d'enseigner la prévention de la maladie et la promotion de la santé dans la communauté. Toutefois, au moment de l'entrevue, très peu de temps était consacré à la prévention primaire. Ce mandat est encore en cours d'élaboration. « *En développement pour l'instant. Il n'y a pas encore de programme pour aller dans la communauté.* »

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Comme pour la prévention primaire, la clinique ne consacre actuellement pas beaucoup de temps au dépistage et au diagnostic précoce. Cela s'inscrit dans le mandat de la clinique, et celle-ci travaille à mettre au point des processus et des outils pour jouer un rôle plus actif dans la communauté. Les médecins assurent la responsabilité du dépistage, pour le moment. Depuis décembre 2013, un gestionnaire de cas de diabète se présente dans les cabinets de médecin de la communauté (*Campbellton et Dalhousie, si le médecin accepte) afin de collaborer au dépistage, au diagnostic précoce et à la gestion du diabète des patients dont le taux d'hémoglobine A1c est supérieur à 9 %.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. La clinique assure un suivi auprès des patients atteints de diabète afin de les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'éducation (la plupart du temps dans le cadre de consultations individuelles avec la diététiste et l'éducatrice agréée en diabète [EAD]).

Assurer le suivi :

La clinique se concentre principalement au suivi des patients. « *On ne les laisse pas glisser.* » La clinique travaillait à l'élaboration d'un système de triage afin de mieux gérer les rendez-vous des patients pour leurs soins de suivi. Dans la plupart des cas, on demande aux patients ce qu'ils pensent être un temps de suivi approprié et on assure ce suivi en tenant compte de l'autogestion générale du diabète (par exemple si le taux d'hémoglobine A1c est élevé, s'il y a présence d'hypoglycémie ou s'il y a une nouvelle titration des doses d'insuline). Le rendez-vous du patient sera fixé en fonction du jugement de l'enseignante et des disponibilités. La clinique assure le suivi en fixant un rendez-vous de suivi par l'intermédiaire du service central de prise de rendez-vous. Les appels téléphoniques de prise de rendez-vous sont acceptés dans le cas des enfants et des patients souffrant de diabète de type 1. La diététiste a une assistante qui appellera les patients dans le cas des nouveaux rendez-vous d'aiguillage uniquement pour connaître l'intérêt du patient afin de réduire le nombre de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous, la demande est ensuite envoyée au service central de prise de rendez-vous. Toutes les demandes de consultation de suivi doivent être envoyées au service central de prise de rendez-vous.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est composée de plusieurs membres d'une équipe qui compte notamment une infirmière spécialisée en diabète et coordonnatrice de la clinique (Jennifer Belliveau) employée à temps plein, une infirmière employée à temps partiel (0,6 ETP), une diététiste et une adjointe administrative employées à temps plein. Au moment de l'entrevue, la diététiste avait obtenu son titre d'EAD et les deux infirmières se préparaient à passer leur examen d'agrément en mai 2013. Note ajoutée le 31-08-2013 : Les infirmières ont obtenu leur titre d'EAD.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Les cliniques de Jacquet River et de Dalhousie sont un prolongement de la clinique de Campbellton. Toutefois, étant donné que la plupart des patients desservis sont différents et que l'espace physique est différent, les employés de ces deux cliniques sont considérés comme des membres de l'équipe à l'extérieur. L'infirmière spécialisée en diabète qui travaille aux cliniques de Dalhousie et de Jacquet River travaille en étroite collaboration avec Jennifer et son équipe, et elles se rencontrent toutes deux le jeudi pour travailler ensemble.

La clinique a facilement accès à un endocrinologue et à une pédiatre qui travaillent un étage au-dessus. Ces deux médecins sont considérés comme faisant partie intégrante de l'équipe. La clinique bénéficie également des services d'une infirmière praticienne visiteuse qui fait partie de l'équipe. Elle effectue sa visite une fois par semaine, le jeudi. Une réunion a été organisée avec les médecins de famille de la communauté pour connaître leurs attentes à l'égard de la clinique du diabète afin de renforcer la collaboration, ainsi que pour introduire l'utilisation possible des services d'une infirmière praticienne. L'infirmière spécialisée en diabète et les diététistes téléphoneront ou écriront aux médecins locaux (des deux communautés) si les patients ont besoin d'une aide immédiate comme des médicaments

d'ordonnance ou s'il est nécessaire de les aiguiller vers des spécialistes. La clinique n'obtient pas toujours de réponse. On travaille à l'élaboration d'un nouveau message multidisciplinaire et d'une politique pour s'assurer que les messages parviennent aux médecins.

Dans le cas des autres soins spécialisés, les infirmières de la clinique formuleront des recommandations à l'intention des médecins de famille, mais il n'y aura pas d'aiguillage pour les soins spécialisés (ex. : les soins podologiques). La clinique n'a pas accès à un podiatre ni à un spécialiste des maladies neurovasculaires. On fera de l'aiguillage vers des ophtalmologistes, une clinique de traitement de l'hypertension, un travailleur social et une clinique d'abandon du tabac ou de soins des pieds (la clinique de soins des pieds était inactive au moment de l'entrevue).

Structure de l'équipe :

L'ensemble du personnel de la clinique relève techniquement de Jennifer, l'infirmière coordonnatrice de la clinique. Cependant, la structure de la clinique est plutôt horizontale, chaque membre de l'équipe travaille en collaboration avec les uns et les autres et consulte les autres régulièrement en ce qui a trait aux soins prodigués aux patients. La diététiste travaillant à Campbellton et la diététiste travaillant à Dalhousie relèvent de la gestionnaire de nutrition clinique, qui travaille en collaboration avec la coordonnatrice de la clinique.

Comorbidités :

La majorité des patients atteints du diabète de type 2 de la clinique ont des comorbidités. Il convient de noter que même certains patients atteints du diabète de type 1 ont des comorbidités. L'enseignement est adapté en conséquence et inclura tous les problèmes de santé. L'enseignement est fondé sur les lignes directrices de pratique clinique élaborées par l'Association canadienne du diabète pour la gestion du diabète. Le médecin de famille gère l'ensemble des soins, et la clinique se contente de formuler des recommandations.

Communication :

Les méthodes de communication dépendent de la situation et des membres de l'équipe concernés. À l'interne, la communication est la plupart du temps informelle avec les membres de l'équipe qui communiquent entre eux en personne ou par téléphone. Le courriel est également largement utilisé, particulièrement pour communiquer avec l'infirmière spécialisée en diabète responsable des cliniques de Dalhousie et de Jacquet River. La communication formelle avec les membres de l'équipe à l'extérieur et les médecins se fait par téléphone (si la situation est urgente) ou par écrit. « *Notre documentation est encore sur papier, ce qui est un peu plus difficile.* » De façon informelle, la clinique communiquera avec les médecins par téléphone si le besoin s'en fait sentir ou une lettre leur sera envoyée. Les membres de l'équipe de la clinique du diabète travaillent en étroite collaboration avec les deux spécialistes de la clinique médicale : (le D^r Jamil, endocrinologue et la Dre Matthews, pédiatre). La communication avec ces spécialistes s'effectue de façon formelle et de façon informelle, selon les circonstances (par écrit et en personne). Le fait d'avoir des médecins et spécialistes à proximité offre le principal avantage d'une communication rapide, et cela permet aux patients d'avoir accès rapidement à des services de santé.

Autogestion

Rôle du patient :

Le rôle du patient consiste à apprendre à apprivoiser le diabète et à s'équiper avec les outils lui permettant de gérer adéquatement sa maladie. Son rôle est de continuer à poser des questions, de continuer à vouloir apprendre et de transférer ces connaissances aux membres de sa famille proche. « *Plus il y aura de personnes au*

courant de quelque chose, plus la diffusion de l'information se fera largement; plus le patient aura du soutien et mieux il sera outillé pour assurer la gestion de son diabète. »

La clinique ne traite pas un grand nombre de cas de non-respect des rendez-vous (il n'y a pas de séances de groupe d'offertes à Campbellton; 22 % des consultations individuelles avec des infirmières et 11 % des consultations individuelles avec des diététistes). Afin de réduire le nombre de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous, la clinique essaie de modifier son système de triage. La diététiste a déjà modifié la procédure en ayant quelqu'un qui appelle le patient avant de fixer un rendez-vous pour confirmer son intérêt envers la consultation. Le patient peut refuser les services avant qu'un rendez-vous ne soit pris.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients sont habilités à assurer l'autogestion de leur maladie. La clinique encourage les patients à prendre leurs propres décisions et à développer leurs propres plans de gestion, avec l'aide et les conseils de l'EAD. L'accessibilité est un facteur clé à la clinique du diabète E.L. Murray. Il s'agit de l'une des priorités de la clinique; l'éducation vient également en tête de liste. Les patients considèrent donc la clinique comme un lieu convivial et pratique.

« I can call her anytime at all, if I have questions with the pump. More down to earth, more practical (than doctor). » (Patient)

(« Je peux l'appeler n'importe quand, si j'ai des questions concernant ma pompe. Elle est plus terre à terre, plus pratique [qu'un médecin]. » [Une patiente])

Éducation auprès des patients :

La clinique utilise un certain nombre d'outils pour assurer le travail d'éducation auprès des patients. Les objectifs d'éducation des patients sont de doter les patients des moyens nécessaires pour assurer l'autogestion de leur maladie ainsi que d'accroître leurs connaissances relatives aux soins du diabète et à sa gestion continue pour prévenir les complications. La clinique utilise les ressources de l'ACD, le plan de la carte de soins, entre autres outils, à titre d'aide pour le travail d'éducation. Le personnel utilise à la fois des manuels de référence « élémentaires » et « avancés ». Il utilise également des documents éducatifs fournis par les compagnies pharmaceutiques, particulièrement ceux disposant d'éléments visuels et d'images, ainsi que d'autres brochures que les patients peuvent garder. La clinique a conçu trois guides pédagogiques à remettre aux patients; le premier est un guide pédagogique sur le diabète qui contient des renseignements généraux sur le diabète, le deuxième est un guide pédagogique sur l'insuline et le troisième est un guide pédagogique sur le prédiabète. Ces trois guides faisaient l'objet d'une révision au moment de l'entrevue, et un nouveau guide sur les enfants et le diabète de type 1 est en cours d'élaboration par l'équipe. La clinique prévoit développer des outils pédagogiques et d'enseignement qui seront utilisés par tous les membres de l'équipe pour assurer une cohérence et mieux répondre aux besoins de ses patients. Ces outils peuvent également être utilisés à l'hôpital par les professionnels de première ligne lorsque les patients atteints du diabète sont hospitalisés.

L'éducation des patients se fait de manière individuelle en fonction des besoins, de l'état de santé, de la motivation, de l'intérêt et des capacités d'apprentissage des patients. L'éducation auprès des enfants est très basique et, dans le cas des nouveaux patients, l'accent est mis sur la manière de prévenir et de minimiser les complications. Dans le cas d'autres patients dont les besoins sont plus compliqués, on se consacre essentiellement à leur apprendre comment rester dans un état stable et contrôlé.

Principaux services offerts :

La clinique est fière de son équipe et de ses compétences. Le personnel de la clinique estime que le principal service offert est un service professionnel et de qualifié qui vise à aider les enfants dans le nord du N.-B. à gérer leur diabète et souvent leur pompe à insuline. Un autre service important est l'accessibilité du service et de toujours essayer de répondre aux besoins immédiats ou urgents. Le fait d'avoir accès aux dossiers et aux antécédents médicaux des patients auprès des médecins de la clinique située à l'étage au-dessus (équipe de l'extérieur) est également profitable pour l'équipe et les patients de ces médecins. La clinique met l'accent sur un enseignement individualisé en fonction des besoins et de la capacité d'apprendre des patients.

Proportion des patients contrôlés :

La clinique ne peut donner avec précision le nombre de patients qui ont réussi à contrôler leur diabète. L'autogestion n'est pas mesurée par des statistiques concrètes, mais plutôt par l'examen des résultats de la dernière analyse sanguine (si disponibles), des résultats de la surveillance de la glycémie (à partir du glucomètre) et de la rétroaction du patient. La clinique veut mettre en place à l'avenir un processus d'analyse comparative des mesures quantitatives et qualitatives. Il s'agit d'un autre projet à venir.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte jusqu'à 16 h, mais le personnel est disposé à répondre aux besoins des patients qui travaillent en restant plus tard ou en changeant l'heure des repas. Le personnel de la clinique ne dispose pas de suffisamment de temps et de ressources pour répondre à la demande. « *Elles travaillent des relais de surplus pour qu'on puisse rencontrer nos besoins* ». La demande est en croissance, avec l'aiguillage de 20 à 25 nouveaux patients par mois. La clinique voit en moyenne trois nouveaux patients par jour. La demande de services augmente.

Services manquants :

Le personnel de la clinique est d'avis que bénéficier de ressources des services psychiatriques et des services sociaux ayant des compétences spécifiques dans la maladie chronique du diabète ferait une grande différence. L'équipe ne compte actuellement aucun professionnel de la santé mentale.

Temps d'attente :

La clinique veut réduire de manière importante les délais d'attente grâce aux nouvelles procédures et au système de triage. Au moment de l'entrevue, il était possible de voir des patients (ayant des besoins urgents) le jour même. Selon le patient et la situation, les patients dont le cas est urgent (code 1) seront vus dans un délai d'un (l'objectif) ou deux jours (parfois uniquement dans un délai d'une semaine). Il y a un problème avec les rendez-vous de suivi. La clinique vise des délais d'attente maximaux de 6 mois, qui pourraient s'étendre jusqu'à 8 mois dans le cas de certains des patients les mieux contrôlés. Un nouveau système de triage était en cours d'élaboration au moment de l'entrevue, afin d'aider à évaluer les temps d'attente et de s'assurer que les patients jugés prioritaires sont vus.

Méthodes d'offre de service :

La clinique met l'accent sur des services individualisés, en fonction des besoins des patients. La plupart des visites sont des consultations individuelles. Les patients atteints de diabète de type 1 et les patients pédiatriques sont vus dans le cadre d'une approche collaborative d'équipe par une infirmière et une diététiste. Des séances de groupe sont offertes aux patients prédiabétiques par le service de nutrition clinique. Les infirmières consacrent également de nombreuses heures au téléphone pour assurer le suivi auprès des patients. La clinique impose aux patients le fardeau de téléphoner pour faire part de leurs résultats, plutôt que de faire ces appels.

Distances :

Le temps de trajet de la plupart des patients qui habitent le plus loin est d'environ 2 heures, et un bon nombre des « patients pédiatriques » viennent de la Péninsule (régions de Bathurst, Caracquet et Tracadie). Le temps de trajet de la plupart des patients adultes est de 15 à 30 minutes puisqu'il y a des cliniques situées à Dalhousie et à Jacquet River. Il n'y a pas de services d'autobus dans ce secteur, mais un service de taxi est disponible. La plupart des patients conduisent leur propre véhicule pour se rendre à la clinique ou demandent à des amis ou des membres de la famille de les y conduire.

Stationnement :

Il est à noter que la clinique du diabète n'est pas située à l'hôpital, mais dans le sous-sol d'un bâtiment appelé la clinique médicale E.L. Murray affiliée à l'hôpital. Le stationnement à l'hôpital et à la clinique E.L. Murray est gratuit. Les patients estiment que la clinique est facilement accessible, mais pas nécessairement visible.

« I wouldn't have come knocking at the door if I hadn't been referred. Maybe (other patients) don't know the clinic is here. » (Patient)

« Je ne serais pas allée frapper à la porte, si on ne m'avait pas aiguillée vers cette clinique. Peut-être que les autres patients ne savent pas que la clinique est ici. » [Une patiente]

Autres obstacles :

Un faible revenu est un obstacle aux soins et aux services dans la région. Les patients qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance ne sont pas toujours en mesure d'acheter les médicaments et l'insuline dont ils ont besoin. La fierté peut également constituer un obstacle aux soins des patients, lorsque ces derniers ont honte ou sont gênés de demander de l'aide pour obtenir, par exemple, des prestations pour soins de compassion.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique n'a aucun moyen officiel d'évaluer la satisfaction des patients, à l'exception d'une boîte à suggestion située à l'entrée de la clinique du diabète. On envisageait toutefois d'en élaborer un au moment de l'entrevue.

Élément particulier à cette clinique :

Le fait d'avoir accès à un endocrinologue et à une pédiatre dans le même bâtiment est bénéfique pour les patients. Lorsque l'infirmière spécialisée en diabète étudie le dossier d'un patient et a des questions ou des recommandations à formuler, elle peut facilement téléphoner au médecin ce qui accélère la prestation des services aux patients. Cela contribue à une approche d'équipe plus collaborative. « Un meilleur suivi parce qu'ils sont là. » La clinique met également l'accent sur l'accessibilité et la souplesse. « Accessibilité c'est numéro 1, en deuxième c'est l'éducation, éducation à l'autogestion. »

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant et est située au sous-sol d'une ancienne installation, qui fut les anciens locaux du programme des services de traitement des dépendances de la région (avant 2006). Il semble que ce centre a été construit dans un souci d'accessibilité avec des rampes, de larges portes et de grands espaces. En ce qui a trait aux autres besoins spéciaux, comme les déficiences auditives ou visuelles, la clinique adapte ses outils d'apprentissage en conséquence, au cas par cas.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

De nombreux patients ont de faibles niveaux d'alphabétisation. Cela a une grande incidence sur la manière dont la clinique offre ses services. On détermine les capacités du patient lors du premier entretien, puis les services sont individualisés en fonction des besoins du patient. « *Il est vraiment important d'individualiser les soins selon les connaissances de base du client.* » Selon le niveau d'alphabétisation, différents outils seront utilisés, comme des images et des éléments visuels pour les patients qui ont de la difficulté à lire.

Encouragement adressé à la famille :

La famille, les conjoints ou les aidants participent habituellement aux soins du patient et, à ce titre, on encourage les membres de la famille à accompagner les patients lors de leurs visites.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Les deux patients visitent la clinique depuis longtemps; un la visite depuis trente-six ans.

Évaluation du service :

Les deux patients ont accordé la note de 10. « *I can't think of anything else they could have done that would be better.* » (« *Je crois qu'il n'y a rien d'autre qu'ils auraient pu faire qui serait mieux.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

Les deux patients estiment qu'ils sont responsables de leur diabète. « *Mon rôle est de prendre en main mon diabète. Je ne peux pas m'attendre à ce que quelqu'un d'autre en prenne soin. Et je dois venir ici pour qu'ils examinent les données et les analysent.* » (« *My role has to be to take ownership of it. I can't expect someone else to look after it. And to come here to have them look at the data and analyze it.* ») « *C'est à nous autres de prendre soin de nous. On ne doit pas s'en remettre à la clinique. On doit prendre nos médicaments et faire nos tests quand c'est le temps.* »

Accessibilité :

Les deux patients trouvent que l'emplacement de la clinique leur convient. « *Don't live too far away. Parking is fine. Lots of room.* » (« *Je n'habite pas trop loin. Le stationnement est correct. Il y a beaucoup d'espaces.* »)

Satisfaction et plaintes :

Les deux patients ont une très bonne opinion de la clinique et la recommanderaient à d'autres.



Hôpital régional Chaleur

1750, promenade Sunset
Bathurst (N.-B.)
E2A 4L7
T : 506.544.3000

Type de clinique :

Grande clinique (milieu hospitalier)
Centre de diabète Joslin

Profil de la clinique

La clinique de Bathurst est située au rez-de-chaussée de l'hôpital. Cette clinique est en fait une « affiliation en enseignement au Centre de diabète Joslin » qui est un modèle américain. La clinique suit le modèle Joslin depuis 2006, même si elle existe depuis 1991. Elle s'engage par contrat à respecter dix exigences minimales pour être agréée à titre de clinique Joslin. Elle suit ce processus d'agrément chaque année, en septembre. La clinique dessert une grande communauté bilingue.

Mandat de la clinique

La clinique fournit l'enseignement sur le diabète le plus récent et à jour. Elle a pour mission de « *prévenir les complications de la maladie afin que les patients puissent mener une vie saine et heureuse* ». Elle fournit aux patients des outils et un enseignement sur le diabète fondé sur des données probantes. On fournit des renseignements éducatifs haut de gamme aux patients (en français et en anglais). L'accent est mis sur des normes élevées.

Comblent les besoins de la population

De nombreux patients viennent de milieux socioéconomiques modestes et ont, à des degrés divers, des problèmes de santé, de calcul et d'analphabétisme. Nombreux sont ceux qui occupent des emplois saisonniers. De nombreux patients présentent au moins une comorbidité.

Lorsque la clinique a une recommandation d'un nouveau patient, la secrétaire téléphone au patient pour déterminer s'il a besoin d'être vu en consultation individuelle ou s'il peut fonctionner dans le cadre d'un groupe. Le patient qui sera vu individuellement se verra donner un rendez-vous dès qu'une place est disponible. Il rencontrera l'infirmière et la diététiste. Si le patient veut voir le médecin, il devra être aiguillé par son médecin. Cette manière de faire évite au patient de devoir faire plusieurs visites. Le patient qui sera vu dans le cadre d'un groupe suivra un programme appelé « Le diabète aujourd'hui » qui sera dispensé dans trois cours distincts qui sont habituellement offerts à deux mois d'intervalle. La diététiste et l'infirmière participent toutes deux à ces groupes.

La clinique reçoit également les patients sans rendez-vous qui ne sont pas aiguillés par un médecin et essaie de répondre à tous ceux qui demandent de l'aide. Les patients qui souhaitent être vus par l'infirmière spécialisée en diabète ou la diététiste n'ont pas besoin d'être aiguillés, ils peuvent se présenter d'eux-mêmes. Par contre, s'ils veulent être vus par le médecin, ils devront avoir été aiguillés par un médecin.

« We have drop-ins all the time. For blood sugar and blood pressure checks, patients requiring insulin or just to get weighed... we never refuse anyone. » (« Nous avons constamment des patients n'ayant pas de rendez-vous qui se présentent. Que ce soit pour la vérification de la glycémie et de la tension artérielle, aider des patients qui ont besoin d'insuline ou qui veulent simplement se faire peser... on ne refuse jamais personne. »)

La clinique est en mesure de s'occuper des patients qui commencent à utiliser une pompe à insuline, mais à l'heure actuelle, il n'y a qu'une seule personne agréée à l'utilisation de la pompe à insuline. Les patients qui commencent à utiliser une pompe à insuline sont peu nombreux, il est donc difficile de maintenir l'expertise. Le personnel n'a qu'une formation minimale sur l'utilisation de la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

**Primaire
(prévention de la
maladie, promotion
de la santé) :**

La clinique offre des cours sur le prédiabète aux patients aiguillés par des médecins. Ces cours sont dispensés une fois qu'un nombre suffisant de patients se sont inscrits. Les patients sont ensuite vus une fois par année. Le personnel de la clinique organise également des cliniques de santé communautaire et des expositions sur le diabète particulièrement au cours du mois de novembre, le mois

du diabète. Même si cela exige beaucoup de temps, le personnel estime que le besoin d'éducation dans la communauté (établissements de longue durée, écoles) est criant ne serait-ce que pour les renseignements de base sur le diabète.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Des gens n'ayant pas de rendez-vous viennent souvent à la clinique pour se faire évaluer. Les professionnels à la clinique peuvent effectuer ces analyses et détecter les symptômes du prédiabète ainsi que du diabète précoce. Le personnel estime que la clinique est loin d'obtenir le nombre d'aiguillages qu'elle devrait avoir, car il y a de nombreuses personnes dans la communauté qui sont atteints de diabète ou de prédiabète sans même le savoir. Les médecins de famille ont trop de patients à traiter, et certains patients « *passent à travers les mailles du filet* ». Lorsqu'ils sont vus, ils sont déjà atteints du diabète de type 2.

Tertiaire :

Il s'agit d'un niveau de service très important pour l'ensemble de la clinique. La clinique assure un suivi auprès des patients atteints de diabète afin de les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'enseignement. Elle aide également les patients à ajuster leur dose d'insuline en fonction de leur taux de sucre dans le sang. Le personnel est agréé en ajustement de l'insuline puisqu'il a réussi le cours d'ajustement en ajustement de l'insuline du N.-B.

Assurer le suivi :

L'objectif des soins de suivi est de s'appuyer sur ce que les patients ont appris lors de leurs consultations à la clinique. Ils travaillent sur des aspects de leurs soins pour lesquels ils estiment avoir besoin d'aide. Chaque patient doit se fixer un objectif comportemental et signer un contrat à cet égard. Une fois qu'un objectif a été atteint, on travaille à l'atteinte d'un autre objectif. Le suivi concerne toujours les indicateurs de santé, et on y accorde un créneau de 30 minutes. Certains suivis se font également par téléphone, particulièrement pour les ajustements de dosage de l'insuline. Une fois que la prise en charge du patient est jugée adéquate, le patient moyen sera revu tous les six mois. Ceux qui présentent des complications peuvent être revus tous les trois mois et ceux dont le diabète est très bien contrôlé, seulement une fois par année. Les patients ne sont pas obligés de fréquenter la clinique, mais la plupart se sentent motivés par leurs consultations de suivi.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est composée de membres d'une équipe qui compte deux infirmières spécialisées en diabète; la première assure la coordination de l'enseignement à temps plein et l'autre est employée également à temps plein (aussi comme éducatrice agréée en diabète [EAD]), mais elle partage son temps entre le programme de diabète et le programme des soins bariatriques. On compte également une diététiste à temps partiel (également EAD) qui s'occupe aussi du programme de diabète et du programme des soins bariatriques. La clinique compte dans son équipe un omnipraticien qui reçoit des patients à la clinique le mercredi seulement. La clinique compte aussi sur les services d'une agente de soutien administratif à temps plein qui répond aux besoins du programme de diabète et du programme des soins bariatriques, et qui participe à l'organisation et à la coordination des deux programmes. L'équipe compte également une infirmière auxiliaire autorisée employée à temps plein qui dirige la clinique du pied diabétique à l'unité de soins ambulatoires.

L'inconvénient de cette structure est qu'étant donné qu'il n'y a pas d'endocrinologue associé à cette équipe, le personnel de la clinique estime qu'il

reçoit un faible nombre de recommandations, car les omnipraticiens ont souvent l'impression qu'il s'agit là d'aiguiller des patients d'un médecin généraliste vers un autre médecin généraliste. Le seul endocrinologue de l'hôpital a quitté la ville en 2010 et n'a pas encore été remplacé.

La clinique est toujours ouverte, et il y a toujours au moins une éducatrice sur place en tout temps. Le seul moment où la clinique est fermée, c'est en avril, au moment où les éducatrices participent à la conférence annuelle des éducateurs spécialisés en diabète du N.-B., qui a lieu à Fredericton.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

En 2006, la clinique a commencé à offrir des services de soins des pieds, deux fois par semaine, à un groupe sélectionné de patients. En 2007, la forte demande a fait en sorte que la clinique a élargi sa portée pour offrir des services de soins des pieds à temps plein aux patients atteints du diabète. La clinique s'est dotée d'un ensemble de politiques et de procédures qui régissent son mandat. Les patients qui ne sont pas admissibles à la clinique de soins des pieds sont aiguillés vers une infirmière des soins des pieds en milieu communautaire ou vers les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) où des frais seront exigés. La clinique a accès aux services de consultation en psychologie et travail social sur aiguillage, au besoin, mais le temps d'attente constitue un handicap.

Structure de l'équipe :

Le Centre de diabète Joslin dispose d'une administratrice qui est l'infirmière gestionnaire de l'unité de soins ambulatoires (Carole Beaudet), puisque la clinique du diabète relève de sa direction. Vient ensuite la coordonnatrice de l'enseignement qui relève de Carole pour les questions liées à l'administration de la clinique. La coordonnatrice de l'enseignement supervise tous les aspects de la clinique. Elle est responsable de l'élaboration de l'ensemble des programmes d'éducation, des politiques et des procédures, de tous les travaux liés au programme Joslin (statistiques, plans d'affaires et de marketing, vérification des dossiers, analyse FFPM, projets d'ACQ, sondages auprès de la population), ainsi que de la surveillance du travail de l'autre infirmière enseignante, de la diététiste et du programme de soins des pieds. La coordonnatrice de l'enseignement est aussi responsable de la réalisation d'évaluations annuelles du personnel de la clinique du diabète. Le médecin travaille avec l'ensemble du personnel de la clinique et avec la coordonnatrice de l'enseignement (à l'interne, en collaboration). Actuellement, la clinique Joslin doit prendre en charge le programme des soins bariatriques dans le même local et également partager les ressources humaines. Des efforts sont actuellement déployés pour déménager le programme des soins bariatriques ailleurs à l'hôpital afin que chaque programme puisse avoir son propre local et son propre personnel.

Comorbidités :

Quarante pour cent des patients de la clinique souffrent d'une comorbidités telle que l'arthrite, l'obésité, l'asthme, une maladie mentale, l'hypertension, ou d'autres maladies.

Communication :

La communication est la plupart du temps informelle. Les membres de l'équipe ont recours au courrier électronique, au téléphone et aux discussions en personne. Des réunions d'équipe structurées ont lieu tous les trimestres.

Autogestion

Rôle du patient :

Chaque nouveau patient se voit remettre le questionnaire d'autogestion du diabète. Une fois que ce questionnaire est rempli et est retourné à la clinique, le personnel peut déterminer quels sont les besoins du patient. On rencontre ensuite le patient pour établir les objectifs qu'il souhaite atteindre. Un contrat est alors signé.

« *It gives them ownership of doing something about it.* » (« *Cela leur donne le sentiment d'être partie prenante de ce qui convient de faire.* »)

Au moment de l'entrevue, le taux de non-respect des rendez-vous était de 13 % au cours des deux derniers mois. Le personnel semblait satisfait de ce pourcentage, mais s'est beaucoup investi pour que ce taux reste bas. On envoie une lettre aux patients, et la secrétaire les contacte par téléphone la veille de leur rendez-vous. L'hiver semble être une période de l'année où les cas de non-respect des rendez-vous sont plus fréquents. Une recherche a été effectuée et quatre principales raisons expliquant cette situation ont été relevées : les problèmes de transport, les conflits avec d'autres rendez-vous, les responsabilités liées au travail et à la garde des enfants, ainsi que les heures d'ouverture de la clinique. Les cours ne sont pas dispensés pendant l'été pour éviter un nombre élevé de cas de non-respect des rendez-vous. Certains patients pourraient toutefois participer à une séance de 30 minutes à la place.

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation entre les professionnels et les patients est très sympathique. L'équipe est très passionnée par son travail à la clinique. Elle essaie de faire comprendre aux patients l'importance d'un suivi médical régulier pour prévenir les complications résultant de cette maladie. « *Patients are very comfortable with us. They do not come here to be judged* » (« *Les patients sont très à l'aise avec nous. Ils ne viennent pas ici pour se faire juger.* »)

Éducation auprès des patients :

L'objectif de la clinique est de prévenir les complications du diabète grâce à l'éducation. On donne aux patients la possibilité d'assister à des cours en groupe qui couvrent une vaste gamme de sujets définis par les patients. Les cours sont dispensés tous les deux mois. En utilisant le programme d'éducation sur le diabète « *Diabetes Today* » (le diabète aujourd'hui), la clinique est en mesure de voir beaucoup plus de patients qui, autrement, se retrouveraient sur une liste d'attente.

Principaux services offerts :

La clinique offre des services de gestion des tendances, de surveillance continue de la glycémie, de surveillance du taux d'A1c au point de service, de traitement par pompe à insuline, de soins des pieds, de gestion de la nutrition, de démarrage d'insulinothérapie et d'ajustements de dosage d'insuline. Les patients peuvent être aiguillés vers des services de santé mentale communautaires, VON et des services de soins des pieds communautaires pour les patients qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité du programme des soins des pieds. Une infirmière (infirmière auxiliaire autorisée) est disponible pour dispenser des soins des pieds (quoique dans un lieu différent); toutefois, seuls les patients souffrant du diabète peuvent y avoir accès. Les patients qui font l'objet d'un suivi régulier par leur médecin, un gestionnaire de cas de diabète ou la clinique du diabète peuvent être aiguillés vers le programme de soins des pieds pour personnes souffrant du diabète. Ils seront évalués par une infirmière en soins des pieds. La clinique suit environ 400 patients en ce moment. Il n'y a pas de plans visant un agrandissement de cette clinique, bien que les médecins aient demandé que la clinique soit ouverte aux autres patients qui ne sont pas atteints du diabète.

Le fait que la clinique soit située dans l'hôpital fait en sorte qu'il est plus facile pour les patients de passer des tests de laboratoire et de voir un autre spécialiste (ex. : un ophtalmologiste) le jour même (mais uniquement les jours où le médecin est à la clinique). L'entrée principale de l'hôpital est située tout près de la clinique du diabète. Les patients dont le taux de sucre dans le sang est extrêmement élevé peuvent être envoyés immédiatement à l'urgence. L'hôpital offre également un programme à l'intention des fumeurs, par l'intermédiaire du centre de consultation pour les maladies respiratoires, qui souhaitent obtenir de l'information sur l'abandon du tabagisme.

Proportion des patients contrôlés :

La clinique a établi un processus rigoureux pour suivre l'évolution des indicateurs de santé des patients (en rapport avec le diabète). Le personnel fait régulièrement remplir des questionnaires qui mesurent l'environnement et le comportement du patient en plus des indicateurs en matière de santé, comme les tests de laboratoire particuliers, la tension artérielle, la date des derniers examens de la vue et les médicaments. La clinique porte une attention rigoureuse à l'administration et à la tenue de dossiers et au suivi de tous les éléments d'information des patients. On met l'accent sur la comparaison avec d'autres affiliés en ce qui a trait à l'enseignement. Cela fait partie du processus d'agrément de la clinique. L'outil de vérification clinique Joslin de 2012 qui exigeait l'étude de soixante dossiers a permis de mettre en évidence l'excellence de la clinique.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Le personnel estime que les besoins de la population qu'il dessert sont satisfaits. Cela ne comprend toutefois pas la population qui souffre de diabète ou de prédiabète dans la communauté et qui n'a pas été traitée à la clinique ou qui n'a jamais été aiguillée vers elle. Il y a encore des médecins qui n'informent pas leurs patients atteints de diabète de l'existence de la clinique. La clinique du diabète est ouverte de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi. Il semble qu'on ait le sentiment que ce n'est pas suffisant. Il faudrait peut-être prolonger les heures d'ouverture de la clinique le soir ou la fin de semaine, mais à cause d'un manque de fonds, ce n'est pas possible pour l'instant.

Services manquants :

Le personnel de la clinique estime qu'il y a un manque d'expertise dans certains domaines, comme l'exercice. Il serait vraiment utile d'avoir un spécialiste de l'exercice ou physiothérapeute dans l'équipe, ainsi qu'un psychologue et un pharmacien. Les membres du personnel aimeraient pouvoir aiguiller eux-mêmes un patient vers un spécialiste, mais cela ne peut se faire que par l'entremise d'un médecin. La suggestion doit être envoyée au médecin de famille, mais le personnel estime que seule la moitié d'entre eux donneront suite à cette suggestion.

Temps d'attente :

Un nouveau patient sera vu dans un délai d'un mois suivant la date où on l'a aiguillé vers la clinique. Les enfants et les patients atteints de diabète de type 1, les patients qui souffrent d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie sévères et les patients atteints de diabète gestationnel sont vus très rapidement. Il faut cependant plus de temps pour voir la diététiste, car il n'y a personne pour la remplacer lorsqu'elle s'absente (pour les vacances ou un congé de maladie) et qu'elle exerce d'autres activités en dehors de la clinique du diabète. Les patients obèses ont à attendre beaucoup plus longtemps que les patients atteints du diabète. Avec plus de 1 000 patients sur la liste des patients en attente d'une première consultation, le temps d'attente est d'environ quatre ans. Une seule journée par semaine est consacrée au programme des soins bariatriques pour l'instant, ce qui entraîne ces délais d'attente inacceptables. Il n'y a que deux endroits qui offrent la chirurgie bariatrique dans la province, Bathurst et Moncton.

**Méthodes
d'offre de service :**

Les services sont le plus souvent offerts en personne. De nombreux ajustements de dosage d'insuline sont toutefois faits par téléphone. À quelques occasions, la coordonnatrice de l'éducation s'est rendue au domicile de certains patients pour les aider à effectuer leur première injection d'insuline. De plus, il est arrivé que des membres du personnel soient allés chercher à leur domicile et reconduire des patients n'ayant pas de moyen de transport.

Distances :

La clinique dessert surtout la région Acadie-Bathurst. Des patients de la Péninsule acadienne préfèrent se rendre à la clinique à Bathurst plutôt qu'être pris en charge dans leur propre collectivité. Il y a aussi des patients qui viennent de Miramichi pour être suivis à Bathurst.

Stationnement :

Le stationnement payant est une préoccupation pour certains patients. De nombreux patients sont obèses et ne peuvent pas se rendre à pied du stationnement jusqu'à l'hôpital. Le personnel de la clinique a demandé que des laissez-passer de stationnement soient fournis à ses patients, mais sa demande a été rejetée par l'hôpital.

Autres obstacles :

Fait particulier de cette région, plusieurs patients sont des travailleurs saisonniers, et ils ne peuvent pas prendre congé pour se rendre à leur rendez-vous. Cela entraînerait une perte de salaire. Il n'y a pas non plus de transport en commun et les taxis coûtent cher. De nombreux patients n'ont pas d'assurance-maladie privée et dépendent de la clinique pour se procurer de l'insuline, des fournitures et certains médicaments. La clinique a accès à de nombreux programmes de compassion offerts aux patients à faible revenu et fait de son mieux pour aider les patients de cette façon.

Comblent les besoins des patients

**Niveaux de
satisfaction :**

La clinique réalise chaque année un sondage sur la satisfaction des patients. Les résultats indiquent un niveau de satisfaction élevé des patients année après année. La rétroaction des patients incluait la mise sur pied d'un groupe de soutien (on a déjà formé un groupe de soutien, mais il a mis fin à ses activités en raison de la faible participation), des cours de cuisine et la formation d'un groupe de marche.

**Élément particulier
à cette clinique :**

La clinique est en fait la seule clinique canadienne affiliée au Centre de diabète Joslin qui est une institution américaine ayant son siège social à Boston. La clinique Joslin existe depuis plus de 100 ans et est le chef de file mondial dans les soins, l'éducation et la recherche sur le diabète. Comme l'espagnol est la deuxième langue des États-Unis, il n'y a pas de documentation offerte en français, aussi tout document Joslin que la clinique aimerait remettre aux patients doit être traduit, ce qui coûte cher. Lorsque la clinique s'est affiliée pour la première fois en 2006, elle a reçu une subvention des Langues officielles pour traduire quelques documents en français. Le personnel a eu le droit de choisir ce qu'il voulait faire traduire. En raison de certaines dispositions contractuelles, seules la région de Bathurst et la Péninsule ont le droit d'utiliser la documentation de la marque Joslin. La clinique ne peut utiliser que des documents de Joslin, de l'ACD et de Diabète Québec. Le coût de l'affiliation est de 45 000 \$ par année, et certains médecins remettent en question le fait de dépenser une telle somme pour un modèle américain plutôt qu'un modèle canadien. La clinique n'est pas en mesure de présenter une demande de certification de l'ACD parce qu'il y a déjà un modèle en place. Si le contrat n'est pas renouvelé en 2015, la clinique présentera une demande de certification de l'ACD à ce moment-là.

Prise en compte des besoins spéciaux :

Le personnel de la clinique voit de plus en plus de patients ayant de graves problèmes de santé mentale (dépression majeure, troubles anxieux, troubles bipolaires et schizophrénie) et il n'estime pas avoir les ressources nécessaires pour traiter ces cas très complexes. Parfois, le personnel de la clinique doit les aiguiller vers des ressources en psychologie ou en santé mentale. Les listes d'attente sont particulièrement longues pour les patients qui ne peuvent recourir à des soins privés. Il est arrivé qu'un membre du personnel doive conduire un patient directement à l'unité de psychiatrie ou à l'urgence.

La plupart des patients ayant des besoins spéciaux doivent avoir des séances individualisées qui leur permettent, par exemple, d'avoir accès à des documents avec des images ou destinés à des personnes qui ont un faible niveau d'alphabétisation, à des modèles ou des assiettes pour aider à la planification des repas. Les patients sourds ont des interprètes avec eux et les patients aveugles sont dirigés vers l'INCA. Le personnel est d'avis qu'il y a toujours moyen de communiquer avec ses patients. « *I've done visits with not one word spoken. I wrote everything down.* »

(« *J'ai eu des consultations où pas un seul mot n'a été échangé. J'ai tout écrit.* »)

Encouragement adressé à la famille :

On encourage vivement les membres de la famille et les aidants à assister aux consultations (individuelles ou en groupe) à la clinique. La clinique est très souple et fera tout ce qui est nécessaire pour aider les patients afin qu'ils soient vus rapidement.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Les deux patients visitent la clinique depuis longtemps; dont un depuis cinq ans.

Évaluation du service :

Les deux patients ont accordé la note de 10. « *All the times I come here, I get good service. On time. Very friendly.* » (« *Chaque fois que je suis venu ici, j'ai eu un bon service, dans un délai raisonnable. Et j'ai été traité de façon très amicale.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

Le personnel de la clinique offre du soutien et de l'encouragement. Les patients se sentent à l'aise avec le personnel et ont le sentiment qu'il se préoccupe véritablement de leur santé.

« *Their role is to tell me what to do. Give me a lot of advice. My role to listen to them, call and tell them what's going on.* » « *My role is to watch what I eat no matter how much I like it. With the clinic, I get a lot of encouragement.* » (« *Leur rôle est de me dire ce que je dois faire. Ils me donnent beaucoup de conseils. Mon rôle est de les écouter, de leur téléphoner et de les tenir au courant de ce qui se passe.* »
« *Mon rôle est de surveiller ce que je mange, peu importe à quel point j'aime manger. Grâce à la clinique, j'ai beaucoup d'encouragement.* »)

Éducation auprès des patients :

Les patients ont signalé qu'une bonne partie de l'éducation se fait de manière individualisée dans le cadre de leurs rendez-vous réguliers.

Accessibilité :

Les deux patients avaient le sentiment qu'ils pouvaient téléphoner et obtenir un rendez-vous rapidement en cas de besoin. Aucun des deux patients n'a eu de difficultés pour se rendre à la clinique. Un patient a toutefois fait remarquer qu'il n'y a pas suffisamment d'espace de stationnement disponible pour les patients handicapés.

Satisfaction et plaintes :

Les deux patients ont donné une très bonne note et ont été impressionnés par le service reçu. « *I'd call here. I wouldn't talk to anybody else.* » « *They always ask if they can help with anything else.* » (« *J'appelle ici, parce que je ne voudrais pas parler à personne d'autre.* » « *Ils me demandent toujours s'il y a autre chose qu'ils peuvent faire pour m'aider.* »



Programme régional de traitement du diabète

110, rue Hôtel-Dieu
Miramichi (N.-B.)
E1N 3X7
T : 506.628.7522
506.628.7500

Type de clinique :

Grande clinique (non en milieu hospitalier)

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Miramichi est située dans un établissement distinct dans le district de Chatham de la ville, à environ 7 km de l'Hôpital régional de Miramichi. La clinique dessert une très vaste région géographique rurale et offre des services à distance aux communautés les plus éloignées de Rogersville, Blackville et d'autres communautés grâce à des services mobiles offerts aux régions éloignées. La clinique dessert les centres de santé établis dans la zone 7 et deux centres de santé pour les Autochtones. Les patients qui visitent la clinique habitent dans un rayon pouvant aller jusqu'à 50 à 60 km (ou plus) de l'établissement, et une gestionnaire de cas, établie à la clinique médicale A.C.-Blanchard, visite également des patients dans les cabinets de médecins dans le cadre d'un prolongement des services de la clinique. Grâce aux services à distance, la clinique dessert des patients qui sont à une distance de 116 km ou plus de la clinique. La région desservie compte deux collectivités des Premières Nations (Burnt Church et Eel Ground) et des patients francophones. La clinique existe depuis au moins quinze ans.

Mandat de la clinique

Le mandat de la clinique est d'accroître la sensibilisation au diabète et les connaissances des patients à l'égard du diabète et de l'autogestion du diabète, le tout dans l'objectif de réduire les complications de santé associées au diabète.

Comblent les besoins de la population

Le personnel de la clinique n'a pas été en mesure de préciser le nombre de patients desservis, mais a pu fournir le nombre total de visites de patients qui est de 3 130 patients entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013. Le ministère de la Santé a comptabilisé 1 467 patients individuels en 2011. La clinique traite un nombre grandissant de patients recommandés, ce qui semble indiquer que le nombre de patients a augmenté. La clinique voit en moyenne de 8 à 10 patients par jour, par praticien.

La plupart des patients ont des comorbidités. L'industrie de la pêche est importante dans certaines régions, comme Baie-Sainte-Anne. Durant la saison de pêche, les visites de/aux patients de ces collectivités diminuent nettement. « *During fishing time, they can't miss any time.* » (« *Pendant la période de la pêche, ils ne peuvent pas s'absenter à n'importe quel moment.* »)

Les nouveaux patients de la clinique sont recommandés par plusieurs sources. Les patients peuvent être aiguillés vers la clinique par des médecins qui desservent la zone 7 ou le comté de Northumberland. Les patients venant des collectivités avoisinantes peuvent choisir de visiter la clinique à Miramichi ou d'avoir une consultation à leur centre de santé local (grâce aux services mobiles ou à distance). Des membres du personnel de la clinique, habituellement une équipe de deux personnes, se rendent à d'autres centres de santé de quatre collectivités éloignées à une fréquence moyenne d'une fois par mois (soit une visite à chacune par mois). « *We are the only clinic that goes to other health centres.* » (« *Notre clinique est la seule qui offre des services à d'autres centres de santé.* ») À la clinique A.C.-Blanchard, les patients atteints du diabète peuvent se présenter de leur propre chef à tout moment, sans qu'il soit nécessaire qu'ils soient aiguillés par leur professionnel de la santé.

La clinique dessert également des patients hospitalisés à l'Hôpital régional de Miramichi. Une équipe de deux personnes (formée habituellement de l'infirmière et de la diététiste) se rend à l'hôpital pour effectuer les visites aux patients hospitalisés. L'infirmière et la diététiste visiteront le patient habituellement le même jour, mais lors de consultations distinctes.

À la fin de la visite du patient, des rendez-vous de suivi sont fixés par le personnel administratif de la clinique, qui est responsable de fixer et de planifier les rendez-vous, en fonction des besoins de triage.

Les nouveaux patients (où qu'ils se trouvent) sont généralement vus par une infirmière et une diététiste lors de la première visite. Les visites de suivi se déroulaient de la même manière, mais en raison de la demande accrue par rapport aux ressources, les patients reçus pour les consultations de suivi voient maintenant soit l'infirmière spécialisée en diabète ou la diététiste. « *We did overlap, but we're short staff now.* » (« *Il y avait un certain chevauchement des rôles, mais nous manquons maintenant de personnel.* ») Les nouveaux patients qui visitent

la clinique pour la première fois passeront 45 minutes avec l'infirmière spécialisée en diabète et la diététiste. Les visites de suivi sont habituellement d'une durée de 30 minutes avec l'EAD (l'infirmière ou la diététiste). Les rendez-vous plus longs seront planifiés pour les patients qui amorcent l'insuline pour la première fois ou selon les besoins.

La gestionnaire de cas visite les cabinets des médecins de la région afin d'aider à élargir l'accessibilité des services, particulièrement pour les patients plus difficiles à gérer. Elle utilise l'établissement qui abrite la clinique du diabète pour entreposer les dossiers médicaux des patients ou pour effectuer les suivis auprès des patients de temps en temps. Ses patients sont associés à la clinique du diabète de Miramichi, dans la mesure où tout membre de l'équipe peut avoir une consultation avec le patient à la clinique (plutôt que dans le cabinet de son médecin) entre les visites. La gestionnaire de cas n'occupe ce poste que depuis septembre 2012, et cela est perçu comme un avantage considérable de l'avoir, car elle réussit à atteindre les patients les plus difficiles à atteindre lors de leur visite chez leur médecin. Les médecins déterminent quels patients doivent être vus par la gestionnaire de cas lorsqu'elle se présentera. Il peut s'agir ou non de patients qui sont déjà des patients de la clinique. Ces patients atteints du diabète ont généralement des résultats de leur taux d'A1c de 7 ou plus, et il peut s'agir de nouveaux patients, de patients qui n'observent pas leur traitement ou d'autres types de patients. Comme ce rôle est tout nouveau, la gestionnaire de cas peut également informer les médecins de la région du rôle et des services de la clinique et, à ce titre, elle contribue à encourager l'appui à ces services.

La clinique vise à aider les patients à contrôler leur glycémie, d'abord et avant tout, et à assurer l'autogestion de leur diabète.

La clinique dispense de la formation et de l'enseignement sur l'utilisation de la pompe à insuline. Elle reçoit des patients qui utilisent la pompe à insuline et des patients pédiatriques. Ces patients visitent aussi la clinique pédiatrique environ une fois par mois pour une formation et une sensibilisation. Il n'y a pas de laboratoire de phlébotomie sur place, mais le personnel de la clinique ou le médecin fera la recommandation pour des vérifications sanguines et enverra les patients faire des analyses sanguines au besoin.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La prévention primaire est limitée. La clinique est active dans la collectivité principalement pour offrir des services de prévention secondaire (dépistage).

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le personnel de la clinique fait actuellement très peu de travail de dépistage et de diagnostic précoce dans la collectivité, mais elle en a fait par le passé. Le personnel de la clinique a participé à un programme de dépistage auprès des Autochtones et a desservi les collectivités de Burnt Church et d'Eel Ground.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. La clinique assure le suivi auprès des patients atteints du diabète afin de les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'éducation (principalement dans le cadre de consultations individuelles avec la diététiste et l'EAD).

Assurer le suivi :

Tous les patients ont des rendez-vous de suivi. Selon l'état du patient, le premier rendez-vous de suivi est fixé dans les trois mois, ou au bout d'un mois dans le cas des patients qui ne se portent pas bien. Après ce premier rendez-vous de suivi, les autres rendez-vous de suivi seront prévus tous les trois mois dans le cas des patients dont le diabète est plus difficile à contrôler. Dans le cas des autres patients qui se portent bien et qui sont stables, les rendez-vous de suivi seront prévus tous les six mois ou tous les douze mois, selon le niveau d'autogestion du patient. Si un patient annule un rendez-vous ou ne se présente pas, une lettre de rappel est envoyée pour assurer un suivi. La clinique essaiera d'assurer un suivi avec les patients qui ne se présentent pas (sans visite ou sans réponse) pendant une durée maximale de trois ans, après quoi les dossiers de ces patients seront retirés de la clinique (et envoyés dans les dossiers médicaux à l'hôpital).

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Un interniste (le Dr Binedell) fait partie de l'équipe de la clinique qui effectue les visites de cabinets une fois par semaine. Le rôle du médecin est de voir les patients qui lui ont été recommandés ou les patients de la clinique dont les cas sont les plus difficiles ou compliqués (les cas les plus complexes ou les cas les plus difficiles à contrôler). L'équipe à l'interne est composée également de deux infirmières spécialisées en diabète employées à temps plein (dont une est la coordonnatrice de la clinique), d'une diététiste qui travaille à temps partiel (0,5 ETP) le mardi et le vendredi et chaque deuxième jeudi du mois, d'une commis au soutien administratif employée à temps plein, ainsi que d'une gestionnaire de cas. Il y avait un poste de diététiste à pourvoir au moment de l'entrevue. Trois membres de l'équipe avaient obtenu leur titre d'EAD au moment de l'entrevue (la diététiste, la gestionnaire de cas et l'infirmière coordonnatrice spécialisée en diabète), et trois membres de l'équipe sont également éducatrices agréées en ajustement de l'insuline (deux infirmières spécialisées en diabète et une diététiste agréée).

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Les services de la clinique s'étendent à un certain nombre d'autres centres de santé, notamment ceux de Blackville, de Neguac, de Rogersville et de Baie-Sainte-Anne, et à deux collectivités des Premières Nations (Burnt Church et Eel Ground). La clinique a également accès à un physiothérapeute qui participe aux cours d'éducation à l'intention des patients atteints de prédiabète. Le physiothérapeute effectue des visites environ trois fois par année. La clinique n'offre pas de soins des pieds, mais le médecin peut prescrire pour un patient des services de soins des pieds, qui sont dispensés par des infirmières communautaires en soins des pieds (moyennant des frais ou couverts par le régime d'assurance).

Structure de l'équipe :

L'infirmière coordonnatrice de la clinique supervise toute l'équipe et relève de la directrice générale de la région Miramichi, Régie de la santé Horizon. Elle coordonne les services, les horaires et toutes les tâches administratives associées à la clinique de Miramichi ainsi qu'aux cliniques qui sont visitées. La diététiste agréée de la clinique relève de l'infirmière coordonnatrice.

Comorbidités :

La plupart des patients souffrant de diabète de type 2 ont des comorbidités. La clinique recueille de l'information au sujet des patients et de leur maladie par une évaluation initiale, dans le cadre de laquelle des données sur l'état de santé, l'évaluation sociale, la gestion du diabète et la nutrition sont recueillies afin de dépister plus précisément les patients et leur fournir les meilleurs services individualisés. Ces données sont rassemblées dans un formulaire d'évaluation détaillé de quatre pages. Tout aiguillage de patients vers d'autres spécialistes se fait par l'entremise du médecin de la clinique ou par l'entremise de médecins de l'extérieur, comme le recommandent les membres de l'équipe. Le Dr Binedell aiguillera des patients pour qu'ils passent des épreuves fonctionnelles à l'effort et qu'ils reçoivent des soins d'ophtalmologie ou d'autres soins spécialisés, y compris des soins de pieds par l'entremise d'infirmières communautaires en soins de pieds. Lorsqu'il en voit la nécessité, le personnel de la clinique aiguille également des patients vers d'autres services de l'extérieur, notamment des services de travailleurs sociaux, de psychologues et d'autres services communautaires.

Communication :

La clinique ne dispose pas d'un système électronique pour la tenue de dossiers, tout se fait sur support papier. La communication est surtout informelle entre les membres de l'équipe. Pour discuter des soins prodigués aux patients, les

membres de l'équipe ont recours au courriel et aux discussions en personne. La communication avec les membres de l'équipe de l'extérieur, y compris les médecins, est plus formelle et comprendra les télécopies et les lettres. La clinique reçoit les patients envoyés de l'hôpital par l'intermédiaire d'un système interne d'entrée des inscriptions qui génère l'envoi d'une télécopie de l'hôpital à la clinique. Le personnel de la clinique, au moyen d'un formulaire, enverra un document écrit aux médecins comportant les mises à jour et les recommandations au nom des patients (une copie reste dans les dossiers de la clinique, une deuxième est envoyée au médecin et une troisième est classée dans les dossiers médicaux).

Autogestion

Rôle du patient :

Le personnel de la clinique aide le patient à se prendre en charge autant que possible en l'incitant à prendre sa maladie en main. Le rôle des patients traités par pompe à insuline est d'apprendre à gérer leurs propres ajustements d'insuline. On s'attend à ce que les patients participent directement à l'établissement de leurs propres objectifs et prennent en main la gestion de leur maladie. La clinique est là pour fournir des outils aux patients et leur apprendre petit à petit, selon leur rythme d'apprentissage, la façon d'y arriver.

La clinique doit composer avec un grand nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous, particulièrement lors des séances de groupes qui se déroulent à la salle Sobey's. Dans l'ensemble, le taux de non-présentation à un rendez-vous est d'environ 15 %, et ce taux semble être encore plus élevé dans le cas des cliniques éloignées qui sont visitées. Les raisons du non-respect des rendez-vous ne sont pas claires. Dans un effort visant à réduire le nombre de cas de non-respect des rendez-vous, le personnel de la clinique effectue maintenant (depuis l'été 2013) des appels de rappel de rendez-vous aux patients la veille de leur rendez-vous.

« They have an education program out there, but a lot don't show. There is no interest, I don't understand. » (Patient)

(« Un programme d'éducation est en place à la clinique, mais plusieurs patients ne s'y présentent pas. Ils ne sont pas intéressés, je ne comprends pas pourquoi. ») (Un patient)

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation entre les professionnels et les patients est très ouverte et sympathique. Les patients savent où se trouve la clinique et ont le sentiment que le personnel de la clinique se soucie de leur bien-être et est là pour les aider.

Éducation auprès des patients :

L'objectif de la clinique est de prévenir les complications du diabète grâce à l'éducation. Dans le cas des patients qui prennent de l'insuline, le personnel de la clinique s'occupe principalement d'enseigner aux patients comment ajuster eux-mêmes leur dose d'insuline. La clinique offre un cours de trois heures animé par une infirmière spécialisée en diabète et une diététiste. Ce cours est proposé aux nouveaux patients atteints de diabète, qui sont quelque peu contrôlés, ou aux patients qui ont le sentiment qu'une mise à jour de leurs connaissances pourrait leur être utile.

La clinique utilise la carte de conversation de l'ACD pour faciliter l'éducation des patients, mais uniquement à Miramichi. La carte n'est pas utilisée dans d'autres collectivités en raison du manque d'espace. La clinique fait également souvent référence aux tableaux à feuilles mobiles fournis par les compagnies pharmaceutiques. *« These are good tools, and (they are) visual. » (« Il s'agit de bons outils visuels. »)* Les cours offerts à Miramichi sont destinés à un plus grand nombre

de patients et sont dispensés, en anglais seulement, à la salle communautaire de Sobeys. Dans d'autres régions, la clinique aura davantage recours à l'enseignement individualisé, utilisera des documents à distribuer, le guide alimentaire, fournira des ressources sur le Web et couvrira les notions de base. Les cours offerts dans d'autres régions sont dispensés soit en anglais ou en français, selon la collectivité, et habituellement à un nombre beaucoup plus restreint de patients.

Principaux services offerts :

La clinique dessert une très vaste région géographique et offre plusieurs points d'accès aux services, notamment par des visites aux patients hospitalisés à l'Hôpital régional de Miramichi, des visites planifiées et non planifiées à la clinique de Miramichi, des services de gestion de cas (visites aux cabinets des médecins) et des services à distance aux centres de santé des localités éloignées (Blackville, Rogersville, Neguac et Baie-Sainte-Anne). La clinique vise à aider les patients à améliorer leur glycémie et à offrir une approche personnalisée. Même si le temps d'attente pour les services est long, la clinique répondra de son mieux aux besoins des patients qui appellent ou qui se présentent sans rendez-vous.

Les services de la gestionnaire de cas aident à joindre les patients qui sont les plus difficiles à gérer ou qui ne souhaitent pas visiter la clinique. Elle a l'avantage d'avoir accès au médecin de la clinique, ce qui est considéré comme un avantage pour les patients. « *She has access to the doctor and it's all done right there.* » (*Elle a accès au médecin et tout se fait là.*) Le personnel de la clinique et la gestionnaire de cas travaillent ensemble à dispenser des soins aux patients. Les dossiers des patients de la gestionnaire de cas sont conservés à la clinique et sont accessibles au personnel de la clinique, et la gestionnaire de cas a accès aux services de la clinique, incluant les services de la diététiste, au besoin. « *When (the case manager) sees a patient and sees a need to see a dietitian, she'll book them in with me. It's the same chart.* » (« *Lorsqu'elle [la gestionnaire de cas] voit un patient et estime qu'il est nécessaire qu'il voie une diététiste, elle fixe un rendez-vous pour lui avec moi. On utilise la même fiche.* »)

Proportion des patients contrôlés :

La clinique n'a pas de façon officielle d'assurer le suivi des résultats et de l'état de santé des patients. La proportion de patients qui assurent leur autogestion n'est pas clairement établie, certains réussissent très bien d'autres moins. Le principal facteur dans l'autogestion est le niveau d'éducation des patients. « *Education level determines how much they can self-manage.* » (« *Le niveau d'éducation détermine la mesure dans laquelle ils peuvent s'autogérer.* ») Le personnel de la clinique n'assure pas le suivi du taux d'A1c, mais examinera l'état et les résultats du patient avant sa visite, mais si le patient ne visite pas la clinique, le personnel n'évalue pas ou n'examine pas son dossier ni ses statistiques. Le personnel de la clinique interrogera les patients, leur apprendra comment utiliser leur journal de bord et les incitera à prendre le contrôle de leur maladie en leur demandant ce qu'ils pensent qu'ils devraient faire.

Le personnel de la clinique est d'avis que la gestionnaire de cas a une incidence positive sur les patients en les aidant à gérer leur diabète, mais cela n'est pas comptabilisé.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Le personnel de la clinique du diabète traite un grand nombre de patients recommandés provenant de sources multiples, et estime qu'il est particulièrement difficile de les gérer et de planifier leurs rendez-vous. Le temps d'attente est long et augmente. La clinique avait un effectif restreint au moment de l'entrevue, puisqu'elle avait un

poste de diététiste à pourvoir, ce qui causait également des engorgements, des difficultés liées à la planification de l'horaire et des difficultés à répondre à la demande particulièrement dans le cas des collectivités de l'extérieur. « *Just keeping up with all the referrals... hard to keep ahead.* » (« *Il est déjà difficile de suivre tous ces patients recommandés... et il est difficile de garder une longueur d'avance.* »)

La clinique à Miramichi est techniquement ouverte de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi, mais n'est pas accessible aux patients durant toutes ces heures. Lorsque le personnel est « sur la route » pour visiter d'autres cliniques, la clinique ne compte qu'un minimum de membres du personnel (personnel administratif) et ne peut donc pas offrir des consultations aux patients. On a fait la remarque que l'on peut répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients si ceux-ci visitent la clinique plutôt que d'avoir du personnel de la clinique qui se déplace jusqu'à eux. D'autre part, les services à distance permettent de rendre les services accessibles à ceux qui ne sont peut-être pas en mesure de se rendre à Miramichi.

« The door was shut once... can't give insulin if no nurse or dietitian is here. » (« Il m'est arrivé une fois de me retrouver devant une porte close... on ne peut donner d'insuline si l'infirmière ou la diététiste n'est pas là. ») (Un patient)

La clinique tentera de répondre aux besoins d'un patient qui ne peut visiter la clinique durant les heures normales de 8 h à 16 h du mieux qu'elle peut pendant les heures d'ouverture prolongées, parfois jusqu'à 17 h (si nécessaire). « *If I know there's a patient that works, I might book it at 4:30 and stay until 5.* » (« *Si je sais qu'un patient travaille, je peux lui fixer un rendez-vous à 16 h 30 et rester jusqu'à 17 h.* »)

La clinique ne répond pas à la demande pour des services à distance. « *We are really behind in those clinics* » (« *Nous accusons du retard dans ces cliniques.* ») La clinique s'efforce toutefois de voir le plus grand nombre possible de patients lors de ses visites à ces cliniques. Chaque clinique éloignée est visitée une fois par mois, et l'arriéré est d'environ un an dans le cas des nouveaux patients aiguillés vers ces cliniques.

Services manquants :

Les membres du personnel de la clinique ont déclaré qu'il manquait des services en soins des pieds, auparavant disponibles, ou la disponibilité de services de soins des pieds dans l'ensemble de la collectivité, d'installations récréatives ou de services de kinésiologie et de santé mentale, de services d'un travailleur social et des services d'une autre diététiste employée à temps plein. On a également mentionné qu'il serait nécessaire d'avoir une autre infirmière spécialisée en diabète à temps plein pour pouvoir répondre à la demande accrue. Il manque également d'espace, ce qui rend l'enseignement avec des cartes de conversation parfois difficile. La disponibilité d'une documentation en ligne est un autre élément sur la liste de souhaits de la clinique afin d'améliorer l'efficacité et de libérer de l'espace physique actuellement utilisé pour entreposer les dossiers des patients.

Temps d'attente :

Le temps d'attente pour un rendez-vous de suivi varie de un à trois mois selon l'état du patient. Le triage est fait en fonction des résultats glycémiques et des besoins du patient. Le temps d'attente pour les rendez-vous des nouveaux patients varie de deux à trois mois, également en fonction de l'état des patients. La première visite à la clinique se déroule avec une commis au soutien administratif qui recueille les renseignements personnels et les antécédents médicaux du patient afin d'effectuer le triage de façon appropriée. Si la glycémie du patient est sous contrôle, la prochaine étape consisterait à envoyer le patient suivre un cours sur le diabète à la salle de Sobey's. Les temps d'attente peuvent prendre jusqu'à un an dans le cas des cliniques de l'extérieur qui sont desservies en moyenne une fois par mois.

« Sometimes you have to wait quite a bit. There's not enough staff, they're always on the go » (Patient)

« Il faut parfois attendre assez longtemps. Il n'y a pas suffisamment de personnel, les membres du personnel sont constamment en action. » (Un patient)

Méthodes d'offre de service :

Les services sont principalement offerts en personne et dans le cadre des services à distance. L'infirmière coordonnatrice effectuera un grand nombre de consultations par téléphone avec les patients qui prennent de l'insuline afin de les aider à apprendre comment ajuster leur dose d'insuline par eux-mêmes (s'ils en sont capables). L'infirmière coordonnatrice reçoit également des appels téléphoniques à la maison, après les heures d'ouverture de la clinique, en provenance de patients ayant des problèmes avec la pompe ou des questions au sujet de leur utilisation d'insuline. Un certain nombre de patients font également l'objet d'un suivi par courriel.

*« Yes, I've emailed my sugars in. I was emailing constantly, they are very involved. » (« Oui, je leur ai envoyé mes résultats glycémiques par courriel. On échange constamment par courriel, le personnel participe activement. »)
(Un patient)*

Distances :

La région desservie est très vaste, et les patients peuvent faire jusqu'à une heure de route, ou un trajet de 60 à 70 km, pour se rendre à la clinique. La durée moyenne du trajet est de 15 minutes. Il y a un service de transport en commun dans la région, et un autobus passe devant la clinique à toutes les heures du lundi au samedi. On a toutefois constaté lors des entrevues que le personnel et les patients n'étaient pas au courant de ce service, cela ne semble pas un moyen couramment utilisé pour se rendre à la clinique. Un service de taxi est également disponible. La plupart des patients toutefois conduisent leur propre véhicule ou prennent un taxi pour se rendre à la clinique. La clinique tient compte de la situation des patients qui prennent le transport en commun de la ville en faisant coïncider leurs rendez-vous en fonction de l'horaire de l'autobus.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Aucun mécanisme de rétroaction officiel n'est mis en place à la clinique. La clinique s'en remet à la rétroaction des patients et aux résultats de leurs taux de glycémie pour déterminer l'incidence de ses services sur la santé des patients. On s'en remet également aux commentaires des patients qui indiquent comment ils se sentent. « A lot of them are glad to be here and want to learn more every visit. » (« Beaucoup sont contents de venir à la clinique et veulent en savoir plus à chaque visite. »)

Élément particulier à cette clinique :

La clinique compte différents points d'accès à ses services pour les patients, y compris des services à distance (clinique mobile) pour les patients éloignés, un gestionnaire de cas qui rejoint les patients qui sont les plus difficiles à gérer et une clinique locale à Miramichi pour les visites des patients pour des consultations en personne.

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant. La clinique répond aux besoins des patients ayant des besoins spéciaux en demandant aux aidants de ces patients de les accompagner à leurs rendez-vous. Le personnel de la clinique peut demander de visiter des foyers de soins afin de former les aidants à répondre aux besoins des patients.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La région compte une importante population des Premières Nations, et la clinique offre ses services aux réserves (Burnt Church et Eel Ground). Aucun problème lié aux différences culturelles n'a été relevé à la clinique. Les faibles niveaux d'alphabétisation et d'éducation constituent l'obstacle le plus courant aux services,

et cela a une incidence sur la capacité d'autogestion des patients. Pour tenir compte de ceci, la clinique planifiera des rendez-vous plus longs et fournira plus d'outils visuels et plus d'explications. Pour les membres des Premières Nations, la clinique dispose d'un guide pour les Premières Nations fourni par l'ACD. Ce guide est adapté aux patients dont le niveau d'alphabétisation est faible et à la culture des Premières Nations. La clinique s'occupe aussi des patients dont le niveau d'alphabétisation est faible en utilisant des outils d'éducation sur ce qu'il convient de faire et de ne pas faire sous forme d'images. Pour les personnes malentendantes, les membres de l'équipe s'adaptent en répétant et envoient une lettre de rappel de rendez-vous au lieu d'effectuer un appel téléphonique. La clinique a également accès à un lecteur parlant pour les patients qui ne peuvent pas voir, qui permet d'entendre les résultats de leur glycémie plutôt que d'avoir à les lire.

Le personnel est bilingue et peut accueillir des patients des deux langues. Habituellement, les cours sont offerts dans une seule langue par collectivité (soit la langue la plus courante), et le personnel offrira des séances individuelles aux patients qui souhaitent recevoir l'information dans une autre langue.

**Encouragement
adressé à la famille :**

On encourage les patients à se faire accompagner par les membres de leur famille. Le personnel de la clinique demande également aux aidants d'accompagner les patients lors de leur rendez-vous à la clinique.



Hôpital mémorial de Sackville

8, rue Main
Sackville (N.-B.)
E4L 4A3
T : 506.356.6613

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique est située dans l'Hôpital mémorial de Sackville, établissement communautaire qui se trouve dans la ville de Sackville, au Nouveau-Brunswick. L'hôpital et la clinique servent principalement les populations de Sackville, de Dorchester, de Port Elgin et des environs. L'Hôpital mémorial de Sackville offre des services d'urgence 24 heures sur 24, tous les jours, et comprend un service de médecine familiale comptant 21 lits. L'hôpital dispense également d'autres services, y compris les suivants : soins ambulatoires, diététique et éducation sur le diabète, imagerie diagnostique, médecine familiale, laboratoire, soins palliatifs, réadaptation, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie et chirurgie d'un jour.

La clinique a été fondée dans les années 1980. En 2005, ses jours d'ouverture sont passés de deux à trois jours par semaine, et la clinique est maintenant ouverte quatre jours par semaine pour répondre au besoin accru de services. Elle est ouverte du lundi au jeudi, de 8 h à 16 h. La clinique sert principalement les collectivités de Sackville, de Dorchester, de Memramcook et de Port Elgin, ainsi qu'un petit nombre de résidents d'Amherst, en Nouvelle-Écosse. On a observé que davantage de personnes utilisent l'insuline, et que les cas sont plus compliqués qu'auparavant. De plus, on a constaté que les médecins ont intensifié leurs efforts de dépistage précoce.

Mandat de la clinique

Évaluer la santé des individus et les éduquer, de défendre leurs intérêts et de les aider à mener une vie plus saine.

Comblent les besoins de la population

La clinique compte 390 dossiers actifs et de 10 à 13 nouveaux aiguillages par mois. Il y a également 70 dossiers de patients de Port Elgin qui visitent la clinique. De plus, la clinique compte 350 dossiers plus anciens de patients qui pourraient se présenter de nouveau à la clinique si nécessaire. L'année dernière, il y a eu 925 visites et un nombre similaire de consultations téléphoniques (971).

Les consultations téléphoniques peuvent être classées dans trois catégories principales :

1. Soutien et orientation des clients (généralement ceux qui utilisent l'insuline).
2. Tri et prises de rendez-vous.
3. Consultations auprès d'autres professionnels.

La plupart de ses patients sont atteints de diabète de type 2. Selon les données empiriques, les patients de la clinique correspondent en majorité aux données démographiques de la province et sont âgés de 50 à 79 ans. Cependant, la clinique reçoit des patients de tous âges, allant de 18 à 90 ans et plus. Ces données ne sont pas conservées à la clinique, mais on estime qu'elles pourraient être obtenues dans la province.

La clinique applique les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète et les principes directeurs des lignes directrices à l'intention des éducateurs spécialisés en diabète. Les nouveaux patients sont habituellement vus dans le cadre d'une séance de groupe. Les séances comprennent des conversations et beaucoup de discussions. Il y a généralement trois classes, qui sont suivies d'une rencontre individuelle avec le patient pour renforcer l'apprentissage en classe. Pendant les séances du groupe sur le diabète, on utilise des plans de conversation pour amener les individus à prendre part à des conversations constructives qui leur permettront de se renseigner sur le diabète et, avec un peu de chance, de prendre en charge leur diabète.

La clinique offre les classes suivantes :

1. Vivre avec le diabète et le comprendre (semaine 1).
2. Saine alimentation et activité physique (semaine 2).
3. Soins podologiques et récapitulation des deux premières classes. Cette classe a lieu trois mois après les deux premières classes.

Des classes sur l'insuline sont données au besoin.

Formation sur les pompes à insuline :

Aucune formation sur les pompes à insuline n'est offerte, mais la clinique fournit un soutien aux personnes qui se préparent à utiliser une pompe, en collaboration avec les infirmières spécialisées dans l'éducation sur le diabète et les diététistes de Moncton.

Sensibilisation au prédiabète et dépistage :

On fournit une éducation pour sensibiliser les gens au prédiabète.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Des exposés publics sont prévus sur demande et ont généralement lieu de deux à six fois par année.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique dispense des classes sur le prédiabète au besoin en fonction des aiguillages. S'il n'est pas nécessaire d'organiser une classe en raison du nombre de participants, on procède par consultations individuelles. Celles-ci sont principalement effectuées par la diététiste, mais peuvent être offertes par les infirmières autorisées.

Tertiaire :

La plupart des visiteurs à la clinique sont atteints de diabète, et le travail de la clinique s'effectue donc majoritairement à ce niveau.

Équipe de la clinique

Le médecin généraliste du patient coordonne les soins et se charge d'aiguiller les patients vers les spécialistes nécessaires. La clinique du diabète peut suggérer des soins, mais ne peut procéder à un aiguillage direct.

Membres de l'équipe à l'interne :

Une petite équipe de trois personnes composée d'une coordonnatrice de la clinique du diabète, d'une infirmière autorisée et d'un éducateur agréé en diabète qui relève de Beth Kennedy (la gestionnaire de la clinique à l'Hôpital de Moncton). Il y a deux infirmières qui sont presque à temps plein (0,8 ETP) et une diététiste qui représente 0,5 d'un ETP. En réalité, la diététiste est plus accessible que le 0,5 ETP le laisse entendre. On a obtenu l'approbation pour accroître les ressources à deux différentes occasions, mais, chaque fois, la démarche a été mise en suspens. Les deux infirmières travaillent en étroite collaboration, se consultent et s'échangent l'information (souvent en dehors des heures normales de travail), mais aucun budget n'est prévu pour les remplacer si l'une des deux est malade ou en vacances. Ces deux infirmières sont des éducatrices agréées en diabète. Elles offrent également une certaine portion de l'éducation dispensée par la diététiste.

L'équipe assure une liaison avec des médecins et fait surtout affaire avec des médecins locaux. Les médecins se chargent d'aiguiller les patients vers d'autres spécialistes, et le personnel de la clinique présente ses suggestions aux médecins à cet égard.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Aucun médecin n'est attaché à la clinique, et tous les aiguillages externes sont effectués par des médecins vers les divers spécialistes requis. Tel qu'il est mentionné précédemment, des suggestions sont formulées à l'intention des médecins conformément aux lignes directrices de l'ACD. La clinique consulte le Dr Gallant et le Dr McSween au besoin (deux endocrinologues de Moncton).

Structure de l'équipe :

Carol est la coordonnatrice de l'équipe et est considérée comme la chef d'équipe. Carol relève de l'administrateur de l'établissement, mais dispose d'une autonomie considérable et assume des responsabilités importantes en ce qui touche la clinique du diabète. La diététiste relève d'un directeur de la nutrition clinique de Moncton.

Qualifications et formation des membres de l'équipe :

Les deux infirmières sont des éducatrices agréées en diabète. La coordonnatrice de l'équipe vient tout juste de se représenter à l'examen d'agrément et a réussi l'examen d'agrément en matière d'ajustement d'insuline. Les deux éducatrices spécialisées en diabète ont assisté à la plupart des conférences nationales récentes de l'ACD et également des conférences provinciales. On participe à toutes les possibilités d'éducation offertes par le Réseau de santé Horizon, l'ACD et l'industrie (entreprises pharmaceutiques et fabricants de glucomètres).

Lignes directrices :

La clinique applique les principes directeurs généraux des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète.

Comorbidités :

La clinique prend note d'autres problèmes de santé, mais ne se charge pas de leur prise en charge. Les communications de l'équipe sont transmises aux médecins.

Communication :

Les dossiers électroniques ont été mis en ligne, et tous les membres de l'équipe peuvent y accéder. Les deux infirmières consacrent une partie de leur temps libre pour communiquer entre elles au sujet de la clinique et s'appellent généralement à la maison pour se mettre à jour mutuellement. On tient un journal des communications qui comprend toutes les mises à jour nécessaires.

Autogestion

Rôle du patient :

L'objectif est l'autogestion, et les patients sont encouragés à se fixer leurs propres objectifs. Les rendez-vous manqués et les annulations comptent pour 10 à 15 p. cent du total de rendez-vous, et la répartition entre ceux-ci est à peu près égale. Les personnes nouvellement aiguillées reçoivent une lettre, à moins qu'on leur ait parlé en personne ou qu'on les ait appelées. Un rappel téléphonique est effectué pour tous les rendez-vous un jour ou deux au préalable.

Rôle de la clinique :

« *We used to say what people needed to do, but now find that that people react better to something they understand.* » (« *Auparavant, nous disions aux gens ce qu'ils devaient faire, mais on considère maintenant que les personnes réagissent mieux lorsqu'ils comprennent de quoi il s'agit.* ») « *I explain the benefit of being right on target.* » (« *J'explique les avantages d'être dans le mille.* ») Un aide et conseiller.

Éducation auprès des patients :

Les classes d'éducation en groupe ont lieu tous les mois. Il s'agit d'une série de trois classes qui porte notamment sur l'éducation sur les modes de vie et le fait de vivre avec le diabète. Les classes sont élaborées pour permettre aux patients d'interagir entre eux et de s'aider mutuellement. La clinique utilise des plans de conversation et dispose d'outils pour illustrer les différents concepts. L'éducation en salle de classe est ensuite renforcée grâce à des séances individuelles offertes dans le cadre du traitement continu. On dispense également une classe d'exercices à l'aide de bandes élastiques.

Principaux services offerts :

Les patients sont appuyés et respectés. On ne les juge pas, et la clinique essaie de les appuyer dans leurs décisions.

Proportion des patients contrôlés :

« *We need some kind of tracking and don't have it.* » (« *Nous devons pouvoir capter ces informations à l'aide d'un mécanisme quelconque mais nous n'en disposons pas.* ») Selon les Lignes directrices de pratique clinique, au moins 50 p. 100 des patients ont atteint des résultats qui sont appropriés pour eux. Il convient de noter que la clinique ne voit pas les personnes qui réussissent bien à contrôler leur diabète dans une mesure raisonnable, à moins que celles-ci en fassent la demande. Un numéro de cellulaire est donné à tous les patients qui commencent à utiliser l'insuline.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :

L'absence d'un travailleur social représente un défi, car un pourcentage élevé de patients sont défavorisés sur le plan social. On aimerait également accroître les heures de travail de la diététiste et obtenir l'accès à un physiothérapeute ou à un spécialiste en exercices.

Hôpital :

La clinique voit certains patients de l'hôpital et leur offre tous les services dont ils ont besoin. Un suivi est également offert suivant la sortie de l'hôpital.

Temps d'attente :

Il est possible d'inscrire un patient à une classe d'introduction dans un délai d'un mois. Si le cas n'est pas urgent, le délai pour un premier rendez-vous est de deux à trois mois, mais s'il s'agit d'une urgence, la clinique donnera un rendez-vous au client plus tôt. La clinique préfère effectuer un tri des nouveaux patients (à l'aide des dossiers médicaux électroniques) et donc le personnel de bureau ne fixe pas ces rendez-vous.

Méthodes d'offre de service :

La plupart du temps, ils sont offerts en personne ou par téléphone. La clinique donne le numéro de cellulaire des personnes ressources à appeler après les heures normales de travail pour les personnes qui commencent à utiliser l'insuline. Une infirmière se trouve à Port Elgin deux jours par mois pour offrir des services, notamment pour les patients atteints de diabète.

Distances :

Les collectivités servies par la clinique sont toutes situées à une distance de 10 à 20 kilomètres de Sackville. Lorsqu'un patient a divers rendez-vous avec plusieurs fournisseurs de soins de santé, on tente de coordonner tous ses rendez-vous pour les rassembler en une seule visite.

Dépenses :

Les bandelettes d'analyse représentent la dépense la plus couramment mentionnée en ce qui a trait à la difficulté d'assumer les coûts de certains aspects du diabète. Si les dépenses constituent un sérieux problème, la clinique encourage le patient à effectuer les analyses pendant quelques jours et développer un jugement à partir de ça.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique interroge les patients lors de leur visite à la clinique à titre de vérification. À l'exception de ce mécanisme, la clinique ne dispose d'aucun système de suivi pour assurer la qualité. Jusqu'à il y a un an, elle effectuait à la suite des classes une enquête auprès des participants qui visait à évaluer la satisfaction à l'égard de la classe en soi. Les résultats de l'enquête étaient constamment positifs.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La clinique est toujours attentive au niveau d'alphabétisation. Sur le plan culturel, les problèmes sont relativement mineurs et portent principalement sur l'alimentation et le fait de devoir rencontrer le patient là où il se trouve. Aucune plainte ou préoccupation n'a été formulée à l'intention de la clinique concernant l'aspect linguistique. Si le patient souhaite être servi en français, il est possible de prendre les arrangements nécessaires par l'intermédiaire de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont à Moncton.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Un des patients visite la clinique depuis quatre ans, et un autre, depuis six ans.

Évaluation du service :

Une note de 10 et une autre de 9 à 10 sur 10. « *Good information and down to earth; not pushy, but good and helpful.* » (« *Ils donnent de bons renseignements et sont objectifs. Ils ne sont pas insistants, mais dévoués et aimables.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

Ils conviennent que la clinique est là pour encadrer les patients, mais que la responsabilité revient finalement au patient.

Éducation auprès des patients :

Les patients ont constaté que le travail d'éducation s'effectue surtout individuellement au cours de leurs rendez-vous ordinaires.

Accessibilité :

Les deux patients estiment qu'ils pourraient appeler et obtenir un rendez-vous rapidement au besoin. Ils ont également tous deux mentionné qu'ils peuvent obtenir des conseils par téléphone au besoin. Ni l'un ni l'autre n'a eu de la difficulté à avoir accès à la clinique.

Satisfaction et plaintes :

Il existe clairement une solide relation entre les patients et les employés de la clinique. Les deux répondants ont fait remarquer que tous les patients sont traités de la même façon.



Hôpital Stella-Maris-de-Kent

7714, route 134
Sainte-Anne-de-Kent (N.-B.)
E4S 1H5
T : 506.743.7894

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Sainte-Anne-de-Kent est située à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent. Sur le plan géographique, la collectivité est située entre Bouctouche et Rexton, à 14 km seulement de la clinique du diabète de Rexton (voir le profil de la clinique de Rexton pour en savoir plus). Elle offre ses services à une importante collectivité rurale et ses patients peuvent parcourir jusqu'à 65 km pour s'y rendre, à partir de régions comme Pointe-Sapin. Bien que la clinique soit rattachée au Réseau de santé Vitalité en raison de son emplacement, elle dispense ses services aux patients du Réseau de santé Horizon et du Réseau de santé Vitalité. La clinique existe depuis quatre ans. Auparavant, une infirmière de la clinique du diabète à Moncton se rendait à l'hôpital une ou deux fois par mois.

Mandat de la clinique

La clinique est en place pour fournir aux nouveaux patients l'accès à l'information et leur donner des notions concernant le diabète, dans le but de les aider à prendre en main la gestion de leur maladie. Elle offre également de l'aide aux patients dont le diabète n'est pas contrôlé en les aidant à mieux surveiller leur maladie pour prévenir les complications et améliorer leur qualité de vie.

Comblent les besoins de la population

La clinique offre des services à une population adulte aux prises avec le prédiabète, le diabète gestationnel et le diabète de type 1 et 2. La clinique estime avoir réalisé environ 50 à 110 nouvelles consultations (nouveaux cas et diabète non contrôlé) et elle compte environ 100 à 120 cas de suivi. Elle estime avoir approximativement 850 patients non actifs. Les patients non actifs sont ceux qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier, mais qui peuvent téléphoner à la clinique au besoin s'ils ont des questions ou pour prendre un rendez-vous.

De nombreux patients et résidents de la région sont autonomes sur le plan alimentaire. Il n'est pas rare que les patients cultivent leurs propres légumes et qu'ils aient accès à des légumes frais, car les cultivateurs abondent dans ce secteur. Bon nombre de patients de cette région ont un faible niveau d'instruction, un faible revenu et ils n'ont aucune assurance pour des articles tels que les bandelettes d'analyse et les médicaments. L'emploi est surtout saisonnier dans la région. Ainsi, durant la saison de la pêche ou durant les périodes de pointe à l'usine de transformation du poisson, bon nombre de patients ne peuvent pas se rendre à la clinique du diabète.

Les nouveaux patients sont dirigés vers la clinique par des médecins du secteur ou de la collectivité, ou ils se présentent de leur propre chef. Aucun médecin n'est directement lié à la clinique à titre de membre de l'équipe à l'interne. La clinique dispense des soins aux patients atteints de diabète recommandés par environ quinze médecins, dont huit à dix d'entre eux ont recours aux services de la clinique plus fréquemment que les autres. De temps en temps, le personnel de la clinique doit effectuer des consultations auprès des patients hospitalisés. Bien que rares, ces consultations à l'interne semblent se multiplier. Bon nombre des patients sont aussi dirigés vers la clinique par les médecins du Réseau de la santé Horizon, en particulier les patients francophones ou ceux dont le diabète n'est pas contrôlé et qui ont besoin de plus d'aide en ce qui a trait aux décisions de prise en charge spécifiquement liées au rajustement des doses d'insuline, aux médicaments, aux questions de mode de vie, à la résolution de problèmes, à l'établissement des buts et à une participation active au processus décisionnel.

Des rendez-vous de suivi sont fixés en fonction d'un système de triage. Étant donné que la demande de services est forte, la clinique organise des séances en groupe afin de maximiser le nombre de patients qui peuvent consulter chaque semaine. On signale certaines difficultés en ce qui a trait au système de triage et à l'équilibre entre les rendez-vous en groupe et les rendez-vous individuels pour répondre à la demande. Les patients dont le diabète n'est pas contrôlé, ceux qui amorcent leur traitement à l'insuline ou qui présentent des difficultés d'apprentissage ou ceux qui viennent pour un suivi doivent obtenir une consultation individuelle. Les candidats aux séances de groupe ont en général nouvellement reçu un diagnostic de diabète. Toutefois, on a récemment mis en œuvre certains changements de sorte que les patients dont le diabète n'est pas contrôlé, et qui n'ont jamais fait l'objet d'une éducation sur la maladie dans le passé (c'est-à-dire la plupart d'entre eux) s'ajoutent maintenant aux

séances en groupe. Ces patients, s'ils le désirent, pourront consulter plus tard sur une base individuelle jusqu'à ce que leur diabète soit contrôlé.

Les rendez-vous de suivi sont fixés avant que le patient quitte la clinique. Les patients peuvent téléphoner à tout moment pour prendre un rendez-vous si besoin est. On leur dit d'appeler quand ils ont des questions, si un changement survient ou s'ils ont besoin d'aide avec la prise en charge de la maladie. L'infirmière spécialisée en diabète s'occupe d'établir les rendez-vous des patients dans son programme et la réceptionniste du service entre les rendez-vous dans le système électronique Meditec. On n'envoie pas de lettre de confirmation. Les patients dont l'état est stable une fois qu'on leur a fourni l'éducation nécessaire sur la maladie ne font pas l'objet d'un suivi sauf s'ils le souhaitent. Les patients dont l'état cesse d'être stable peuvent être dirigés vers la clinique par un médecin ou se présenter de leur propre chef.

La clinique met l'accent sur la prise en charge autonome de la maladie par les patients, au moyen d'information et d'un travail d'éducation. La clinique met également l'accent sur l'autogestion par le patient du rajustement de la dose d'insuline, pour les patients qui peuvent apprendre à s'en charger eux-mêmes. « *C'est important, ça peut limiter les complications, je ne veux pas enlever ce temps-là.* »

La clinique ne montre pas aux patients comment se servir d'une pompe à insuline parce qu'aucun médecin à proximité ne peut les appuyer. Les patients de la région qui utilisent une pompe à insuline ou ceux à qui un endocrinologue a prescrit le recours à ce type de pompe recevront l'éducation et le suivi nécessaires à cet égard à Moncton.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

L'infirmière de la clinique fait partie d'un comité qui organise une journée du bien-être, une fois par an, où l'on met l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé dans la collectivité (présentation de trois conférences et kiosque d'information).

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique tient des séances de dépistage dans la collectivité environ chaque trimestre. Elle installe son kiosque dans une épicerie locale ou un centre commercial pour vérifier la tension artérielle et la glycémie et pour dispenser des conseils. Une fois par mois, la clinique tient des séances de dépistage de l'hypertension, vérifie la glycémie et distribue un questionnaire pour vérifier les habitudes de vie quotidiennes qui ont des répercussions sur la santé des gens. On distribue de l'information et des brochures.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour toute la clinique. On effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète au moyen d'un travail d'éducation pour les aider à prendre en charge leur maladie et pour prévenir les complications (séances en groupe et consultations individuelles auprès de la diététiste et d'un éducateur agréé en diabète).

Assurer le suivi :

On effectue le suivi auprès des patients aussi longtemps qu'ils le souhaitent. Les délais d'attente pour le suivi individuel varient entre deux semaines et quatre mois environ. Le patient verra à la fois l'infirmière et la diététiste au cours des deux visites initiales, et par la suite, consultera l'infirmière spécialisée en diabète seulement pour maintenir le suivi, et la diététiste seulement au besoin.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe de la clinique compte deux principaux membres à l'interne : une infirmière spécialisée en diabète à plein temps, qui est aussi une éducatrice agréée en diabète, et une diététiste à temps partiel (une journée et demie par semaine) qui étudiait pour obtenir l'agrément d'éducatrice en diabète au moment de l'entrevue. La diététiste travaille aussi à la clinique de Shediac une journée toutes les deux semaines. Au moment de l'entrevue, l'infirmière éducatrice agréée en diabète allait bientôt passer l'agrément concernant l'ajustement d'insuline. Chaque professionnelle du diabète a son bureau et la clinique a accès à une salle de conférence partagée pour les séances en groupe.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Les membres de l'équipe à l'extérieur comprennent le médecin du patient, la réceptionniste du service qui contribue en prenant les appels téléphoniques des patients, en fixant les rendez-vous pour la consultation de nouveaux patients et en consignait les données des rendez-vous de suivi (fixés par l'infirmière spécialisée en diabète) dans le système électronique (Meditec). Les médecins des patients se chargent de diriger les patients vers des services spécialisés à l'extérieur. L'infirmière spécialisée en diabète fera des recommandations aux médecins au nom des patients pour les services d'un psychologue, d'un podiatre ou autres, quand elle le juge nécessaire, mais elle ne dirigera pas elle-même les patients vers les spécialistes.

Structure de l'équipe :

Les deux membres de cette équipe relèvent de deux structures hiérarchiques différentes. L'infirmière spécialisée en diabète relève du gestionnaire en soins infirmiers de l'hôpital (actuellement en congé), tandis que la diététiste relève du gestionnaire des services nutritionnels de la région (au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont). Les deux travaillent auprès des mêmes patients, mais chacune de leur côté. Les deux professionnels mèneront une consultation commune au moment d'un rendez-vous seulement dans les cas les plus difficiles. Ainsi, il peut y avoir à l'occasion dédoublement du travail. En ce qui a trait aux décisions ayant trait à la clinique de diabète, l'infirmière spécialisée en diabète est en charge.

Comorbidités :

La clinique met l'accent non seulement sur le diabète, mais aussi sur les comorbidités. Quatre vingt quinze pour cent des patients atteints de diabète présentent déjà des comorbidités, notamment de l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS), de l'obésité, etc. Pour ce qui est des séances en groupe, on examine les comorbidités en général et on dispense des conseils. Pour les patients qui consultent individuellement, on évalue leurs comorbidités et on s'en occupe.

Communication :

La communication avec les médecins a lieu par téléphone, mais surtout par télécopieur. Avec le Réseau de santé Horizon, la clinique du diabète n'a pas accès au système de dossiers de patients. Il est nécessaire de faire un dépistage plus poussé et de mieux définir le profil du patient afin d'évaluer sa santé et ses antécédents et de l'assigner à une séance en groupe ou de prévoir une rencontre individuelle, selon le cas. Certains médecins enverront le dossier du patient et ses résultats d'analyses sanguines et de glycémie par télécopieur, mais pas tous. « *Quand je n'ai pas accès au médecin, ça complique les choses et ça prend plus de temps.* » À l'interne, on constate certaines pratiques inefficaces. Cela résulte de l'absence d'un système à l'interne de dossiers ou de communication auquel aurait accès l'infirmière éducatrice agréée en diabète. Tout est fait manuellement,

Autogestion

Rôle du patient :

sur papier. Ainsi, on constate souvent un dédoublement de tâches auxquelles l'éducatrice agréée en diabète et la diététiste consacrent toutes deux beaucoup de temps. On mettra bientôt en place un système électronique d'établissement des dossiers à l'intention de l'infirmière. La diététiste dispose déjà d'un système électronique de ce type à l'interne.

Le patient doit assumer la responsabilité de l'étape suivante. On leur conseille d'appeler la clinique pour obtenir de l'aide et on leur enseigne qu'ils doivent assumer la prise en charge de leur maladie. « *On est là pour les aider, mais ils doivent aussi faire leur part.* » On assigne au patient la responsabilité de déterminer à quel moment consulter la clinique.

Il arrive que les patients de la clinique ne se présentent pas au rendez-vous. En pareil cas, les médecins en sont informés. On montre aux patients comment se responsabiliser à l'égard de leur maladie et on s'attend à ce qu'ils collaborent. Compte tenu de la forte demande de services, la clinique ne déploie que le minimum d'efforts auprès des patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous ou pour le suivi ayant trait aux traitements à l'insuline. Quand un patient ne s'est pas présenté à un rendez-vous au bout de deux semaines, la clinique envoie une note au médecin. On lui demande d'informer son patient qu'il doit téléphoner à la clinique pour obtenir des services. Les médecins peuvent aussi envoyer une autre demande de consultation et la clinique fixera un rendez-vous. Récemment, dans un effort pour réduire les rendez-vous manqués, on a effectué un rappel par téléphone auprès des patients dont le rendez-vous a été fixé plus de deux semaines plus tôt. Les dossiers sont considérés comme inactifs si les patients ne rappellent pas la clinique dans les deux semaines, mais tous les patients peuvent téléphoner à la clinique à n'importe quel moment pour obtenir des conseils et prendre rendez-vous.

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation entre les professionnels et les patients insiste sur le besoin de rendre les services aussi accessibles que possible, de répondre aux besoins des patients autant que possible et de comprendre que les patients doivent souvent parcourir de longues distances pour se rendre à la clinique.

Éducation auprès des patients :

Le type d'éducation offert aux patients dépend de leurs besoins et du niveau de prise en charge de leur maladie. En fait, les nouveaux patients obtiennent un rendez-vous de deux heures sur une base individuelle (une heure avec la diététiste et une heure avec l'infirmière, et le suivi, si nécessaire). Pour les patients qui amorcent leur traitement à l'insuline, la séance est plus longue et dure deux heures et demie. La clinique utilise des outils offerts par l'Association canadienne du diabète (ACD) à des fins éducatives. Les plans de conversation sont utilisés dans un but éducatif. On donne aux patients une trousse d'information qu'ils rapportent à la maison. La diététiste utilise aussi des outils de l'ACD (Au-delà des principes de base), et d'autres ressources telles que Le Guide alimentaire canadien, des ressources de la province de l'Ontario, et présentera certains outils tels que les renseignements sur les étiquettes de produits alimentaires et les modèles alimentaires. Les groupes comptent de six à huit patients ainsi qu'un membre de la famille ou un ami de chacun.

De plus en plus, en raison de l'accroissement du nombre de patients, la clinique fixera des rendez-vous en groupe : deux séances en groupe pour les patients atteints de diabète et une séance en groupe séparée pour les patients atteints de prédiabète (sur le thème de la prévention). Pour les patients atteints de diabète, l'éducation met l'accent sur la prise en charge.

Principaux services offerts :

La clinique a pour mandat d'aider les patients à se prendre en charge. « *Faire en sorte que nos patients puissent mieux gérer leur diabète.* » Plus précisément, la clinique soutient ses patients et les aide à élaborer un plan d'action. La clinique a constaté que les patients sont dans l'ensemble plus responsables à l'égard de leur maladie. Le rôle traditionnel de l'éducateur a évolué vers un rôle d'intervention plus direct, par exemple en ce qui a trait aux rajustements d'insuline et au suivi auprès des patients. « *Au fil des années, les médecins se fient beaucoup plus sur les infirmières pour ajuster l'insuline, et les suivis.* »

Proportion des patients contrôlés :

Étant donné que tous les patients ne maintiennent pas le suivi des services, la clinique n'a pas la tâche facile pour ce qui est de déterminer combien d'entre eux prennent correctement leur maladie en charge. En ce qui a trait aux patients qui se rendent à leur rendez-vous et qui demandent un suivi, l'infirmière vérifiera leurs résultats dans le système électronique (Meditec) pour déterminer si les choses s'améliorent. Cela comprend la vérification des taux d'A1c et les résultats moyens de la glycémie. Pour les patients du Réseau de santé Horizon, cette information est envoyée à la clinique par télécopieur (ce qui n'est pas le cas du Réseau de santé Vitalité).

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte du lundi au vendredi, mais on ne voit les patients que les mardis et les jeudis entre 9 h et 16 h 30. Les autres jours, on effectue le suivi par téléphone pour vérifier les taux de glycémie et le rajustement des doses d'insuline et on exécute des tâches administratives, notamment les rapports et les demandes d'ordonnances médicales aux médecins, ainsi que l'inventaire et la commande des fournitures. Si les patients ont besoin d'aide ou de services urgents en dehors des heures de bureau, ils doivent consulter leur médecin, appeler Télésoins ou se rendre à l'urgence d'un hôpital. De nombreux patients, surtout durant la saison des pêches, ne sont pas disponibles pendant les heures d'ouverture de la clinique.

La liste d'attente pour les services de la clinique est longue (il y avait 57 personnes sur la liste d'attente au moment de l'entrevue). Les services ne comblent pas toujours la demande.

Services manquants :

Les tâches administratives prennent beaucoup de temps et ainsi, les employés de la clinique ont le sentiment qu'une aide serait bienvenue en ce qui a trait au calendrier des rendez-vous, à la coordination et à la communication des renseignements aux médecins. On manque également de documents éducatifs. « *J'ai déjà fait une demande, mais je n'ai pas eu de fonds pour plus de choses visuelles pour enseigner. Par exemple, les soins de pieds, des dessins, des complications...* » On sent également le besoin d'ajouter un médecin ou une infirmière auxiliaire autorisée au sein de l'équipe. Cela permettrait d'accélérer la prestation de services, en particulier pour la révision des cas et le rajustement des doses de médicaments. Cela permettrait également de réduire le temps consacré à la rédaction de notes et de remarques à l'intention des médecins. On sent également le besoin d'augmenter les ressources et les heures consacrées aux services diététiques, et le besoin d'une clinique de soins des pieds.

Temps d'attente :

Le délai pour un rendez-vous de suivi est d'environ quatre mois, selon le statut du patient. Il s'agit du délai à partir du moment où le patient appelle pour prendre rendez-vous et pas nécessairement du temps qui sépare deux rendez-vous. On accorde la priorité aux patientes atteintes de diabète gestationnel et aux patients qui prennent de l'insuline. Dans ces cas, la clinique tentera d'offrir au patient un rendez-vous dans un délai de deux semaines. On fait preuve de souplesse les jours consacrés à l'administration et au suivi par téléphone pour faire de la place aux patients prioritaires, au besoin. « *On trouvera du temps!* » Les temps d'attente s'allongent en raison de la disponibilité limitée de la diététicienne (une journée et demie).

Méthodes d'offre de service :

Les rendez-vous téléphoniques pour le suivi des patients qui prennent de l'insuline et le rajustement de la dose sont tout aussi importants, ou même plus importants que les consultations en personne. Les rendez-vous téléphoniques sont importants pour ceux qui commencent leur traitement à l'insuline pour les aider à rajuster leurs niveaux d'insuline et à prendre en charge leur maladie.

Distances :

Les patients les plus éloignés de la clinique mettent environ 45 minutes à s'y rendre. En moyenne, les patients mettent 15 à 20 minutes et viennent d'un peu partout dans la région qui se situe entre Saint-Louis (au nord) et Bouctouche (au sud). Il n'y a pas de transport en commun dans la région. De nombreux patients comptent sur une personne de leur entourage pour les emmener à la clinique en voiture. En ce qui a trait à l'accès aux lieux, la clinique dispose d'un grand stationnement gratuit et son emplacement est connu (dans l'hôpital).

La clinique n'offre pas de services à distance.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique ne dispose d'aucun moyen en bonne et due forme pour mesurer la satisfaction de sa clientèle. En revanche, elle prévoit administrer un sondage de façon à évaluer les services.

Élément particulier à cette clinique :

La clinique met l'accent sur la disponibilité et la souplesse pour répondre aux besoins de ses patients. Son personnel offre des solutions flexibles et des suggestions adaptées à la culture des patients et à leurs besoins personnels. On croit que l'entrevue de motivation (auprès des patients) est utile et améliore leur situation.

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique fait preuve de souplesse et à ce jour, son personnel est disposé à combler les besoins spéciaux des patients. Si un patient est rattaché au Réseau de santé Vitalité, tous les besoins spéciaux ont été préalablement notés dans le système et la clinique peut se préparer en conséquence. Ce n'est pas toujours le cas pour les patients du Réseau de santé Horizon.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La clientèle de la clinique se compose de patients venant de différentes communautés culturelles, y compris la communauté francophone, les membres des Premières Nations d'Elsipogtog et la communauté anglophone. Les membres de la Première Nation d'Elsipogtog qui fréquentent la clinique choisissent souvent les services à cet endroit de préférence à ceux de leur propre clinique ou diététiste. La clinique a recours à des outils visuels et à des documents au cas par cas quand son personnel a affaire à des patients dont le niveau d'alphabétisation est faible. « *On essaie de rendre les choses autant simple qu'on peut.* »

**Encouragement
adressé à la famille :**

Les conjoints et les membres de la famille ou les amis accompagnent souvent les patients, en particulier les conjointes. Au moment de prendre le rendez-vous du patient, on encourage celui-ci à se présenter en compagnie d'une personne de sa connaissance.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

La patiente fréquente cette clinique depuis deux à trois ans.

**Évaluation
du service :**

9 sur 10. « *Ils offrent le service en français* ».

**Rôle du patient
et de la clinique :**

La patiente estime que son rôle consiste à faire de son mieux pour gérer son diabète. La clinique, de son côté, doit la renseigner et l'instruire au sujet de sa maladie. « *Faire du mieux que tu peux, surveiller ce que tu manges, faire tes affaires. Des fois t'as besoin d'y aller plus souvent... pour un refresher, ils m'encouragent. Des fois tu crois que ça va bien... .. mais ça va pas...* »

**Éducation auprès
des patients :**

La patiente a participé à deux cours de groupe qui portaient sur le diabète, la nutrition et les soins des pieds.

Accessibilité :

La patiente n'a aucune difficulté à se rendre à la clinique.

Dépenses :

La patiente n'a pas d'assurance et doit payer de sa poche ses médicaments. Il s'agit pour elle d'une dépense considérable.



Centre de santé de Sussex

75, promenade Leonard
Sussex (N.-B.)
E4E 2P7
T : 506.432.3100

Type de clinique :
Petit hôpital

Profil de la clinique

Le centre d'enseignement du diabète du Centre de santé de Sussex est situé au 75, promenade Leonard, à Sussex au Nouveau-Brunswick. La clinique reçoit des clients de Saint John, de Moncton, des environs de Sussex et de toutes les régions avoisinantes. La clinique existe depuis plus de quinze ans et a été restructurée il y a dix ans. Au cours des cinq dernières années, elle a fait l'objet de bon nombre de changements. Auparavant, l'emplacement de la clinique ne permettait pas à la diététiste d'occuper un espace partagé. Les bureaux de l'éducatrice agréée en diabète et de la diététiste étaient situés aux deux extrémités opposées de l'établissement et sur différents étages. L'infirmière et la diététiste ont emménagé dans des bureaux adjacents lorsqu'un espace plus grand s'est libéré. La clinique a modifié son aménagement plusieurs fois afin d'être plus centrée sur le client, et elle dispose maintenant d'une salle d'attente attitrée qui offre plus d'intimité aux clients. Dans la même optique, la clinique a changé plusieurs fois le format de ses cours. À l'heure actuelle, elle offre des cours aux personnes atteintes de diabète et à leur famille trois vendredis matin par mois. Tous les deux mois, elle propose également un cours sur le prédiabète aux personnes qui ont reçu un diagnostic à la suite d'un dépistage par leur médecin.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat d'aider les patients qui viennent de recevoir un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2, ou qui souffrent de diabète, mais qui n'ont pas suivi de cours ou qui ont besoin de rafraîchir leurs connaissances. Elle offre aussi des évaluations privées en continu et de l'aide à la gestion du diabète.

Comblen les besoins de la population

La clinique traite près de 2 000 clients actifs et inactifs et reçoit environ 150 clients par mois. De plus, elle effectue de 20 à 25 consultations téléphoniques chaque mois.

La clinique offre ses services à une population rurale. Beaucoup de ses clients appartiennent à des groupes socioéconomiques défavorisés qui, souvent, ne sont pas protégés par des assurances santé. Par conséquent, une multitude de clients sont en butte à des problèmes financiers et éprouvent des difficultés avec les contrôles glycémiques, les médicaments et l'insuline. La clinique tente d'aider ses clients dans la mesure du possible, mais elle a de plus en plus de mal à y parvenir parce que les fournitures complémentaires sont plus difficiles à obtenir à cause du contexte économique difficile.

Quatre-vingt-dix pour cent des clients présentent des facteurs de comorbidité.

Lorsque la clinique reçoit un nouveau patient, elle évalue la gravité de son état. En cas d'urgence ou si le patient commence l'insulinothérapie, la clinique fixe, dans la mesure du possible, un rendez-vous pour la semaine qui suit. Les patients qui viennent de recevoir un diagnostic mais qui n'ont pas besoin d'être vus d'urgence sont invités à assister à une série de trois cours dans le mois qui suit, après quoi ils rencontrent individuellement l'infirmière et la diététiste. Si les cours ne sont pas une solution viable pour un client, la clinique prévoit alors une rencontre individuelle avec l'infirmière et la diététiste dès que possible.

Les patients qui commencent tout juste l'insulinothérapie sont d'abord vus lors d'une rencontre individuelle. Habituellement, ce rendez-vous dure une heure, puis le client fait l'objet de visites de suivi hebdomadaires plus courtes jusqu'à ce que son taux de glycémie soit stabilisé. Les patients stables se rendent ensuite à la clinique tous les trois à six mois.

La clinique fournit des services individuels de contrôle glycémique et d'ajustement, d'analyse des résultats de laboratoire et de surveillance de la glycémie et de la tension artérielle, elle émet des recommandations sur les médicaments et offre des cours sur le prédiabète et le diabète de type 2. Elle effectue également des examens annuels des pieds auprès des clients atteints de diabète. De plus, elle organise des activités de sensibilisation dans la collectivité, notamment sur les thèmes suivants : signes et symptômes du diabète, facteurs de risque, contrôle glycémique, valeurs cibles de glycémie, hyperglycémie et hypoglycémie, médicaments et traitements offerts. L'un des sujets souvent abordés dans ce genre d'activités est la « dédramatisation de l'insulinothérapie ».

La clinique n'enseigne pas l'utilisation de la pompe à insuline, mais offre de l'aide pour le suivi.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique se consacre principalement au traitement et à la gestion du prédiabète et du diabète de type 1 et de type 2. La prévention primaire est effectuée par l'intermédiaire d'activités de sensibilisation dans la collectivité.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La majeure partie du travail de la clinique porte sur la prévention secondaire, que le personnel assure au quotidien. Les cliniciennes (l'infirmière et la diététiste) reçoivent un patient à peu près toutes les demi-heures et donnent des cours tous les vendredis matin.

Tertiaire :

L'infirmière enseignante voit des malades hospitalisés, mais il s'agit seulement d'un petit pourcentage de sa charge de travail. Les patients ambulatoires se rendent à la clinique. Au besoin, les consultations des malades hospitalisés ont lieu dans leur chambre. Toutefois, à cause du volume de patients traités par la clinique, le personnel a peu de temps pour voir les malades hospitalisés. Les patients externes suffisent à eux seuls à remplir l'emploi du temps des cliniciennes. Les malades hospitalisés représentent la première priorité de la diététiste, qui a pour mandat de recevoir quiconque souffre de problèmes nutritionnels, en plus des patients atteints de diabète.

Assurer le suivi :

Le diabète est une maladie chronique, ce qui signifie qu'il n'existe actuellement aucun remède et que tous ceux qui en sont atteints doivent gérer cette maladie pour le reste de leur vie. Cela dit, les patients aiguillés vers le centre d'enseignement du diabète ne reçoivent pas leur congé après une durée déterminée; s'ils le souhaitent, ils peuvent être suivis indéfiniment. Si un patient ne fait pas appel aux services de la clinique pendant une année complète, il doit obtenir une nouvelle recommandation de son médecin pour relancer le suivi.

Équipe de la clinique

Pour venir en aide à ses patients, le personnel de la clinique collabore avec les médecins de famille et des endocrinologues. Il entretient aussi des liens étroits avec le Programme extra-mural à Sussex.

Membres de l'équipe à l'interne :

On compte infirmière immatriculée et une adjointe administrative à temps partiel dans le cadre du programme d'enseignement du diabète. La diététiste ne fait techniquement pas partie de ce programme, mais relève plutôt d'un programme de thérapie diététique.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Un physiothérapeute participe aux cours et peut être consulté au besoin.

Structure de l'équipe :

Le personnel du programme d'enseignement du diabète relève d'un administrateur du Centre d'enseignement du diabète à l'Hôpital régional de Saint John. La diététiste relève d'un administrateur du programme de diététique thérapeutique à l'Hôpital régional de Saint John.

Comorbidités :

L'équipe s'occupe des facteurs de comorbidité en fournissant de l'information sur l'incidence du taux de glucose sanguin, en fixant des objectifs et en aidant à mettre en pratique des interventions relatives aux habitudes de vie saines. L'équipe analyse les résultats de laboratoire et la tension artérielle et incite les patients à

écouter les conseils de leur médecin. Elle réalise des examens des pieds annuels pour dépister des problèmes de circulation sanguine et une perte de sensation chez les patients atteints de diabète. L'équipe se réunit périodiquement avec un endocrinologue et accompagne parfois les patients à leur rendez-vous avec ce spécialiste. Elle incite également ses clients à consulter un optométriste ou un ophtalmologiste régulièrement.

Autogestion

Rôle du patient :

La clinique voit le patient comme son principal collaborateur. « *We are just guides. Without patient agreement, involvement and participation we can't get anywhere.* » (« *Nous ne sommes rien d'autre que des guides. Sans l'accord du patient, son engagement et sa participation, nous ne pouvons arriver à rien.* ») L'infirmière et la diététiste consultent le patient et ensemble, ils établissent quelques objectifs que le patient doit s'efforcer d'atteindre avant son prochain rendez-vous.

Le taux de rendez-vous manqués à la clinique est d'environ 5 %. L'équipe effectue des rappels téléphoniques avec les patients qui en font la demande, mais n'a pas assez de personnel pour le faire avec tous les patients.

Relation entre les professionnels et les patients :

La clinique reçoit beaucoup de bons commentaires de ses clients. Elle utilise périodiquement des questionnaires sur la satisfaction et reçoit énormément de commentaires positifs.

Éducation auprès des patients :

La clinique s'efforce d'inculquer de bonnes connaissances de base sur ce qu'est le diabète et ses effets sur le corps pour que les patients puissent comprendre le bien-fondé des recommandations qui leur sont adressées. Après avoir tenté différentes techniques d'enseignement, l'équipe a déterminé que ce sont les cours de type exposé qui obtiennent le meilleur taux de participation et de réponse. En plus de l'infirmière enseignante et de la diététiste, un physiothérapeute participe aussi aux cours afin d'enseigner aux patients comment intégrer l'exercice à leur vie quotidienne sans trop de peine et d'équipement.

Principaux services offerts :

La clinique propose des rendez-vous individuels et des cours et invite les patients à téléphoner s'ils ont des préoccupations. Elle organise des consultations téléphoniques pour les patients qui ont de la difficulté à se présenter en personne.

Proportion des patients contrôlés :

Un patient « contrôlé » présente un taux de glycémie normal et peu de risques de complications. La clinique n'a pas de méthode établie pour évaluer le pourcentage des patients qui entrent dans cette catégorie. Elle évalue les patients au cas par cas.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi. Elle n'applique pas de procédure officielle pour les consultations en dehors des heures d'ouverture. La clinique n'offre pas de service d'urgence, mais il y a une salle d'urgence à l'hôpital.

Services manquants :

La clinique devra peut-être embaucher plus de personnel pour faire face à la demande accrue pour ses services. Étant donné qu'elle accueille de nouveaux patients chaque jour, le personnel en poste a du mal à mener à bien le travail de bureau, les sondages et les statistiques. De plus, les services d'un travailleur social et d'un psychologue seraient bien utiles à sa clientèle.

Temps d'attente :

À moins que leur cas soit urgent, les nouveaux patients attendent habituellement environ un mois avant leur premier rendez-vous. Les patients aiguillés au milieu du mois doivent parfois attendre le début de la prochaine série de cours. Les patients réguliers sont généralement reçus en consultation tous les trois à six mois, ou plus souvent si nécessaire.

Lorsque les patients arrivent à la clinique pour un rendez-vous, ils attendent généralement très peu de temps avant de voir la clinicienne. Cette dernière les reçoit habituellement dans les 10 à 15 minutes qui suivent leur arrivée. À cause de sa charge de travail considérable, le personnel recommande vivement aux patients de prendre rendez-vous parce qu'il a très peu de temps pour recevoir les patients sans rendez-vous.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts en personne. Il arrive dans certains cas, en particulier avec les patients à faible revenu, que le personnel effectue des consultations par téléphone ou par courrier électronique de préférence aux consultations individuelles. Cependant, le personnel privilégie les rencontres en personne parce qu'elles lui permettent de vérifier les taux de glycémie et la tension artérielle, d'effectuer un examen des pieds, de résoudre les problèmes et de répondre aux questions.

La plupart des patients sont reçus sur rendez-vous, mais l'équipe fait son possible pour accueillir les patients sans rendez-vous ou qui se présentent à l'hôpital pour une autre raison.

Distances :

Les patients les plus éloignés mettent une heure pour se rendre à la clinique, et le temps moyen des déplacements est de 20 minutes. Il n'y a pas de transport en commun dans la région. Il y a des taxis, mais la plupart des patients ne peuvent pas se le permettre. Beaucoup de patients doivent demander à leur famille ou à leurs voisins de les conduire, alors la clinique tente de se montrer flexible lorsqu'elle fixe les rendez-vous.

À part ses programmes de sensibilisation dans la collectivité, la clinique n'offre pas de services à distance.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique utilise périodiquement des questionnaires sur la satisfaction des patients et les résultats sont positifs pour la plupart. Lorsque l'état d'un patient ne semble pas s'améliorer, le personnel lui demande si les services offerts lui sont utiles ou s'il préfère y renoncer, ce qui est rarement le cas. La seule plainte que la clinique a reçue concernait les locaux où les cours étaient fournis, et ce problème a été résolu.

Élément particulier à cette clinique :

Le personnel croit que ce qui fait la particularité de cette clinique, c'est le caractère convivial de l'établissement et des services qu'il offre. Les patients ont l'impression de faire partie de la famille et cela crée une ambiance propice à la thérapie. « *In our clinic we work together very well, and we all love what we do.* » (« *Dans notre clinique, tout le monde s'entend bien et nous adorons notre travail.* »)

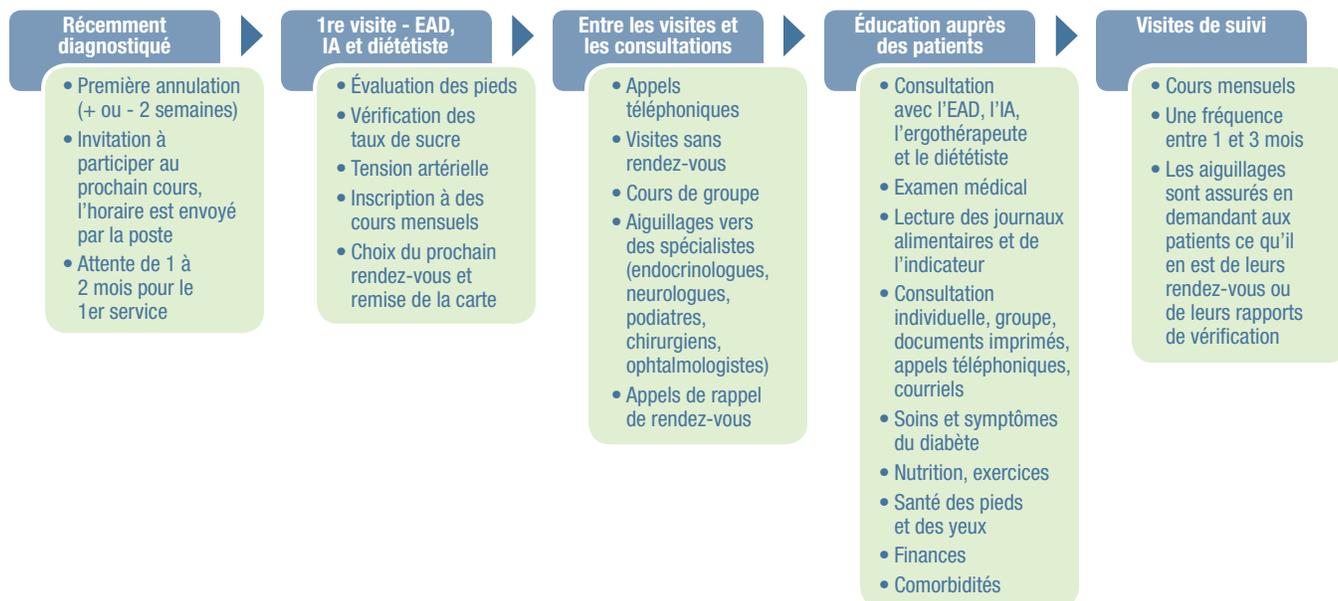
Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique possède deux sièges pour les personnes souffrant d'obésité et des chaises sans accoudoirs destinées à améliorer le confort de ses patients, et elle a disposé l'ameublement de manière qu'un fauteuil roulant puisse circuler librement. Elle possède aussi divers appareils adaptés aux différents besoins des patients relativement aux contrôles de glycémie et à l'administration de l'insuline.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La région compte des communautés allemande et hollandaise, mais le personnel a constaté que ces patients se font habituellement accompagner par des membres de la famille anglophones, alors la langue n'a jamais été un obstacle jusqu'à maintenant. Pour surmonter les problèmes d'alphabétisation, l'équipe emploie des aides visuelles et des images.

Rétroaction des patients



Visites à la clinique :

Le patient interrogé fréquente cette clinique depuis deux ans et demi.

Évaluation du service :

10 sur 10. « *They are courteous and respectful...very comfortable environment there.* » (« *Elles sont courtoises et respectueuses... on se sent très à l'aise.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

Le patient et la clinique conviennent de leur rôle respectif. « *My role is to follow instructions about what I should be doing, eating healthier, and exercising more. Their role is advising on my blood results and discussing with me what I should be doing.* » (« *Mon rôle est de suivre les consignes, manger sainement et faire plus d'exercice. Leur rôle est de me conseiller sur mes résultats sanguins et de voir avec moi ce que je devrais faire.* »)

Éducation auprès des patients :

Le patient est satisfait des renseignements offerts par la clinique et affirme qu'il peut y trouver beaucoup de documents de référence. « *Information is number 1. If it wasn't for the stuff they tell me, my sugars wouldn't be as good and we are improving.* » (« *L'information est la priorité. S'ils ne m'avaient pas donné tous ces renseignements, mes glycémies ne seraient pas aussi bonnes, et nous voyons une amélioration.* »)

Accessibilité :

Le patient habite à 35 km de la clinique et trouve qu'elle est très bien située.

Dépenses :

La seule dépense supplémentaire mentionnée par ce patient était le coût de l'essence pour se rendre à la clinique.

Satisfaction et plaintes :

Le patient n'a pas de motifs de se plaindre et semble très satisfait. « *They really look out for me.* » (« *Ils prennent vraiment soin de moi.* ») Il y a une autre clinique qui est peut-être moins éloignée, mais le patient préfère continuer à consulter à Sussex. « *I like interacting with them.* » (« *L'interaction avec le personnel est bonne.* »)



Hôpital du comté de Charlotte

4, rue Garden
St. Stephen (N.-B.)
E3L 2L9
T : 506.465.4444

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

Le centre d'enseignement du diabète du Charlotte County Hospital est situé au 4, rue Garden à St. Stephen.

Cette clinique offre ses services à la population du comté de Charlotte, de Saint-George et des îles. Elle existe depuis plus de quinze ans. La clinique a récemment réduit ses heures de pratique, qui sont passées de quatre à trois jours par semaine, et la clinique de santé du sein a fermé ses portes.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat de traiter les patients de manière qu'ils puissent avoir la meilleure qualité de vie possible malgré leur maladie.

Comblent les besoins de la population

La clinique traite actuellement quelque 500 patients et reçoit en rendez-vous individuel de sept à neuf patients par jour, dont peut-être trois malades hospitalisés. Elle reçoit de 50 à 60 appels par mois pour des ajustements d'insulinothérapie.

La plupart des patients sont des personnes âgées, à revenu fixe ou à faible revenu, qui ont d'autres obligations financières contraignantes en dehors du diabète. Un petit nombre des patients de la clinique sont analphabètes. La plupart des patients sont atteints de diabète de type 2, d'autres de diabète de grossesse et quelques-uns souffrent de diabète de type 1. De 95 à 100 % de ces patients présentent des facteurs de comorbidité au moment de la consultation.

Les nouveaux patients participent à des cours d'initiation qui traitent de la gestion du diabète de type 2, des émotions et de questions générales. Ces cours sont suivis d'une rencontre individuelle environ un mois plus tard. Les patients sont vus par la clinique de podiatrie, font vérifier leur taux de glycémie et leur tension artérielle, mettent à jour leur dossier et discutent de leur situation financière. Après cela, ils sont suivis tous les trois mois, mais les nouveaux patients et les patients qui doivent faire ajuster leur dose d'insuline peuvent être vus par un professionnel toutes les semaines.

Bien que la clinique offre des services de consultation sans rendez-vous et des échantillons, elle ne fournit pas de formation sur l'utilisation de la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire
(prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique ne fournit pas d'enseignement ou de dépistage du prédiabète.
« *This would be nice to do...by the time they get to us, they have diabetes.* »
(« *Ça serait bien de le faire... Au moment où les patients nous arrivent, ils souffrent déjà de diabète.* »)

Secondaire
(dépistage et diagnostic précoce) :

La majeure partie du travail de la clinique porte sur la prévention secondaire, sous forme de rendez-vous individuels, d'appels téléphoniques et de cours mensuels.

Tertiaire :

Parce qu'elle est située dans un hôpital et que celui-ci fait souvent appel aux services de la clinicienne pour tout ce qui touche au diabète, en particulier pour le titrage, la clinique consacre beaucoup de temps à la prévention tertiaire.

Assurer le suivi :

Chaque fois qu'un patient se présente à la clinique, on lui remet une fiche de suivi sur laquelle figurent la date de son prochain rendez-vous et les « devoirs » qu'il doit faire à la maison. La clinique tente d'assurer un suivi en rappelant aux patients leurs

rendez-vous. Le personnel tente de les joindre par trois fois (deux appels et une lettre). Si un patient ne se présente pas à trois rendez-vous et qu'il ne répond pas, la clinique en informe son médecin.

Équipe de la clinique

La clinique travaille étroitement avec le Programme extra-mural pour soigner les patients confinés chez eux.

Membres de l'équipe à l'interne :

Une clinicienne et une secrétaire.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe travaille en partenariat avec une diététiste qui n'est pas employée à la clinique.

Structure de l'équipe :

L'équipe relève d'un administrateur qui se trouve à une heure et demie de là.

Comorbidités :

« *We talk about it all, all co-morbidities because diabetes is affected by everything. We talk about kidney function, blood pressure, neuropathy, foot health and endocrinology.* » (« *Nous discutons de tous, absolument tous les facteurs de comorbidité, parce que tout a une influence sur le diabète. Nous parlons de la fonction rénale, de la tension artérielle, de la neuropathie, des soins des pieds et d'endocrinologie.* ») La clinicienne tente d'aiguiller les patients vers d'autres professionnels, mais elle estime que c'est difficile pour les patients, à cause de la distance, du coût et du temps d'attente.

Autogestion

Rôle du patient :

Les patients doivent intervenir sur le plan de leur insulinothérapie, ajuster eux-mêmes leur dose lorsqu'ils sont prêts pour cela et modifier une habitude de vie avant leur prochaine visite. Il s'agit habituellement de petits objectifs comme faire soigner leurs pieds, ou manger un fruit ou un légume à chaque repas. Le taux de rendez-vous manqués est d'environ 10 patients par mois, selon les conditions météorologiques. Le personnel de la clinique remet systématiquement aux patients une fiche pour leur rappeler leur prochain rendez-vous et elle effectue des rappels téléphoniques.

Le personnel estime que c'est un fardeau pour les patients d'apporter leurs médicaments, leur glucomètre, leur carnet d'autosurveillance ou leur journal alimentaire. Le diabète est tellement prévalent dans la population et la région desservie que la clinique pourrait être contrainte de renvoyer les patients inconstants pour être en mesure de satisfaire à la forte demande pour ses services.

Relation entre les professionnels et les patients :

Parce que la clinique est située en région rurale, elle se retrouve à jouer un rôle de « *guichet unique pour tout ce qui touche au diabète.* » Elle a de la difficulté à exercer son rôle professionnel de gestion du diabète parce qu'il n'y a à peu près aucune autre ressource disponible dans la région : les patients n'ont pas accès aux soins supplémentaires ou spécialisés dont ils ont besoin, alors ils consultent la clinique pour des problèmes qui ne touchent pas forcément à la gestion du diabète.

Éducation auprès des patients :

La clinique distribue des brochures et des documents imprimés, elle effectue des appels téléphoniques et envoie parfois des courriers électroniques au sujet des différents aspects du diabète : nutrition, exercice, santé des pieds, santé

des yeux, finances, etc. Parce que le bouche à oreille est un excellent moyen de communication dans une petite collectivité, la clinicienne a noué de solides relations avec le pharmacien et a participé à des démonstrations sur l'utilisation du glucomètre à la pharmacie.

Principaux services offerts :

La clinique offre des rendez-vous individuels et des cours mensuels.

Proportion des patients contrôlés :

Les taux de glucose sanguin indiquent que la clinique fait du bon travail. « *I think patients do quite well, they do better if I stay on top of them.* » (« *Je pense que les patients s'en sortent assez bien, mais c'est encore mieux si je les surveille.* »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 8 h à 16 h, du mardi au jeudi.

Services manquants :

Le personnel se sent limité par les heures d'ouverture restreintes et croit que parce que la clinique est située en région rurale, les patients n'ont pas accès à tous les services. Les patients qui ont besoin de voir un endocrinologue ou un ophtalmologiste doivent se rendre à Saint John. « *The wait list could be a year for endocrinologists...mental health referrals are desperately needed.* » (« *Les patients peuvent attendre jusqu'à un an pour consulter un endocrinologue... On a désespérément besoin de services de psychologie.* »)

Temps d'attente :

Pour les nouveaux patients, le temps d'attente pour les rendez-vous individuels est d'un à deux mois, à moins qu'il y ait une urgence ou une annulation. En ce qui concerne les visites de suivi, les patients peuvent assister à un cours une fois par mois. Sinon, à cause des ressources limitées, il faut un à deux mois pour obtenir un rendez-vous individuel. « *Ideally it would be more often but we just don't have the time; more clinic hours are needed.* » (« *Idéalement, ce serait plus fréquent, mais nous n'avons tout simplement pas le temps; il faudrait augmenter les heures d'ouverture de la clinique.* »)

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts en personne, par téléphone et parfois par courrier électronique. Bien que la clinique offre des consultations sur rendez-vous, sans rendez-vous, en personne, par téléphone et par courriel, elle a du mal à recevoir les patients sans rendez-vous parce que la clinicienne voit un patient toutes les demi-heures.

Distances :

Les patients les plus éloignés mettent 45 minutes pour se rendre à la clinique. En moyenne, il leur faut 30 minutes. Il n'y a pas de transport par autobus dans la région, alors la plupart se rendent à la clinique en voiture. Certains y vont en taxi. La clinique n'offre pas de services à distance, mais si un patient est incapable de s'y présenter en personne, la clinicienne effectue une consultation téléphonique.

Comblen les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique n'a jamais réalisé de sondage, mais le personnel croit que la plupart des patients sont satisfaits des services offerts et qu'ils sont conscients que la clinique fait du mieux qu'elle peut avec les ressources à sa disposition. Elle a reçu une plainte au cours des trois dernières années. « *Most want to be seen more often, which is not possible with only being open three days week. Most are pretty*

good and eventually realize they have to self-manage. » (« La plupart des patients veulent être reçus en consultation plus souvent, ce qui est impossible parce que la clinique est ouverte seulement trois jours par semaine. La plupart sont plutôt bons et finissent par se rendre compte qu'ils doivent gérer eux-mêmes leur maladie. »)

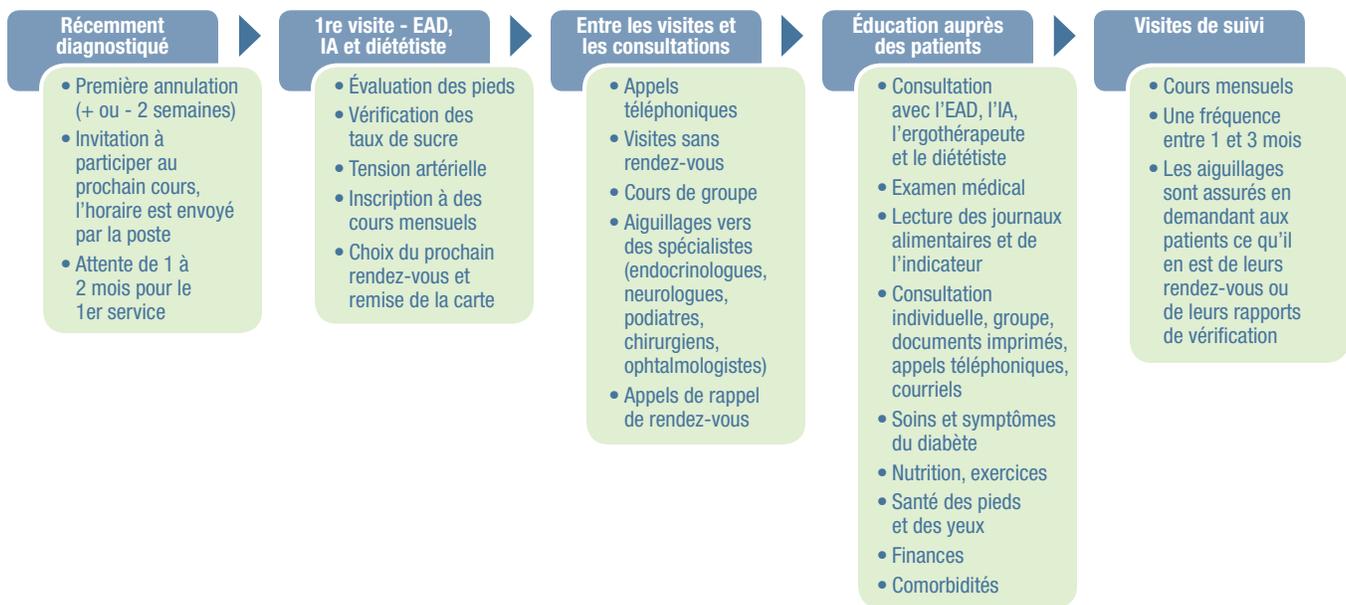
Élément particulier à cette clinique :

Parce que la clinicienne est « la principale fournisseuse de soins en diabète », elle connaît bien les problèmes de chaque patient, entretient de bons rapports avec eux et leur offre des services personnalisés.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Habituellement, les différences culturelles ne sont pas problématiques à la clinique. Celle-ci contourne les problèmes d'alphabétisation en effectuant des appels téléphoniques, avec l'aide du conjoint ou par l'intermédiaire du Programme extra-mural.

Rétroaction des patients



Visites à la clinique :

La patiente fréquente cette clinique depuis cinq ans.

Évaluation du service :

9,5 sur 10. « *The girls wake me up and tell me to take care of myself, and they have a way about them. » (« Les filles me rappellent à l'ordre et me disent de prendre soin de moi, et elles ont le tour. »)*

Rôle du patient et de la clinique :

La patiente croit que le principal service fourni par la clinique, ce sont les connaissances, et qu'elle doit s'occuper d'elle-même. « *My job is to do what they tell me to do, monitor my sugars, get exercise, and stay away from the sweets. Their job is to check my numbers and educate me about potential risks if I don't do a better job. » (« Moi, je dois faire ce qu'on me dit, surveiller ma glycémie, faire de l'exercice et éviter les sucreries. Leur rôle, c'est de vérifier mes valeurs et de me renseigner sur les risques que je cours si je ne fais pas mieux. »)*

Éducation auprès des patients :

La patiente a participé à un cours sur les groupes alimentaires et elle affirme avoir beaucoup appris grâce aux consultations téléphoniques et aux rencontres individuelles avec la clinicienne.

Accessibilité :

La patiente habite à seulement cinq minutes de l'hôpital et elle sent qu'elle reçoit toute l'attention dont elle a besoin. « *They value their clients so much they will call you back right away, or schedule a phone call.* » (« Ils accordent tellement d'importance à leurs clients qu'ils vous rappellent tout de suite ou fixent un rendez-vous téléphonique. »)

Dépenses :

Les bandelettes et l'insuline constituent la principale dépense de cette patiente. « *Strips are ridiculous, it's highway robbery.* » (« Le coût des bandelettes est ridicule, c'est de l'arnaque pure et simple. »)

Satisfaction et plaintes :

La patiente n'a jamais eu de motif de se plaindre et est manifestement satisfaite des services qu'elle reçoit à la clinique. « *The clinic is definitely a good investment...when you leave you feel good about the visit and inspired to look after yourself.* » (« Cette clinique est vraiment un bon investissement... quand je repars, je me sens bien et je suis motivée à prendre soin de moi. ») Même si elle pense que des séances en soirée ou en début de matinée seraient utiles, elle comprend qu'il y a des contraintes de temps et de ressources. « *They do as much as they can, as much as they are allowed to, with the amount of time they have.* » « Ils font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont et le temps à leur disposition. »



Hôpital du Haut de la Vallée

11300, route 130

Waterville (N.-B.)

E7P 0A4

T : 506.375.5900

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique se trouve dans l'hôpital du Haut de la Vallée, à proximité de la route 2, à Waterville. La clinique offre principalement ses services aux résidents de Woodstock, Hartland, Florenceville-Bristol et de quelques petits villages dans les alentours. Dans l'ensemble, la clinique assure ses services dans une zone qui compte approximativement 45 000 personnes. Elle existe depuis environ six ans; elle occupait auparavant des emplacements dans deux hôpitaux différents. Cette fusion a principalement permis d'accroître la collaboration dans la prestation de soins et services en un seul et même lieu. La clinique compte sur l'expertise d'un endocrinologue.

La clinique se trouve dans un hôpital moderne offrant une gamme complète de services. L'hôpital a été désigné comme le premier au Canada, parmi ceux qui offrent une gamme complète de services, à être reconnu comme chef de file en matière de conception énergétique et environnementale.

Mandat de la clinique

En collaboration avec les médecins de premier recours et d'autres membres de l'équipe, son mandat consiste à aider les gens atteints du diabète à bien vivre. « *Le diabète est une maladie chronique de sorte qu'on travaille avec le patient sur une longue période.* »

Comblent les besoins de la population

La clinique a reçu 563 nouveaux patients cette année, et on estime qu'elle compte entre 2 000 et 3 000 patients par année. Les patients consultent à intervalles variables selon leurs besoins, mais on voit la plupart d'entre eux au moins tous les six mois. On estime que le nombre de consultations varie entre 4 000 et 5 000 par année, en plus de 500 à 700 appels téléphoniques qui remplacent une consultation sur place.

Sur le plan démographique, il est à noter que la plupart des patients de la clinique sont dans la cinquantaine ou soixantaine. On signale également une hausse du nombre de jeunes femmes atteintes de diabète gestationnel; on compte parfois jusqu'à six cas par semaine. On attribue cette hausse au resserrement des lignes directrices et à une augmentation du nombre de recommandations.

En général, pour commencer, le nouveau patient assiste à une séance d'introduction structurée sous la forme d'un échange informel. Il y est question de la planification des repas et de la lecture des étiquettes; on définit ce qu'est le diabète et on explique comment gérer les taux de glycémie. « *We are teaching basic survival skills.* » (« *Nous enseignons des compétences de base pour survivre.* ») Après ce cours, le suivi a généralement lieu sur une base individuelle en fonction de ce dont le patient semble avoir besoin.

La clinique montre aux patients comment utiliser une pompe à insuline et effectue un travail d'éducation et de dépistage du prédiabète.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Le plus gros du travail dans cette clinique a lieu aux niveaux tertiaire et secondaire, mais on effectue également du travail au niveau primaire. Le personnel a contribué au dépistage de la maladie et aux prélèvements de sang dans la réserve des Premières Nations de Woodstock, afin de déterminer les problèmes de santé. Certains patients qui ne sont pas atteints de diabète sont dirigés vers la diététiste qui offre ses cours sur de saines habitudes alimentaires à tout le monde. Certains membres de l'équipe effectuent du travail bénévole dans la collectivité, dans les supermarchés. La collectivité compte un nouveau coach en santé qui ne travaille pas directement pour la clinique, mais qui échange de l'information et des conseils sur la santé avec son personnel. On estime que la clientèle de ce coach augmente. Il contribue à l'établissement des objectifs et à la prise en charge d'un mode de vie plus sain.

**Secondaire
(dépistage et
diagnostic précoce) :**

On organise des séances sur le prédiabète et on fixe des rendez-vous individuels avec les patients aux prises avec ce problème. Les omnipraticiens dirigent régulièrement des patients vers la clinique où l'on s'applique à voir les patients atteints de prédiabète de façon à contrôler la maladie dès que possible.

Tertiaire :

La plupart des gens qui fréquentent la clinique ont reçu un diagnostic de diabète (environ 90 %), et ainsi, le plus gros du travail à la clinique se situe à ce niveau.

Équipe de la clinique

Le médecin du patient dirige en général celui-ci vers la clinique et continue de lui prodiguer des soins et d'orienter son traitement à long terme. C'est l'omnipraticien qui dirige le patient vers les spécialistes dont il a besoin. La clinique du diabète peut suggérer des soins et le fait, et travaille de concert avec le patient et le médecin.

**Membres de l'équipe
à l'interne :**

Cette équipe se compose d'un endocrinologue, d'une diététiste à plein temps, de deux infirmières à temps partiel et d'une adjointe administrative. L'endocrinologue est payé à l'acte, mais le personnel de la clinique n'a aucun mal à le joindre, et il offre ses conseils sur des lignes directrices cliniques.

**Membres de l'équipe
à l'extérieur :**

L'équipe comprend des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues et un ophtalmologue. Tel qu'il est indiqué précédemment, un coach en santé qui est récemment arrivé dans la collectivité fait indirectement partie de l'équipe à l'extérieur de la clinique.

**Structure
de l'équipe :**

Toutes ces personnes composent une équipe bien que les diététistes et les infirmières relèvent de deux gestionnaires différents. Elles travaillent ensemble et se rencontrent régulièrement. Elles participent aux soins ambulatoires et collaborent aux activités d'autres cliniques dans l'hôpital, mais les seules voies de communication officielles se trouvent au niveau de la direction.

**Qualifications et
formation des membres
de l'équipe :**

On compte deux personnes qui possèdent l'agrément d'éducateur en diabète (et une autre qui l'obtiendra bientôt). Cet agrément doit être obtenu tous les cinq ans. Tout le personnel possède les compétences professionnelles nécessaires. L'un des éducateurs a l'agrément de formateur relativement à la pompe à insuline. Une des infirmières a passé l'examen provincial d'agrément concernant l'ajustement d'insuline. Tout le personnel suit régulièrement des webinaires. Il y a aussi des conférences provinciales et nationales sur le diabète. Comme c'est le cas dans d'autres cliniques, il est relativement facile d'obtenir l'autorisation de participer aux conférences à l'échelle provinciale, mais plus difficile à l'échelle fédérale.

Lignes directrices :

La clinique suit les lignes directrices générales de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète.

Comorbidités :

Le personnel est au courant d'autres problèmes de santé des patients, mais il ne lui incombe pas de s'en charger.

Communication :

L'équipe utilise un système de fichiers électroniques auquel tous les membres ont accès. En fait, ils ont accès au dossier de n'importe quel patient, ce qui leur semble constituer un avantage car on peut avoir ainsi une idée plus globale de l'état de chaque patient. L'endocrinologue enverra aussi toutes les notes demandées, lesquelles seront également consignées dans le dossier du patient. Les recommandations de l'omnipraticien sont incluses. Certains médecins envoient une

recommandation complète et détaillée, tandis que d'autres travaillent à améliorer leurs recommandations à cet égard. On communique au moyen d'un système électronique de dossiers. Les membres du personnel ne se rencontrent pas de façon officielle, mais ils se parlent directement pour se tenir au courant des besoins et des progrès de leurs patients. Ils prennent des notes détaillées pour les transmettre à l'endocrinologue et à l'omnipraticien. Si l'état du patient exige une attention immédiate, on demandera à celui-ci de prendre spécifiquement rendez-vous auprès de son omnipraticien ou d'appeler le cabinet du médecin et de lui parler.

Autogestion

Rôle du patient :

Le patient doit se charger au premier chef de voir à sa santé. On ne fixe pas automatiquement un rendez-vous à un patient. On lui envoie une lettre avec copie à son médecin, après quoi le patient appelle et prend rendez-vous. Environ 7 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous. On n'effectue pas de rappel la veille du rendez-vous.

Rôle de la clinique :

Les membres du personnel considèrent que leur rôle consiste à offrir aux patients le soutien et l'orientation nécessaires. Une semaine sur deux, on peut se rendre à la clinique sans avoir pris rendez-vous car on y organise une séance d'information sur un aspect en particulier du diabète, et on vérifie la tension artérielle et la glycémie de chaque personne qui se présente.

Éducation auprès des patients :

On vise à faire en sorte que les patients puissent vous dire ce qu'ils ont appris et qu'ils soient en mesure d'appliquer ces connaissances. On offre des séances en groupe et des séances individuelles. Le personnel dispose de différents outils d'enseignement, notamment des assiettes, des modèles de cellules sanguines, des affiches, des chevalets de conférence et des guides d'échange informel. Le travail d'éducation suppose la collaboration du patient et de membres de sa famille, et tout le monde dans la collectivité peut y participer.

Principaux services offerts :

Les membres du personnel croient que leur principale contribution consiste à offrir aux patients le soutien nécessaire quand ceux-ci en ont besoin.

Proportion des patients contrôlés :

On estime que seuls 5 à 10 % des patients vont très bien, mais que près de la moitié ont d'assez bons résultats. En ce qui a trait aux personnes qui ne reviennent pas à la clinique, on ne sait pas si la raison est que tout va bien ou au contraire, que tout va plutôt mal. Une infirmière est disponible en dehors des heures de clinique et les personnes qui amorcent leur traitement à l'insuline peuvent l'appeler sur son cellulaire.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :

On aimerait avoir davantage de temps à consacrer aux patients, et davantage de temps pour voir un plus grand nombre de patients. Les membres du personnel se disent « presque débordés » quand il est question de la demande par rapport aux services offerts.

Hôpital :	Le personnel de la clinique rend visite aux patients hospitalisés avant leur retour à la maison. On constate certaines frictions à cet égard étant donné que la demande de l'hôpital semble toujours urgente parce que le patient est sur le point de rentrer chez lui. Ainsi, les membres du personnel de la clinique du diabète ont de la difficulté à coordonner les emplois du temps quand vient le moment de voir le patient, et ils sentent la pression parce que le patient ne peut pas obtenir son congé et libérer le lit pour une autre personne tant qu'il n'a été vu par un membre de l'équipe de la clinique.
Temps d'attente :	Les patients peuvent obtenir un rendez-vous à une séance d'introduction en dedans d'un mois. Il peut arriver qu'on attende deux ou trois mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un diététiste. En revanche, on s'occupe sans tarder des cas urgents.
Méthodes d'offre de service :	La plupart du temps la consultation a lieu en personne et au téléphone. On donne un numéro de téléphone cellulaire aux personnes qui amorcent leur traitement à l'insuline, aux fins de consultation après les heures de clinique.
Distances :	La clinique se trouve dans un hôpital communautaire. Certains patients doivent franchir jusqu'à 100 km environ pour se rendre à la clinique. Il n'y a pas de transports en commun et il peut en coûter 30 \$ en taxi à partir de Woodstock. Quand on fixe les rendez-vous, on essaie de tenir compte des distances à parcourir en voiture. On tâchera de fixer les rendez-vous immédiatement avant ou après d'autres rendez-vous du patient et de prévoir tous les rendez-vous d'un patient en particulier à l'occasion de la même visite.
Dépenses :	En ce qui a trait aux difficultés budgétaires concernant certains aspects du diabète, la dépense la plus fréquemment mentionnée a trait aux bandelettes d'analyse. L'insuline en tant que telle arrive en deuxième place. On signale que les sociétés pharmaceutiques ont des programmes de prestation de soignant qui sont efficaces, mais ne sont en général disponibles que pendant six mois.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	Le Réseau de santé Horizon fait des sondages pour connaître les niveaux de satisfaction des patients, ce qui a été fait dans le passé par rapport au diabète en particulier, mais cela fait quelque temps déjà.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	La clinique a accès à des traducteurs et à une formation sur le plan culturel. Au besoin, son personnel fera des dessins. On aura recours aux membres de la famille qui peuvent communiquer avec le patient (par exemple une dame âgée vietnamienne viendra à son rendez-vous accompagnée de son fils ou de son petit-fils).

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Un patient fréquente la clinique depuis trois ou quatre ans, et un autre depuis six mois. Tous deux sont suivis par leur médecin de famille depuis plusieurs années.
Évaluation du service :	9 et 8,5 sur 10. « <i>They do actually care.</i> » « <i>I am feeling better.</i> » (« <i>Ils sont très consciencieux.</i> » « <i>Je me sens mieux.</i> »)

**Rôle du patient
et de la clinique :**

Ils sont d'accord avec le personnel de la clinique qu'il incombe au patient de prendre en charge sa propre santé. « *Guide me where I am wrong; educate me.* » « *They advise me in an encouraging sense.* » (« *On me montre ce que je dois changer; on me renseigne.* » « *On me conseille et en ce sens, on m'encourage.* »)

**Éducation auprès
des patients :**

Les deux patients ont confirmé le type de programmes éducatifs offerts. Ils ont signalé que la plupart du temps, les rencontres sont individuelles et un patient a déclaré qu'il aimerait en apprendre plus sur ce que les autres patients vivent, ce qu'il pourrait apprendre en participant à une séance en groupe.

Accessibilité :

Aucun des deux patients n'a de problème pour se rendre à la clinique ou pour payer le déplacement ou les coûts de transport. Tous deux étaient d'avis qu'ils pourraient obtenir un rendez-vous en une journée ou deux si nécessaire. Tous deux ont indiqué qu'ils pouvaient appeler la clinique en cas d'urgence.

**Satisfaction
et plaintes :**

On constate sans contredit des liens solides entre les patients et le personnel de la clinique. Les deux patients ont indiqué qu'on s'enquiert régulièrement de leur situation quand ils se rendent à la clinique. Tous deux ont le sentiment qu'ils pourraient en parler au personnel si quelque chose les préoccupait.



Hôtel-Dieu Saint-Joseph

10, Woodland Hill
Perth Andover (N. B.)
E7H 5H5
T : 506.273.7100

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique de Perth Andover se trouve à l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, au 10, rue Woodland Hill, à Perth-Andover, au Nouveau-Brunswick. La clinique dessert le village de Perth-Andover, la Première nation de Tobique et les collectivités avoisinantes dont Bath, Florenceville et Plaster Rock, et existe depuis plus de trente ans. Deux changements majeurs sont survenus au cours des cinq dernières années : un déménagement à la suite d'une inondation et la mise en place de son équipe du diabète.

Mandat de la clinique

La clinique n'a pas de mandat officiel.

Comblent les besoins de la population

Avant l'inondation, la clinique comptait environ 2 000 fiches; maintenant, elle en compte environ 200. La clinique du diabète traite environ 60 patients qu'elle suit tous les trois ou quatre mois. Elle reçoit également environ cinq appels par semaine concernant des questions sur la glycémie.

La clinique traite principalement des personnes d'âge moyen atteintes de diabète type 2. Ces patients ont un revenu et un niveau d'instruction moyens. La clinique vient également en aide aux patients atteints de diabète type 1, mais ces patients pédiatriques commencent leur traitement à Fredericton.

Quatre vingts pour cent des patients présentent une comorbidité.

Chaque nouveau patient voit l'infirmière et la diététiste, subit un examen des pieds et est dirigé vers un spécialiste, au besoin. Les patients qui viennent tout juste de commencer à prendre de l'insuline sont suivis toutes les semaines jusqu'à ce que leur glycémie soit stable. Ceux qui vont bien sont alors suivis tous les trois mois.

La clinique offre des examens complets des pieds, des vérifications de la glycémie, un profil de laboratoire exhaustif et des évaluations de la pression sanguine, en plus de procéder au dépistage de l'apnée et de l'activité. Au besoin, elle dirige les patients vers un thérapeute respiratoire afin de les aider à renoncer au tabac. Un groupe de soutien aux personnes atteintes de diabète se rencontre tous les mois.

La clinique ne fournit aucune directive sur les pompes à insuline.

Niveaux de prévention

La clinique procède à l'éducation des patients prédiabétiques, principalement par l'entremise de ses diététistes. Le dépistage des patients prédiabétiques est effectué par le médecin de chaque patient.

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Toute l'année, la clinique dirige un programme offert à l'ensemble de la collectivité.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique n'offre aucun niveau de prévention secondaire.

Tertiaire :

La clinique accepte les patients hospitalisés.

Assurer le suivi :

La clinique effectue un suivi en parlant avec le patient, en plus de recevoir des rapports du spécialiste vers qui le patient a été dirigé, le cas échéant. Elle compte quelques ordres permanents avec des médecins, et l'infirmière peut recommander des patients à un ergothérapeute.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe est composée d'une diététiste, d'une infirmière et d'un ergothérapeute.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe consulte un physiothérapeute, un travailleur social et un thérapeute respiratoire.

Structure de l'équipe :

Chaque membre de l'équipe enregistre ses consultations séparément, puis les envoie par télécopieur au médecin du patient; il fournit également un sommaire tous les trois mois.

Autogestion

Rôle du patient :

La clinique respecte ce que les patients sont prêts à faire et croit qu'il lui incombe de personnaliser ce dont ils pensent avoir besoin. Il arrive parfois que les patients signent un contrat, surtout s'ils veulent perdre du poids, mais il ne s'agit pas d'une pratique courante.

Le taux de patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous est faible (5 %).

Relation entre les professionnels et les patients :

La clinique jouit d'une « assez bonne » réputation et les patients apprécient les services qui y sont offerts; la clinique est accommodante et sert de centre multiservice dans une région rurale. « *I think it's friendly and relaxed, very supportive.* » (« *Je trouve l'ambiance conviviale et détendue. La clinique est d'un grand soutien.* »)

Éducation auprès des patients :

L'objectif du travail d'éducation auprès des patients consiste à répondre aux besoins des patients, que ce soit l'examen des nouveaux produits, des discussions sur les produits de remplacement ou la vérification des étiquettes. La clinique intègre l'éducation visuelle à l'aide de modèles 3D que les patients peuvent toucher. Elle renseigne les patients sur les glucides, la lecture des étiquettes, les différents types de diabète, le fonctionnement du diabète, les médicaments, la diète et les glucomètres, etc.

Principaux services offerts :

Travail d'éducation auprès des patients et surveillance.

Proportion des patients contrôlés :

Le contrôle n'a pas atteint le niveau souhaité par la clinique, mais celle-ci croit qu'il s'améliorera avec une meilleure autonomie des patients quant à leurs soins personnels.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi.

Elle accepte des rendez-vous le soir et tôt le matin, et une des cliniciennes a fourni son numéro de téléphone à la maison et son numéro de cellulaire afin d'être disponible la fin de semaine.

Temps d'attente :

Même si les nouveaux patients doivent attendre un mois pour avoir un rendez-vous, la clinique voit les nouveaux patients atteints de diabète plus rapidement. Les suivis ont lieu régulièrement tous les trois mois. Les patients qui ont un problème nécessitant un examen plus tôt sont habituellement vus dans un délai de deux semaines.

Les patients qui ont un rendez vous sont habituellement rencontrés à l'heure prévue; le temps d'attente maximum est de dix minutes.

Habituellement, on accepte aussi les patients qui se présentent sans rendez vous, même pour une brève visite.

**Méthodes
d'offre de service :**

Consultations individuelles; programme de soutien mensuel aux personnes atteintes de diabète offert à la collectivité; consultations par téléphone et par courriel.

Distances :

La majorité des patients éloignés parcourent plus de 100 km pour se rendre à la clinique, et 25 km en moyenne. Le transport collectif n'est pas offert dans la région. Les patients doivent conduire pour se rendre à la clinique ou demander à un ami ou à un membre de la famille de les accompagner. Si la distance pose problème, la clinique informe les patients des services offerts à proximité; elle travaille également avec l'Hôpital extra mural.

Comblent les besoins des patients

**Niveaux de
satisfaction :**

La clinique distribue des sondages une fois par année; toutefois, ils ne comprennent que quelques questions fermées. « *So we don't know if we are doing a good job, we don't measure, except for the verbal feedback we get. In a small community we hear one way or another, at the grocery store, from physicians, etc.* » (« *Nous ne savons donc pas si nous faisons un bon travail; nous n'effectuons aucune évaluation, à l'exception des commentaires verbaux obtenus. Dans une petite collectivité, nous recevons des commentaires d'une façon ou d'une autre, à l'épicerie, des médecins, etc.* »)

**Élément particulier
à cette clinique :**

La clinique est spéciale en raison de son accès à l'ergothérapeute et au thérapeute respiratoire, et parce qu'elle recommande des patients pour un traitement, et non des évaluations. Nous collaborons avec environ dix médecins et travaillons bien avec eux. Les patients apprécient également la possibilité de prendre des rendez vous le soir et tôt le matin, ainsi que les mercredis sans rendez vous.

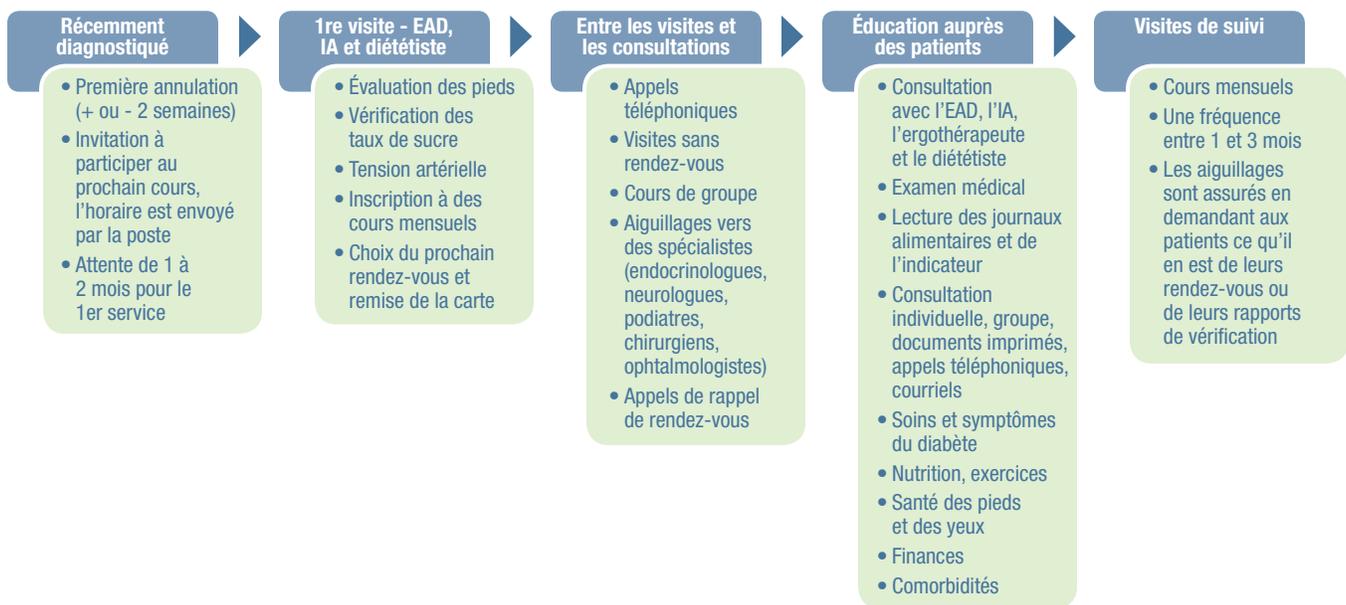
**Prise en compte des
besoins spéciaux :**

La majorité des patients de la clinique n'ont pas trop de difficultés à se déplacer. La clinique dispose de glucomètres vocaux et utilise une police de caractères plus grosse pour les personnes ayant une déficience visuelle. Les patients ayant une déficience cognitive sont habituellement accompagnés d'une personne soignante.

**Prise en compte des
différences culturelles
et des niveaux
d'alphabétisation :**

Tous les employés de la clinique parlent anglais, mais la clinique accepte aussi les patients francophones. Si un patient ne parle pas anglais, certains employés seront en mesure de traduire. La région compte des peuples autochtones qui ont parfois recours aux services de la clinique ainsi qu'aux ressources du Tobique Wellness Center situé dans la Première Nation de Tobique.

Rétroaction des patients



Visites à la clinique : Le patient visite la clinique depuis deux ans.

Évaluation du service : 10 sur 10. « *They are encouraging, motivating me to do what I do.* » (« *Ils m'encouragent à faire ce que je fais.* »)

Rôle du patient et de la clinique : Le patient croit que son rôle consiste à prendre ses médicaments à l'heure, à faire de l'exercice et à faire attention à sa diète. Il décrit la clinique « *like walking into a pep rally, they really tell me how good I am doing, and looking, always encouraging.* » (« *comme une séance de motivation; les médecins me disent à quel point je vais bien et ne cessent de m'encourager.* »)

Éducation auprès des patients : Le patient est satisfait du travail d'éducation offert par la clinique. « *Pamphlets and books, one on one, and we can call anytime and get our answers right away.* » (« *Il y a des brochures, des livres, des rencontres individuelles, et nous pouvons appeler en tout temps pour obtenir une réponse immédiate.* ») Bien qu'il n'ait assisté à aucune classe, il est au courant des groupes de soutien et des échanges de recettes.

Accessibilité : Le patient vit à environ 15 minutes de la clinique; il est donc satisfait de son emplacement.

Dépenses : Le patient a seulement eu à verser de 6 à 7 \$ de sa poche pour se rendre à ses rendez-vous. Sa carte d'assurance maladie couvre tous les médicaments.

Satisfaction et plaintes : « *They are concerned people; they genuinely want me to get better...the fact that I can reach them at any time.* » (« *Les médecins s'intéressent à mon état, ils veulent vraiment que ma santé s'améliore, et je peux communiquer avec eux en tout temps.* »)



Hôpital public d'Oromocto

103, rue Winnebago
Oromocto (N.-B.)
E2V 1C6
T : 506.357.4700

Type de clinique :
Petit hôpital

Profil de la clinique

L'hôpital public d'Oromocto est situé au 103, rue Winnebago, à Oromocto au Nouveau-Brunswick. La clinique dispense ses services à la population d'Oromocto et des environs, et elle existe depuis dix ans ou même plus.

Mandat de la clinique

La clinique fait partie de l'hôpital et consacre une journée par semaine au diabète.

Comblent les besoins de la population

La clinique compte 200 patients et son personnel reçoit six à huit patients durant la journée consacrée au diabète.

Les patients de la clinique ont tous entre la cinquantaine avancée et les soixante-dix ans et la plupart sont atteints du diabète de type 2 ou de prédiabète. La clientèle est principalement composée d'ouvriers et de travailleurs de quart, et de quelques personnes des Premières Nations. Environ 80 % d'entre eux présentent des comorbidités.

Ce sont les médecins de famille qui aiguillent les nouveaux patients vers de la clinique. Les rendez-vous sont ensuite pris par la poste au moyen du système central de rendez-vous de l'hôpital. Les nouveaux patients consultent à la fois l'infirmière et la diététiste, ensuite ces consultations ont en général lieu deux fois par année.

Les services de la clinique sont d'ordinaire axés sur les habitudes alimentaires saines, l'éducation ayant trait au cholestérol et la tension artérielle.

La clinique n'enseigne pas aux patients comment se servir d'une pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique met principalement l'accent sur les soins primaires, et une infirmière assistée d'une diététiste effectue des analyses de dépistage du prédiabète et un travail d'éducation.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le personnel de la clinique effectue une prévention secondaire sous forme d'éducation sur le soin des pieds, l'hypertension artérielle et le cholestérol.

Tertiaire :

Les membres du personnel de la clinique de diabète ne voient pas de patient en milieu hospitalier, mais durant les journées qui ne sont pas consacrées à la clinique, la diététiste se rend auprès de patients hospitalisés.

Assurer le suivi :

Après une recommandation vers un spécialiste, le patient fournit en général l'information de suivi au moment du rendez-vous ultérieur. Il arrive que le médecin téléphone et parfois, la clinique reçoit une copie du rapport de consultation.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Une infirmière et une diététiste.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe rendent directement des comptes aux médecins de la collectivité qui ont recommandé les patients.

Comorbidités :

Le personnel de la clinique s'assure que les patients comprennent de quelle façon leurs problèmes de santé particuliers influent sur leur santé dans l'ensemble, et tente de leur donner des stratégies qui vont au-delà de la prise en charge du diabète.

Autogestion

Rôle du patient :

Le personnel de la clinique s'attend à ce que les patients prennent activement en charge leur diabète; qu'ils considèrent cela comme important, qu'ils essaient de faire les changements qui s'imposent et qu'ils demandent l'aide et le soutien dont ils ont besoin. « *Our role is to give info and support but we cannot make them do it.* » (« *Notre rôle consiste à les informer et à les soutenir, mais nous ne pouvons pas les forcer à faire le travail.* »)

En moyenne, 30 % des patients ne se présentent pas au rendez-vous. Le système central de rendez-vous de l'hôpital effectue des rappels par téléphone.

Relation entre les professionnels et les patients :

En général, le médecin indique quelques aspects sur lesquels le patient a besoin d'aide, et l'infirmière et la diététiste en découvrent d'autres au moment de leur rencontre avec le patient. « *The patient can often tell where they can make changes in terms of lifestyle and they will often identify barriers.* » (« *Bien souvent, le patient peut dire ce qu'il doit changer dans son mode de vie et il peut circonscrire les obstacles.* »)

Éducation auprès des patients :

La clinique vise à donner aux patients les outils et les ressources dont ils ont besoin pour pendre leur diabète en charge, et à leur montrer l'impact de l'activité physique et du régime alimentaire. En ce qui a trait au diabète de type 2, les rencontres individuelles portent sur les lignes directrices pour le diabète de type 2, les directives liées à l'activité physique, le contrôle des portions, une alimentation saine, le cholestérol et l'hypertension artérielle. On utilise des tableaux et des modèles alimentaires pour aider les patients à comprendre.

Principaux services offerts :

La clinique offre des rendez-vous individuels.

Proportion des patients contrôlés :

Les résultats à la clinique varient en fonction de la motivation et des moyens du patient. Pour les personnes à faible revenu qui n'ont pas d'assurance-médicament, le contrôle de la glycémie « *is not something they can manage well* » (« *n'est pas quelque chose qui se gère facilement.* ») Les patients aux prises avec des intolérances alimentaires ou des allergies peuvent difficilement augmenter la quantité de fibres, ce qui peut influencer sur la prise en charge de leur diabète.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 8 h 30 à 16 h 30 le lundi, mais on ne fixe pas de rendez-vous après 15 h 30.

Services manquants :

Le fait que le centre ne soit ouvert qu'une seule journée par semaine limite gravement tant le nombre de patients qui peuvent consulter que la fréquence des rendez-vous. Étant donné que la clinique compte 200 patients, il est difficile de voir les patients à la clinique assez souvent. Certains patients ne viennent à la clinique qu'une fois par année. La diététiste essaie de voir une fois par mois les patients qui ont du mal dans la prise en charge de la maladie ou des taux de glycémie peu stables, mais en réalité, il arrive qu'elle ne puisse pas les voir plus d'une fois ou deux par année.

Temps d'attente :	<p>Les patients nouvellement recommandés doivent attendre six à sept semaines avant d'obtenir un rendez-vous. On peut fixer une visite de suivi avec l'infirmière une fois par mois, mais la clinique accuse actuellement un retard de trois mois à cet égard. En ce qui a trait à la diététiste, le temps d'attente pour les rendez-vous de suivi est d'environ six mois.</p> <p>En général, les patients qui se présentent à la clinique avec un rendez-vous n'attendent pas. Si un patient se présente sans rendez-vous, il peut attendre 30 minutes avant que l'infirmière ou la diététiste lui consacre un moment pour un échange bref.</p>
Méthodes d'offre de service :	La clinique offre seulement des services en personne.
Distances :	<p>Les patients les plus éloignés de la clinique mettent 30 minutes à s'y rendre; le temps moyen de déplacement est de 15 minutes. Il n'y a pas d'autobus dans la région, mais on peut se déplacer en taxi.</p> <p>La clinique dirige des patients vers la clinique de Fredericton pour les services à distance.</p>

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	La diététiste doit mener annuellement un sondage sur la satisfaction des patients pour son accréditation, et elle obtient un score de 90 % ou supérieur.
Élément particulier à cette clinique :	Le personnel de la clinique essaie de créer des liens avec les patients et de personnaliser son approche de façon à répondre aux besoins de chaque client.
Prise en compte des besoins spéciaux :	La clinique est accessible en fauteuil roulant. Les patients ayant une déficience visuelle ou d'autres besoins particuliers doivent être accompagnés par un membre de la famille ou une personne soignante qui se chargera de les aider.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	Dans la région où la clinique dispense ses services, les différences culturelles ou linguistiques ne constituent pas un problème. En ce qui a trait aux problèmes d'analphabétisme, le personnel utilise des modèles alimentaires et des images et photos comme guides.



Hôpital général de Grand-Sault

625, boul. Éverard H. Daigle
Grand-Sault (N.-B.)
E3Z 2R9
T : 506.473.7418

Type de clinique :

Petit hôpital (milieu hospitalier)

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Grand-Sault se trouve dans l'Hôpital général de Grand-Sault, et elle est ouverte au public trois jours par semaine. L'hôpital offre ses services dans une région rurale et dans un rayon d'environ 30 kilomètres. Les patients qui se rendent à la clinique viennent surtout de Saint-André, de Drummond et de Grand-Sault, mais ils peuvent aussi venir d'aussi loin que Saint-Léonard, Perth-Andover ou New Denmark (40 km). La clinique est associée à une gestionnaire régionale de cas de diabète, et existe depuis dix ans ou même plus. Étant donné que les patients de Perth-Andover et de Plaster-Rock se trouvent dans la zone du Réseau de santé Horizon, la clinique de Grand-Sault reçoit bon nombre de patients de zones qui se chevauchent.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mission d'éduquer les patients et de contribuer ainsi, grâce à de l'information et à des connaissances, à réduire les complications pour la santé liées au diabète. Le personnel est d'avis que sa mission consiste essentiellement dans un travail d'éducation (60 %) et pour le reste, dans l'aide médicale (40 %).

Comblent les besoins de la population

Le personnel de la clinique a le sentiment que la demande pour les services qu'elle offre a accrue au cours des quelques dernières années. Les employés ont remarqué un nombre grandissant de patients « hors de contrôle », de complications et de problèmes de santé plus graves. On constate également une hausse du nombre de patients recommandés et de cas de diabète en général. Le délai d'attente pour les services initiaux à la clinique est de deux ou trois mois en raison de l'importance de la demande qui continue de croître.

La clinique estime avoir fourni des services à environ 252 patients actifs et elle compte approximativement 30 patients sur la liste d'attente pour des services d'éducation. Selon les chiffres du ministère de la Santé pour 2011, la clinique comptait 263 patients. La demande augmente.

Les patients de la clinique sont souvent défavorisés sur le plan socio-économique et sans emploi. On constate que la plupart d'entre eux sont inactifs, sédentaires et qu'ils ont un problème d'obésité en commun. Bon nombre d'entre eux ont plus de 50 ans. Les conditions de vie défavorisées se répercutent sur les choix alimentaires et sur les niveaux de conditionnement physique, et nuisent à une saine nutrition.

Les nouveaux patients ont été dirigés vers la clinique par des médecins de la région. Les patients qui se présentent de leur propre chef n'obtiennent pas de consultation car ils doivent d'abord consulter leur médecin. Le personnel de la clinique effectue également des visites aux patients en milieu hospitalier, offrant des consultations aux patients hospitalisés atteints de diabète. Il faut attendre deux ou trois mois pour obtenir une consultation initiale à moins que le patient amorce un traitement à l'insuline, auquel cas l'infirmière spécialisée en diabète déplacera des rendez-vous pour s'assurer que le patient obtient une consultation dans un délai d'un mois. Sinon le personnel de la clinique suggérera aux patients de passer voir la gestionnaire de cas au bureau de leur médecin. « *Ça va plus vite quand on passe par Linda.* »

Si le patient est un bon candidat pour les séances en groupe, on le convoquera à ce type de rencontre dans les trois mois de la première consultation et qui dure trois heures et demie; la séance est animée par une infirmière, un travailleur social, un pharmacien et un diététiste. Une deuxième séance en groupe est prévue une semaine plus tard, et la troisième a ensuite lieu au bout de trois mois, davantage comme mesure de suivi et pour répondre aux questions.

Les rendez-vous de suivi, une fois que les trois séances en groupe ont eu lieu, sont prévus à intervalle de six mois. La clinique fixe le rendez-vous suivant du patient avant que cette personne quitte la clinique. En cas de besoins urgents, de complications ou de questions entre-temps, les patients sont invités à téléphoner à la clinique. Les infirmières spécialisées en diabète doivent répondre à un bon nombre d'appels et de visites imprévues de patients qui souhaitent parler de leur glycémie ou qui ont besoin de rajustements dans leur dose d'insuline. « *La plupart du temps on est on overtime... y'en a qui vont nous appeler, ou qui arrivent sans rendez-vous avec des copies de leur glycémie.* »

La gestionnaire de cas se rend dans les cabinets de médecins dans la région de Grand-Sault. Elle a pris contact avec la plupart des médecins des cabinets de la région et se rend dans chaque cabinet une fois par mois. Son rôle consiste à offrir les services de la clinique aux patients qui n'observent pas leur traitement et qui refusent de se rendre à la clinique mais qui peuvent être joints par le cabinet du médecin. Elle mène une consultation auprès du patient, et en collaboration avec le médecin, elle peut influencer sur la prestation rapide de services, par exemple des recommandations ou des modifications dans la prescription.

La clinique ne montre pas aux patients comment utiliser la pompe à insuline et ne soigne pas les enfants atteints de diabète. Les patients qui utilisent une pompe et les patients pédiatriques vont à la clinique du diabète à l'hôpital d'Edmundston.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique ne fait pas de travail de prévention de la maladie ou de promotion de la santé dans la collectivité, à l'exception des visites d'écoles à l'automne pour éduquer le personnel enseignant des écoles fréquentées par des enfants atteints de diabète.

Secondary (screening and early diagnosis):

Le dépistage et le diagnostic précoce n'incombent pas à la clinique. On s'en remet aux médecins pour cela. Le diététiste voit des patients atteints de prédiabète qui sont recommandés par les médecins, mais non par le truchement de la clinique du diabète.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Le centre assure le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications.

Assurer le suivi :

Il existe un bon nombre de patients qui n'observent pas leur traitement dans la région, et c'est ici que la gestionnaire de cas prend la relève. Pour ce qui est des patients intéressés à la gestion du diabète et qui fréquentent la clinique, le suivi constitue un des services clés. Tous les patients bénéficient d'un suivi au moins deux fois par année, à tous les six mois, en fonction du niveau de prise en charge. Le suivi au téléphone pour les questions ou les rajustements d'insuline sont également très courants.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe de la clinique est composée d'une infirmière spécialisée en diabète, d'une deuxième infirmière en formation spécialisée en diabète, d'une gestionnaire de cas, qui se rend dans les cabinets des médecins, et d'une diététiste. La gestionnaire de cas se préparait à passer son examen d'agrément d'éducatrice en diabète au moment de l'entrevue. Le Dr Pelkey, un endocrinologue, fait également partie de l'équipe interne de la clinique; une journée par mois, il se rend à la clinique et voit les patients atteints de diabète. Le Dr Pelkey est basé à Waterville.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe externe comprend un pharmacien et un travailleur social qui assistent l'équipe au cours des séances en groupe, et qui sont disponibles sur appel, au besoin. La clinique peut aussi fournir aux patients les noms d'infirmières en soins des pieds.

Pour ce qui est des soins prodigués par d'autres spécialistes, tels qu'en santé mentale ou ophtalmologie, les infirmières de la clinique feront des recommandations aux médecins de famille, mais elles ne se chargeront pas elles-mêmes de diriger les patients vers ces spécialistes. On peut fournir aux patients les noms et les coordonnées d'infirmières en soins des pieds en cas de besoin, mais les patients qui n'ont pas d'assurance ne sont pas toujours en mesure d'assumer les frais. La clinique aidera à établir la liaison avec les services de santé mentale, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, les gymnases, les groupes de marche, etc. La clinique dirigera les patients vers le Programme extra-mural si le besoin de soins à domicile se fait sentir.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe travaillent en concertation, et aucun d'eux ne fait office de patron. Linda, l'infirmière spécialisée en diabète, tient le rôle de leader la plupart du temps, à l'intérieur de la clinique. Au-delà, comme cela semble le cas dans de nombreux hôpitaux, la structure hiérarchique est divisée : les infirmières relèvent du gestionnaire des maladies chroniques, bien que personne n'occupe ce rôle actuellement, et le diététiste relève du diététiste en chef à l'hôpital d'Edmundston. Les membres de l'équipe collaborent avec le personnel des cliniques d'Edmundston et de Saint-Quentin dans une optique d'apprentissage et de partage des connaissances. Ils se rencontrent une fois par trimestre pour examiner les développements dans leurs cliniques respectives et la question du diabète en général. « *On est tous sur la même page, pas de chef, ou de coordonnatrice.* »

Comorbidités :

La plupart des patients présentent des comorbidités, notamment la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé. « *C'est tout rattaché ensemble.* »

Communication :

Les communications entre les membres de l'équipe ont surtout lieu de façon informelle et par téléphone. On communique avec le Dr Pelkey par télécopieur en ce qui concerne les patients, et avec les autres médecins, au moyen d'un service de courrier entre bureaux ou d'appels téléphoniques en cas d'urgence. On utilise les services postaux pour envoyer de l'information aux médecins dans le Réseau de santé Horizon.

Autogestion

Rôle du patient :

Les patients ont la responsabilité de contrôler et de prendre en charge leur diabète. On s'attend à ce qu'ils utilisent les outils et les renseignements reçus et qu'ils deviennent autonomes dans la gestion de leur santé. « *De venir aux rendez-vous, de se prendre en main, de prise en charge, d'utiliser leurs outils.* » La clinique doit faire en sorte que le patient prenne en charge sa propre santé grâce à un travail d'éducation, et lui donner les outils pour qu'il soit autonome.

La clinique doit gérer les cas où les patients ne se présentent pas au rendez-vous, évalué à environ deux cas par mois, surtout en hiver. Il est plus fréquent que les patients ne se présentent pas aux rendez-vous des séances en groupe parce qu'ils doivent y consacrer du temps et que bon nombre d'entre eux travaillent. La clinique fixe un nouveau rendez-vous si les patients ne se présentent pas. Pour réduire le nombre de rendez-vous manqués, on appelle les patients deux jours avant leur rendez-vous, à titre de rappel. Tâche exécutée par la réceptionniste des soins ambulatoires.

Relation entre les professionnels et les patients :

La clinique mise sur l'aide prodiguée aux patients pour qu'ils prennent en main leur propre santé. Son personnel aide les patients à devenir autonomes, surtout en ce qui a trait aux rajustements d'insuline. « *C'est leur responsabilité d'apporter le contrôle. On leur donne des outils dans le fond.* »

Éducation auprès des patients :

Le travail d'éducation vise à fournir aux patients les notions de base sur le diabète et à les renseigner sur les conséquences de la maladie. Les séances d'éducation sont fixées après la consultation initiale. Pour les patients qu'on juge aptes à participer aux séances en groupe, on fixe trois séances et des visites de suivi. Les séances en groupe se déroulent chaque 2^e et 3^e mercredi, à la clinique. La première séance aborde les notions de base sur le diabète, la deuxième porte sur les complications et la troisième sert surtout à faire un suivi et à répondre aux questions. Grosso modo, l'éducation en groupe est structurée sur le modèle de la clinique d'Edmundston; les deux premières séances en groupe ont lieu de façon consécutive et la troisième, trois mois plus tard.

Les outils et les ressources ont souvent été fournis par des représentants de commerce en produits pharmaceutiques, mais certains viennent directement de l'hôpital. La clinique compte aussi sur les ressources et l'information de l'Association canadienne du diabète et de Santé Canada.

Principaux services offerts :

Le personnel de la clinique va au-delà de son mandat pour répondre aux besoins des patients. Ses membres travailleront en dehors des heures prévues pour fournir des services plus urgents et immédiats, et ils agissent comme point de référence pour les patients en leur indiquant un certain nombre de services susceptibles de les aider dans la collectivité. Ils mettent l'accent sur le suivi auprès de tous les patients, et bon nombre de patients qui n'observent pas leur traitement sont désormais suivis par un gestionnaire de cas de l'équipe dans les cabinets de médecins en région. Le personnel de la clinique a le sentiment que son travail d'éducation sur les complications du diabète a un impact sur la vie des patients. Il utilise des films et de nombreux outils visuels.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel croit que la moitié ou peut-être moins de la moitié des patients de la clinique se prennent en charge et contrôlent bien leur diabète à l'heure actuelle. La clinique a pour principe que les patients devraient maintenir leur suivi auprès de l'équipe de la clinique, même si ce n'est qu'une fois par an, aux fins de motivation, de soutien et de contrôle continu. « *On ne peut pas ne jamais les voir de nouveau. C'est une motivation que t'as besoin de continuer, de les encourager.* » Dans l'évaluation de l'état des patients, la clinique utilisera les taux d'A1c comme base de référence.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte de 8 h à 16 h, seulement trois jours par semaine, et elle compte un nombre important de nouveaux patients en attente. Le personnel a demandé à l'hôpital qu'on augmente les heures de clinique, mais cela lui a été refusé parce que les budgets sont limités. Au moment de l'entrevue, en mai 2013, on voyait des patients qui avaient été dirigés vers la clinique au mois de novembre précédent, ce qui représente une attente de cinq mois. Le personnel, en particulier la diététiste, travaille au-delà de son horaire prévu. « *Je les slide à gauche et à droite, je vais même les voir à la clinique de nutrition.* »

Services manquants :

Les patients sont sédentaires, ils ne sont pas actifs et ont très peu accès à des installations de conditionnement physique. Le personnel de la clinique est d'avis qu'il s'agit là d'un élément clé manquant dans la prise en charge de la maladie.

Temps d'attente :	On doit attendre trois ou quatre mois pour obtenir un rendez-vous initial. Dans les cas urgents, le rendez-vous est fixé un peu plus rapidement, dans un délai d'un mois. La gestionnaire de cas peut collaborer pour alléger le nombre de cas en voyant les patients directement au cabinet de leur médecin. De nombreux rendez-vous de suivi ont lieu au téléphone.
Méthodes d'offre de service :	Le personnel de la clinique fait un grand nombre de consultations par téléphone - 36 consultations par téléphone au cours du mois précédant l'entrevue - en plus des consultations individuelles. On a recours aux séances en groupe pour maximiser le nombre de patients qui peuvent être vus chaque mois.
Distances :	Chaque patient met au maximum 20 à 25 minutes à se rendre à la clinique, et 15 minutes en moyenne. Il n'y a pas de transports en commun et de nombreux patients comptent sur un ami ou un membre de la famille pour l'accompagner.
Stationnement :	Le stationnement à l'hôpital est gratuit. L'accès pour les patients qui conduisent une voiture ne représente pas un problème. L'hôpital est bien situé et la plupart des gens en connaissent bien l'existence.
Autres obstacles :	La faiblesse des revenus constitue un obstacle aux soins et services dans la région. Les patients qui n'ont pas d'assurance peuvent présenter une demande de prestations de soignant, mais cela exige de nombreuses formalités et bien des formulaires à remplir. Les difficultés financières représentent un obstacle pour l'achat d'une quantité suffisante de bandelettes d'analyse et de nourriture saine, et pour des activités de conditionnement physique. De nombreux résidents de la région de Grand-Sault ont une perception défavorable de l'hôpital de Grand-Sault en général, ce qui explique peut-être que certains d'entre eux refusent de se rendre à la clinique de l'hôpital.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	La clinique distribue des questionnaires d'évaluation dans les séances en groupe et selon les résultats, les patients sont satisfaits, ils se sentent plus en sécurité et ils sont reconnaissants d'avoir un endroit à leur portée où poser des questions et exprimer leurs inquiétudes. On n'administre aucune autre mesure en bonne et due forme d'évaluation de la satisfaction. Les délais d'attente constituent pour certains patients un problème important ou une raison de se plaindre, mais peu d'entre eux s'expriment à cet égard.
Élément particulier à cette clinique :	La clinique met l'accent sur le suivi des patients et son personnel croit qu'ils ont besoin de renseignements mis à jour de temps en temps, peu importe leur état de santé.
Besoins spéciaux et faible taux d'alphabétisation :	Les personnes en fauteuil roulant ont accès à la clinique. Au cours de la consultation initiale, le personnel de la clinique évalue si le patient est un bon candidat pour les séances en groupe ou s'il est préférable de le voir individuellement. Si un patient a des difficultés d'apprentissage, un faible degré d'alphabétisation ou un autre handicap, on fixera plutôt des séances individuelles. Le personnel utilisera des photos et répondra aux besoins particuliers du patient. Pour ce qui est de la langue, la région est très bilingue et le personnel est en mesure de répondre aux demandes des patients tant en français qu'en anglais, sans problème. On n'a signalé aucune autre barrière culturelle.
Encouragement adressé à la famille :	On incite les patients à demander aux membres de leur famille ou à leur conjoint de les accompagner à la consultation, et bon nombre d'entre eux le font. La clinique favorise cette façon de faire.



Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

21, rue Canada
Saint-Quentin (N.-B.)
E8A 2P6
T : 506.235.7109

Type de clinique :
Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Saint-Quentin est située dans l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Ses patients sont issus d'une vaste région rurale, et certains viennent d'aussi loin que Saint-Jean-Baptiste, à 40 km de la clinique. Elle dispense ses services à des collectivités francophones et la plupart des patients sont de Kedgwick ou de Saint-Quentin. Les médecins de la région ont leur cabinet à l'hôpital, et ainsi, les services sont tous centralisés. La clinique est seulement ouverte à temps partiel, et elle est associée aux cliniques d'Edmundston et de Grand-Sault. Elles ont des modes de fonctionnement et des processus similaires. La clinique existe depuis 1988, c'est-à-dire plus de vingt-cinq ans.

Mandat de la clinique

La clinique a pour fonction d'aider les patients à acquérir toute l'information nécessaire à la prise en charge de leur état de santé, sans recourir à la clinique quand ils sont à la maison. La clinique a pour but ultime d'obtenir de bons résultats, notamment en ce qui concerne les analyses de laboratoire, les analyses sanguines, la tension artérielle, les taux d'A1c et le cholestérol, en fonction des cibles prévues pour les patients.

Comblent les besoins de la population

Au moment de l'entrevue, la clinique comptait 383 patients atteints de diabète. Le ministère de la Santé en dénombrait 332 en 2011.

La clinique offre des services aux patients atteints de diabète de type 1 et de diabète de type 2, aux enfants et aux patients qui utilisent des pompes à insuline. La plupart des patients atteints de diabète de type 2 ont plus de 55 ans. La clinique soigne aussi des patients intolérants au glucose, des patients atteints de prédiabète et des patientes aux prises avec le diabète gestationnel.

Les nouveaux patients sont principalement dirigés vers la clinique par des médecins de la région. Bon nombre de ces médecins ont leur cabinet à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin, à moins d'être issus d'une autre collectivité. Les temps d'attente dépendent de la situation du patient. L'infirmière spécialisée en diabète déplacera les rendez-vous de patients pour s'assurer que les personnes dont la glycémie est élevée peuvent consulter dès que possible. Les patients voient l'infirmière et la diététiste durant la visite, à tour de rôle, pendant une heure chacune. La consultation initiale est suivie de séances en groupe pour les personnes intéressées, ou des consultations individuelles de suivi pour les personnes qui ne sont pas à l'aise avec l'idée du groupe ou qui ne sont pas considérées comme de bons sujets pour ce type de rencontre. La clinique fera aussi le suivi des femmes enceintes aux prises avec le diabète gestationnel qui ont été dirigées vers la clinique, en général par la clinique d'obstétrique.

Le personnel de la clinique fera également, à l'occasion, du travail d'éducation sur le diabète à l'échelle de tout un service, mais rarement.

Le temps d'attente pour les premiers rendez-vous dépend de l'évaluation du patient au moment du triage. Les patients qui amorcent un traitement à l'insuline ont la priorité, et la clinique essaie d'être aussi souple que possible pour combler les besoins des patients prioritaires et des enfants. La diététiste en particulier, puisqu'elle ne travaille pas à la clinique un nombre d'heures précis, se rend disponible quand on l'appelle pour des consultations imprévues ou des rendez-vous urgents. « *Souvent elle va être flexible pour le voir (le patient).* »

Durant les rendez-vous de suivi, les patients rencontrent l'infirmière et la diététiste, à tour de rôle, sauf dans le cas des enfants où les deux professionnelles sont en général présentes durant la consultation. La clinique fixe des rendez-vous de suivi pour les patients avant qu'ils ne quittent la clinique, et ces rendez-vous sont consignés dans le système central de rendez-vous. Les patients appellent ce système central s'ils désirent modifier leur rendez-vous, et bien souvent, on transfère simplement leur appel à la clinique qui s'occupe de déplacer des rendez-vous et de coordonner le processus.

La clinique offre des services aux enfants et montre aux patients comment utiliser la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique ne fait pas de travail de prévention de la maladie ou de promotion de la santé dans la collectivité, à l'exception des visites d'écoles à l'automne pour éduquer le personnel enseignant des écoles fréquentées par des enfants atteints de diabète. « *Non ce sont les infirmières en hygiène publique, je pense, qui font ça.* »

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le dépistage préliminaire et le diagnostic précoce n'incombent pas à la clinique. On s'en remet aux médecins pour cela.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications. Cette éducation est offerte surtout par des consultations individuelles auprès de la diététiste et l'infirmière.

Assurer le suivi :

La clinique met beaucoup l'accent sur le suivi des patients. Les services centraux de rendez-vous de l'hôpital y contribuent grâce à un système de rappels une semaine avant le rendez-vous du patient. La clinique fixe ses propres rendez-vous avec les patients au départ, et elle se charge également de déplacer un rendez-vous quand on doit faire de la place pour un cas plus urgent.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique compte deux membres d'équipe à l'interne, une infirmière spécialisée en diabète à temps partiel (quatre jours par semaine) et une diététiste à temps partiel. La diététiste travaille à temps partiel à l'hôpital et à la clinique au besoin. Ni l'infirmière ni la diététiste ne sont des éducatrices agréées en diabète, et elles ne prévoyaient pas non plus passer cet agrément au moment de l'entrevue. « *Non, je n'ai pas mon CDE (ÉAD), la diététiste non plus. Ça ne me tente pas, car les documents sont tous en anglais et je suis francophone. Je sais qu'il faut que je le passe.* »

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Aucun endocrinologue ne fait partie de l'équipe de la clinique, mais le personnel du centre consulte un spécialiste et le personnel en médecine interne. L'équipe de la clinique ne compte ni pharmacien, ni travailleur social, ni psychologue (à l'interne ou à l'extérieur).

Pour ce qui est des soins d'autres spécialistes, l'infirmière de la clinique fera des recommandations aux médecins de famille. Ceci aide à accélérer le processus, en particulier pour les soins ophtalmologiques, car les listes d'attente dans ce cas sont très longues puisque l'ophtalmologue ne vient dans la collectivité qu'une fois par mois.

Le personnel de la clinique est bien au courant des services connexes dans la collectivité, lesquels peuvent être utiles pour les patients, tels que des cours de conditionnement physique gratuits.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe travaillent en concertation sans structure hiérarchique. Les deux membres de l'équipe relèvent individuellement de chefs différents, la diététiste relevant du gestionnaire des services diététiques de la région, à Edmundston. « *On s'organise entre nous. On est là toutes les deux.* »

Comorbidités :	De nombreux patients présentent des comorbidités et d'autres problèmes de santé chroniques, notamment les maladies cardiaques qui sont fréquentes.
Communication :	En raison de la taille réduite de l'équipe, les communications sont très informelles à la clinique et avec les médecins locaux. Tous les professionnels se trouvent au même endroit et se rencontrent de façon informelle pour parler de l'état des patients et des soins à leur prodiguer. La clinique est liée aux cliniques d'Edmundston et de Grand-Sault, et les membres de leur personnel se rencontrent tous les trois mois pour examiner les soins aux patients et pour échanger de l'information, des idées et réflexions sur les processus et la coordination des soins. Le personnel de la clinique dispose d'un bon soutien de la part des médecins de la région, auxquels ils ont accès facilement. « <i>Un bon support. Quand ça ne va pas, on va les voir, ils sont faciles d'accès, ils sont tous à l'hôpital.</i> » Le personnel de la clinique a aussi un accès facile à d'autres professionnels de la santé d'autres services tels que des inhalothérapeutes, le personnel de la clinique de tension artérielle, etc.

Autogestion

Rôle du patient :	<p>Le patient doit être vigilant et comprendre que s'il ne prend pas les mesures qui s'imposent, de graves complications peuvent s'ensuivre. Le personnel de la clinique s'efforce de faire réaliser aux patients l'impact de leurs actions et de leur donner les outils et l'information dont ils ont besoin pour leur permettre de contrôler leur état.</p> <p>Le nombre des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous est assez faible et il s'agit bien souvent des personnes qui ont en général un manque d'intérêt dans le contrôle de leur maladie. La clinique n'abandonne pas, elle maintient le suivi et tente de fixer un rendez-vous, que ce soit directement ou par l'entremise de médecins. « <i>Je leur dis : "Bon... Vous n'êtes pas venu?" Je fais ça parfois, ça leur fait du bien.</i> »</p>
Relation entre les professionnels et les patients :	Relation entre les professionnels et les patients : Les patients et la clinique travaillent ensemble à améliorer l'état de santé des patients. Ils examinent la situation et les patients écoutent l'information et font de leur mieux pour prendre en charge leur maladie. « <i>Ils savent que s'ils nous voient, ils doivent avoir de bons résultats! Ils savent que je vais comparer ces résultats aux précédents.</i> »
Éducation auprès des patients :	On prévoit deux séances en groupe pour tous les nouveaux patients à moins qu'ils refusent d'y participer ou qu'on les juge inaptes à ce genre de rencontre. « <i>Cela dépend des capacités d'apprentissage.</i> » La première séance a lieu dans les trois premiers mois suite à la consultation initiale à la clinique et porte sur les notions de base du diabète (l'équipe : la diététicienne et l'infirmière). La deuxième est prévue la semaine suivante pour examiner les complications (l'équipe : la diététicienne et l'infirmière). Les séances sont prévues les deux derniers mercredis de chaque mois. Les cours sont offerts à tout le monde, pas seulement aux nouveaux patients.
Principaux services offerts :	La clinique met l'accent sur l'éducation sur tous les aspects connexes au diabète, notamment l'activité physique, la nutrition, la mesure par le patient de sa tension artérielle et de sa glycémie. Les services visent à aider les patients à prendre en charge leur maladie.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel de la clinique croit avoir un impact assez positif sur la santé globale des patients si l'on en juge par le faible taux d'hospitalisation attribuable au diabète. On surveille étroitement la glycémie des patients et on peut évaluer assez bien l'état du patient en faisant la moyenne des tendances sur trois mois. « *Quand le niveau est 10 et puis après 3 mois, il s'est amélioré, et puis 3 mois après encore, ça va bien. Je me fie beaucoup là-dessus.* »

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte de 8 h à 16 h du lundi au jeudi, et on fixe les rendez-vous des patients les mardis, mercredis et jeudis. On prend les rendez-vous à 8 h pour les patients qui travaillent tôt le matin, ou plus tard dans la journée pour les patients qui travaillent le soir. La clinique semble répondre adéquatement aux besoins de ses patients avec les heures et les ressources disponibles, et il n'y a pas de liste d'attente. Elle répond aux demandes des patients en coordonnant les rendez-vous avec d'autres médecins de l'hôpital de sorte que les patients ne font qu'une seule visite à l'hôpital.

Services manquants :

Le personnel est d'avis que le manque le plus flagrant touche l'aspect financier, car la clinique nécessite plus de fonds et de ressources pour combler les besoins des personnes à faible revenu en ce qui a trait par exemple à l'insuline et aux bandelettes d'analyse. Ne pas pouvoir effectuer de mesure de la glycémie constitue un obstacle au contrôle et à la prise en charge autonome de la maladie.

Temps d'attente :

On s'occupe des cas urgents le plus vite possible. Le temps d'attente entre les rendez-vous est en général de trois à quatre mois, ou de six mois pour les patients qui ne prennent pas de médicament et qui se portent bien. Un nouveau patient aura en général son premier rendez-vous au bout de trois mois, à moins que sa glycémie soit très élevée, auquel cas on déplacera des rendez-vous non prioritaires et on trouvera d'autres façons de voir le patient dès que possible dans la semaine.

Méthodes d'offre de service :

La clinique reçoit un certain nombre d'appels téléphoniques de patients et effectuera aussi un suivi téléphonique auprès des patients pour le rajustement de la dose d'insuline. Les patients appellent à la clinique pour rajuster leur dose d'insuline ou demander des bandelettes d'analyse. On donne souvent aux patients le numéro de téléphone de la clinique. L'infirmière spécialisée en diabète reçoit aussi des appels à la maison de temps en temps de la part de patients qui ont des questions ou des inquiétudes.

Distances :

Distances : Les patients les plus éloignés de la clinique mettent environ 40 minutes pour s'y rendre, et le temps de déplacement est en moyenne de 15 à 20 minutes. De nombreux patients prennent leur véhicule pour se rendre à la clinique, mais ils sont tout aussi nombreux à compter sur des amis ou des membres de la famille pour le transport.

Stationnement :

Le stationnement à l'hôpital est gratuit.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique n'effectue pas de sondage et ne dispose d'aucun moyen en bonne et due forme de mesurer la satisfaction des patients.

**Élément particulier
à cette clinique :**

Étant donné que la clinique se trouve à l'intérieur d'un petit hôpital, on dispose d'un accès facile à un certain nombre de services. L'infirmière spécialisée en diabète aura des contacts en personne avec les médecins et d'autres membres de l'équipe à l'extérieur de la clinique pour obtenir des services ou poser des questions; ainsi, elle pourra s'assurer de dispenser rapidement des services aux patients atteints de diabète. À l'interne, le personnel hospitalier s'efforce de coordonner les services aux patients afin de réduire les déplacements.

**Prise en compte des
besoins spéciaux :**

La clinique est accessible en fauteuil roulant et aucun de ses patients ne présente de besoins spéciaux. La principale difficulté démographique consiste en ce que les patients sont défavorisés sur le plan économique, et il arrive qu'ils n'aient pas accès aux bandelettes d'analyse ni même, parfois, à l'insuline. La clinique les aide en leur fournissant des échantillons, quand elle en a, et en les assistant dans le processus de demande de prestations de soignant.

**Encouragement
adressé à la famille :**

La clinique incite les familles, les conjoints et les personnes soignantes à contribuer à la santé des patients atteints de diabète. Il est particulièrement important que ces personnes comprennent l'impact de la nutrition sur la santé des patients atteints de diabète.



Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†

1, boul. Saint-Pierre Ouest
Caraquet (N.-B.)
E1W 1B6
T : 506.726.2338

Type de clinique :
Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Caraquet est située au deuxième étage de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† de Caraquet, et elle fait partie des services de consultation externe. La clinique dessert principalement des patients atteints du diabète de toutes les régions de la Péninsule acadienne. Certains patients parcourent pas moins de 40 km, mais la plupart sont à des distances plus proches. La clinique de Caraquet existe depuis environ 7 ans. Les patients sont en majorité francophones, ils viennent de milieux socioéconomiques moins favorisés et ont de la difficulté avec l'accessibilité au transport, aux médicaments et aux bandelettes d'analyse.

Mandat de la clinique

Le rôle principal de la clinique est d'aider les patients à comprendre ce qu'est le diabète et à changer leur mode de vie afin qu'ils puissent assurer une meilleure prise en charge et minimiser les complications de cette maladie. L'autogestion est la clé. « *De changer leurs habitudes de vie pour le mieux.* »

Comblent les besoins de la population

Le personnel de la clinique a constaté qu'il accuse un retard dans la planification des rendez-vous de suivi avec les patients qui doivent attendre plus longtemps que ce qu'ils attendraient normalement pour une consultation avec l'infirmière, le médecin ou la diététiste. Il accuse un retard d'environ trois mois pour les rendez-vous de suivi. La priorité est accordée aux nouveaux patients.

La clinique dessert de 300 à 310 patients environ. Chaque semaine, la clinique planifie environ 14 consultations de patients en plus des séances d'éducation, des appels téléphoniques de suivi, ainsi que les consultations des patients de la D^{re} Pelletier tous les deux mercredis (soit environ 52 consultations par mois pour la D^{re} Pelletier ou environ 20 consultations chaque mercredi où la D^{re} Pelletier est à son bureau).

La clinique compte des patients atteints de diabète de type 1 et de type 2. La plupart des patients viennent de milieux socioéconomiques moins favorisés et ont des moyens financiers très limités. Il en résulte des problèmes relatifs à la mobilité et des difficultés à acheter les bandelettes d'analyse et les médicaments. Les patients appartiennent à différents groupes d'âge. « *La majorité de nos patients peuvent pas payer (pour les bandelettes). 70 %, c'est ça qu'ils nous disent.* »

Les nouveaux patients sont aiguillés vers la clinique par les médecins ou les infirmières praticiennes de la région, et il peut s'agir de patients de la D^{re} Pelletier. Les patients de la clinique ne sont pas forcément des patients de la D^{re} Pelletier, puisque la D^{re} Pelletier est un médecin de famille et non une spécialiste ni une endocrinologue. En fait, quelques médecins de la région ne soutiennent pas activement les services de la clinique du diabète et n'y envoient pas leurs patients atteints de diabète. La résistance vient surtout des médecins plus âgés. L'équipe de la clinique effectue rarement des visites de patients hospitalisés, puisque les infirmières d'étage sont formées pour offrir de l'information sur le diabète. On fera appel à la clinique uniquement pour les cas les plus difficiles.

Pendant les jours habituels d'ouverture de la clinique, deux patients ont des rendez-vous pour chaque créneau horaire disponible. Si les deux patients se présentent, un patient entame sa consultation avec l'infirmière spécialisée en diabète et l'autre avec la diététiste. Si un patient ne se présente pas à son rendez-vous, les deux professionnels de la santé verront en même temps le patient qui s'est présenté.

L'ordonnancement des rendez-vous de suivi est effectué lors de la visite à la clinique. La clinique organise elle-même l'horaire des consultations des patients. Le service central de prise de rendez-vous aide au pliage et à l'envoi des lettres, mais ne fait pas l'ordonnancement des rendez-vous. En cas de changement de rendez-vous, les appels sont filtrés directement à la clinique et le déplacement du rendez-vous est effectué de là. La clinique a établi un horaire strict pour les visites et les suivis des patients. Certains créneaux horaires sont réservés aux rendez-vous des nouveaux patients, et d'autres aux rendez-vous de suivi. Le lundi et le jeudi, les rendez-vous de sept patients sont prévus, et le mercredi, ce sont les consultations avec des patients de la D^{re} Pelletier qui sont prévues. Dans l'intervalle, la clinique s'occupe de l'enseignement sur l'utilisation de l'insuline et des suivis téléphoniques.

La clinique n'offre pas d'enseignement sur l'utilisation d'une pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique fait très peu de travail de prévention de la maladie et de promotion de la santé dans la collectivité, à l'exception des visites d'écoles effectuées à l'automne afin de sensibiliser le personnel enseignant des écoles fréquentées par des enfants atteints du diabète.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

De temps en temps, les membres de l'équipe de la clinique participent à des séances publiques de dépistage, en partenariat avec les cliniques de dépistage de l'hypertension. Ensemble, ils visitent des lieux publics, comme les centres commerciaux ou les épiceries. Ces visites ne sont toutefois pas effectuées régulièrement.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. La clinique assure un suivi auprès des patients atteints de diabète pour les encourager et les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'éducation afin qu'ils puissent exercer un bon contrôle sur les activités et les décisions quotidiennes qui ont une incidence sur leur santé.

Assurer le suivi :

La clinique estime important d'assurer un suivi de chaque patient, à condition que les patients continuent de souhaiter se présenter à la clinique. Des rendez-vous de suivi sont proposés à chaque patient lors de leur visite, et ils sont fixés lors de cette même visite. Les patients déterminent eux-mêmes la fréquence de leurs consultations, en fonction de leur situation et de leurs besoins.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est composée de plusieurs membres d'une équipe qui compte notamment une infirmière administratrice à plein temps, deux infirmières spécialisées en diabète et éducatrice agréée en diabète (EAD) à temps partiel (0,5 ETP), une diététiste à temps partiel (2 jours par semaine) ayant le titre d'EAD et une adjointe administrative médicale à temps plein qui s'occupe également des autres services de consultations externes. Les deux infirmières spécialisées en diabète employées à temps partiel se partagent les heures de travail de la clinique en alternant les horaires du lun.-mer.-ven. et du mar.-jeu. Un médecin de famille (la D^{re} Annick Pelletier) travaille également avec l'équipe deux jours et demi par mois (tous les deux mercredis). Ce médecin de famille est le médecin de l'équipe, et elle offre des consultations à ses propres patients atteints du diabète à la clinique de Caraquet en collaboration avec l'équipe du diabète. D'autres patients peuvent être aiguillés vers la D^{re} Pelletier, mais on sent souvent de la résistance de la part des autres médecins de famille d'aiguiller des patients vers un autre médecin de famille.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

La clinique ne compte pas d'endocrinologue dans son équipe, mais le médecin de l'équipe peut aiguiller des patients vers un tel spécialiste. Les endocrinologues, les docteurs Menasria de Moncton et Jamil de Campbellton, ont été mentionnés. Des professionnels des soins de santé qui apportent leur collaboration aux séances d'éducation sur le diabète font également partie de l'équipe externe, notamment un psychothérapeute, un pharmacien et un travailleur social externe à qui on réfère des patients de temps en temps. Le travailleur social travaille à l'hôpital. Deux autres diététistes sont également disponibles pour la clinique à certaines occasions.

lorsque la diététiste de l'équipe est malade ou en vacances et doit donc être remplacée.

Dans le cas des autres soins spécialisés, le médecin de la clinique peut aiguiller des patients. Lorsque les patients ne sont pas sous les soins de la D^{re} Pelletier, les aiguillages des patients ne sont pas faits directement par les infirmières ou la diététiste, mais ils sont suggérés. Les infirmières demandent à leurs patients de discuter de certaines recommandations avec leur médecin de famille. Un suivi écrit et des suggestions sont également envoyés au médecin du patient.

Structure de l'équipe :

Officiellement, l'équipe compte deux structures hiérarchiques : une pour les infirmières et une pour la diététiste. L'infirmière administratrice de l'équipe relève de l'infirmière gestionnaire des consultations externes. Les deux autres infirmières à temps partiel et l'adjointe médicale relèvent de l'infirmière administratrice. Les diététistes relèvent de la gestionnaire de nutrition clinique (gestionnaire des services thérapeutiques). Bien que les membres de l'équipe reconnaissent qu'ils relèvent d'une direction, en tant qu'équipe, les responsabilités sont partagées et aucun membre de l'équipe n'est perçu comme étant la personne responsable ou la coordonnatrice. La structure d'équipe est donc plutôt parallèle, puisque chacun partage la responsabilité de coordonner et d'assurer les soins des patients.

Comorbidités :

De nombreux patients ont des comorbidités. Dans le cas des patients ayant besoin de voir un spécialiste pour les aider avec leurs autres affections, le médecin de la clinique les aiguille ou les membres de l'équipe conseillent aux patients de demander à leur médecin traitant de les aiguiller vers un spécialiste. Les membres de l'équipe n'aiguillent pas directement les patients vers d'autres spécialistes ou services.

Autogestion

Rôle du patient :

Le patient est responsable de prendre les bonnes décisions en utilisant les outils et les renseignements mis à sa disposition pour gérer sa maladie. La clinique est là pour aider à orienter les patients, leur fournir l'information et les outils dont ils ont besoin pour mieux comprendre leur maladie, et superviser la prise en charge et l'autogestion. Ce ne sont toutefois pas tous les patients qui se conforment à cette philosophie. Certains patients comptent sur le médecin pour « régler le problème » au lieu de prendre la situation en main. Il s'agit des patients les plus difficiles à traiter.

La clinique est aux prises avec un grand nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Dans le cas des nouveaux rendez-vous, lorsqu'un patient ne se présente pas, son dossier est fermé et une note est envoyée à son médecin traitant. Dans le cas des patients de longue durée, leur dossier est fermé après le deuxième rendez-vous non respecté. Avant, on avait l'habitude à la clinique de téléphoner aux patients pour leur rappeler leur rendez-vous, et il y avait beaucoup moins de cas de non-respect des rendez-vous. Actuellement, les patients ne reçoivent plus d'appel pour leur rappeler leur rendez-vous, à moins d'une circonstance particulière (un patient illettré ou ayant une déficience visuelle). Afin de réduire le non-respect des rendez-vous, les rendez-vous de suivi sont maintenant déterminés par les patients. Ils décident du moment où ils estiment qu'ils ressentiront le besoin de revenir à la clinique. « *On établi avec le patient quand il veut revenir, et c'est mieux.* » Les problèmes de transport comptent parmi les raisons principales pour lesquelles les patients ne se présentent pas à un rendez-vous. Beaucoup ne peuvent se rendre à la clinique parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer l'essence, le trajet en voiture ou la course en taxi. « *Même ceux qui se font rembourser il faut qu'ils payent en premier.* »

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients sont reconnaissants d'avoir une clinique dans la région et de l'aide professionnelle qui leur est offerte pour les aider à gérer leur diabète. La clinique offre des outils, des conseils et se concentre sur le suivi des patients. À la clinique, on a le sentiment que les patients ont confiance en eux et qu'ils entretiennent une relation amicale et personnelle avec l'équipe de la clinique. *« Une bonne relation intime avec l'équipe, pour le positif. Ils ont confiance, ils ne sont pas un numéro. »*

Éducation auprès des patients :

Depuis janvier 2013, la clinique utilise des cartes de conversation pour les séances d'éducation sur le diabète. Deux à trois séances avaient déjà été réalisées au moment de l'entrevue. Ces séances sont surtout proposées aux nouveaux patients, à moins que des patients de longue durée montrent un intérêt. Toutes les séances d'éducation sont organisées en une série de trois séances destinées à 5 ou 6 patients à la fois. La première séance se fait avec une infirmière spécialisée en diabète, et les notions de base sur le diabète sont discutées. La deuxième séance fait également intervenir une diététiste, qui fait une présentation générale sur la nutrition. La troisième séance fait intervenir un pharmacien, et il est question des médicaments et de l'exercice. Mis à part les séances des cartes de conversation, les infirmières et la diététiste traitent de nombreux points éducatifs importants avec leurs patients, particulièrement pendant la toute première consultation d'évaluation. Ensemble, les membres de l'équipe informent les patients des notions de base sur le diabète, ils procèdent à une évaluation physique, y compris une évaluation de l'état des pieds. La première évaluation porte sur la prévention et l'éducation du patient. *« On ne fait pas de soins, mais on vérifie et on fait de l'éducation. On s'occupe de tout ce qui est prévention. »*

Principaux services offerts :

Le personnel de la clinique est fier d'avoir une grille horaire fixe pour aider à déterminer les rendez-vous des patients. Le lundi et le jeudi, la clinique prévoit deux rendez-vous de nouveaux patients à 8 h 30, deux rendez-vous de suivi à 10 h, deux rendez-vous de nouveaux patients à 13 h et un autre rendez-vous de suivi à 14 h 30, pour un total de 14 rendez-vous prévus par semaine (n'incluant pas les rendez-vous des patients de la D^{re} Pelletier tous les deux mercredis). Un autre service clé offert est la capacité de coordonner les rendez-vous des patients avec d'autres rendez-vous à l'hôpital, en utilisant Meditec comme outil d'ordonnancement. Cela permet de rendre service aux patients et de réduire les cas de non-respect des rendez-vous.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel a le sentiment d'avoir une incidence positive sur la santé des patients qui viennent à la clinique. Même si un suivi pour mesurer de façon précise les progrès et les changements dans l'état de santé au fil du temps n'est pas effectué, on estime que l'hospitalisation à la suite de complications liées au diabète a grandement diminué grâce aux services offerts à la clinique. *« Il va toujours y en avoir un peu, mais il y en a moins maintenant. »* L'autogestion est particulièrement difficile chez les patients des milieux socioéconomiques moins favorisés qui n'ont pas les moyens financiers, les outils ou l'éducation pour être en mesure de réaliser et de mettre en œuvre ce qu'ils ont appris à la clinique. *« Ils n'ont pas les outils. Il manque des outils pour appliquer ce qu'on leur demande de faire. »*

Néanmoins, on estime que le fait d'avoir un médecin au sein de l'équipe, au moins pour certains patients, a un impact positif non négligeable. Le médecin contribue à accélérer le processus par le biais d'aiguillages ou d'ajustements immédiats de la dose d'insuline. La clinique estime que près de la moitié des patients de la D^{re} Pelletier sont bien contrôlés. *« Ils sont mieux réglés depuis D^{re} Pelletier. On peut agir plus vite. »*

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte du lundi au vendredi de 8 h à 16 h. Même si la clinique peut généralement répondre aux besoins des patients et fixer des rendez-vous en temps opportun pour les consultations de suivi au besoin (en une ou deux semaines) et qu'elle peut recevoir les nouveaux patients le plus vite possible, le nombre insuffisant d'heures où une diététiste est présente rend difficile la coordination de la gamme complète de soins.

Services manquants :

Le personnel de la clinique est d'avis qu'il manque des outils et des critères pour aider à contrôler la distribution des médicaments ou des bandelettes d'analyse aux patients. « *Le patient devrait avoir des qualifications financières.* » Il a également l'impression qu'un gros problème à l'échelle de la province est le fait que les bandelettes d'analyse ne sont pas fournies par la province. On estime que cela expose les patients à des risques, particulièrement les patients à faible revenu prenant de l'insuline qui n'ont pas les moyens d'acheter les bandelettes, de vérifier leur glycémie et d'ajuster leur dosage d'insuline en conséquence. « *Si tu mets ces patients sous insuline, c'est presque dangereux parce qu'ils ne se sentent pas capables de se vérifier.* » Dans le même ordre d'idées, il n'y a pas suffisamment de médicaments ni de bandelettes d'analyse disponibles gratuitement pour être en mesure d'aider ceux qui ont besoin d'assistance.

L'espace manque également. Si on disposait de plus d'espace, on serait en mesure d'offrir des séances de groupe plus fréquemment à la clinique, idéalement une fois par mois. Il y a également un manque de coordination pour ce qui est de rassembler les professionnels des soins de santé recherchés pour les séances de groupe. Cela exige beaucoup de temps et de coordination pour les rassembler en même temps.

Ce qui manque également, c'est un service de soin des pieds. Il y a une clinique à Lamèque, mais le temps d'attente est long, car la clinique ne parvient pas à satisfaire à la demande. Les patients qui en ont les moyens ou qui disposent d'une assurance sont aiguillés vers des services de soin des pieds privés.

La clinique estime également que le nombre d'heures de la diététiste, soit deux jours par semaine consacrés à la clinique, est insuffisant. D'autant plus, qu'au moment de l'entrevue, une des EAD étudiait pour obtenir son agrément en ajustement de l'insuline, ce qui entraînera une demande accrue des services sans pour autant disposer d'un nombre suffisant d'heures de la diététiste pour y répondre. La clinique considère aussi que les patients devraient bénéficier des services d'une psychologue, pour les aider à accepter leur maladie et à comprendre que le diabète peut être pris en charge.

Temps d'attente :

Les nouveaux patients sont vus dans un délai de quatre semaines selon l'urgence de leur situation. Les patients dont le cas est urgent peuvent souvent être vus dans la semaine. Les rendez-vous de suivi sont habituellement fixés à des intervalles de trois mois, six mois ou un an, en fonction des besoins du patient. Le délai d'attente pour les séances de groupe est plus difficile à évaluer. Les problèmes de coordination en ce qui concerne les professionnels de la santé peuvent parfois engendrer des retards. Les patients sont vus en consultation individuelle entre les séances, au besoin. Même s'il s'agit d'un scénario idéal, la clinique prend un retard pour les rendez-vous de suivi. On accusait un retard de trois mois au moment de l'entrevue, attribuable en grande partie au nombre d'heures de travail insuffisant de la diététiste pour répondre aux besoins. « *Si on avait plus de temps de diététiste, on pourrait faire nos suivis à temps.* »

Méthodes d'offre de service :

La clinique n'offre pas de services à distance, mais pour les patients qui seraient admissibles, la clinique aiguille les patients vers le Programme extra-mural. La clinique traite un grand nombre d'appels téléphoniques et de suivis téléphoniques (au moins 20 suivis téléphoniques par semaine, ou plus de 90 par mois). Le service offert aux patients de la D^{re} Pelletier est quelque peu différent. Les patients peuvent déjà être traités par un médecin ou une infirmière praticienne à une autre clinique et ne visitent la clinique du diabète de Caraquet que pour un suivi. Les consultations sont plus courtes, et on ne met pas particulièrement l'accent sur l'éducation. Le personnel de la clinique ne fixe pas les rendez-vous des patients de la D^{re} Pelletier.

Distances :

La distance que doit parcourir le patient qui habite le plus loin est d'environ 40 kilomètres, ce qui prend environ 45 minutes. La plupart des patients vivent toutefois dans un rayon de 20 km de la clinique, et cela peut leur prendre en moyenne 15 minutes pour se rendre à la clinique. Même si l'emplacement de la clinique ne pose aucun problème, l'abordabilité du transport en pose un.

Stationnement :

Des frais d'un dollar sont imposés au stationnement de l'hôpital. Les patients voyagent souvent avec d'autres pour se rendre à l'hôpital ou se font conduire par une autre personne. Pour éviter d'avoir à payer les frais d'un dollar, on peut trouver de la place dans des espaces de stationnement adjacents gratuits - chez Jean Coutu, par exemple. Le stationnement ne semble pas poser de problème aux patients.

Autres obstacles :

Un faible revenu est un obstacle aux soins et aux services dans la région. Tant du point de vue des membres de la clinique que du point de vue des patients, un manque de ressources et d'outils peut parfois faire obstacle à l'autogestion. Un patient a précisé qu'il n'a pas au départ reçu suffisamment d'information sur la nutrition pour l'aider avec des plans de repas simples et faciles à comprendre. De même, le personnel de la clinique ressent le besoin de se doter d'un programme d'autogestion plus élaboré pour les patients de la région.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Deux fois par année, la clinique mène un sondage auprès des patients qui s'échelonne sur un mois, il s'agit d'un sondage éclair qu'ils appellent un « blitz ». L'infirmière administratrice le coordonne. On demande aux patients de remplir un questionnaire, puis de déposer leurs réponses confidentielles dans une boîte située à l'entrée de la clinique. En général, les patients sont satisfaits. Parmi les principaux problèmes relevés au cours des années, notons l'insatisfaction à l'égard des délais d'attente une fois qu'ils sont à la clinique et attendent d'être vu, ce qui peut prendre jusqu'à 30 minutes, et le manque de documentation sur le diabète à l'intention des patients.

Élément particulier à cette clinique :

Le personnel de la clinique reconnaît l'incidence positive des suivis périodiques des patients. Il peut assurer le suivi des patients en quelques semaines, en cas de besoin, et le fera. Par contre, un suivi assuré par un médecin peut prendre deux ou trois mois. Le personnel de la clinique met fortement l'accent sur l'autogestion et même s'il considère qu'il y a un manque de certains outils ou d'un programme pour vraiment aider à motiver l'autogestion des patients, il reconnaît son importance dans la réduction au minimum des complications à long terme chez les patients.

Prise en compte des besoins spéciaux :

L'hôpital est accessible aux fauteuils roulants. Même si la clinique est située au deuxième étage, un ascenseur est disponible pour accueillir les patients en fauteuil roulant ou qui ont une mobilité réduite. La clinique prend en charge les patients ayant des besoins spéciaux sur la base de l'évaluation de la première consultation. Au cours de cette évaluation, l'équipe détermine si une éducation personnalisée (individuelle) pourrait s'avérer plus appropriée ou si différents outils devraient être utilisés.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La majeure partie de la population dans ce secteur est francophone. Cependant, l'équipe est bilingue et est en mesure de répondre aux besoins des patients anglophones lorsque cela est nécessaire. Ces patients recevront une éducation individuelle, puisque les séances de groupe sont en français. Aucune autre différence culturelle n'a été signalée.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Les deux patients visitent la clinique depuis longtemps, plus de 5 ans.

Évaluation du service :

Un patient a accordé la note de 6 et l'autre la note de 10 sur 10. « *Il y a des choses à améliorer : surtout au niveau de la prévention. Ils devraient en faire plus au début.* »

Rôle du patient et de la clinique :

Les deux patients sont d'accord pour dire que la clinique est là pour conseiller le patient et lui transmettre des connaissances, mais, qu'au bout du compte, c'est au patient de prendre soin de sa santé.

Éducation auprès des patients :

Les patients ont signalé qu'une bonne partie de l'éducation se fait de manière individualisée dans le cadre de leurs rendez-vous réguliers. Cependant, un patient a mentionné avoir participé à une séance de groupe. « *Ils nous montrent des films et parlent du diabète et ce qu'il y a à faire. Y'a des gens qui posent des questions. Cela nous aide aussi. Il y a toujours du monde moins gêné que d'autres.* »

Accessibilité :

Neither had any issues with getting to the clinic. However the patients do have to pay for parking.

Satisfaction et plaintes :

Les deux patients étaient satisfaits de la clinique. « *Pas de plaintes... il n'y en a jamais eu... la seule chose que je trouve de mal c'est le manque de ressources.* »



Hôpital de Tracadie-Sheila

400, rue des Hospitalières
C.P. 3180, succ. Bureau-chef
Tracadie-Sheila (N.-B.)
E1X 1G5
T : 506.394.3184

Type de clinique :

Petit hôpital

Profil de la clinique

La clinique du diabète de Tracadie-Sheila se trouve dans le petit hôpital de la région et offre ses services à une importante collectivité francophone. Au moment de cette entrevue, la clinique menait ses activités à plein temps depuis deux ans et employait une infirmière à plein temps spécialisée en diabète et une diététiste à temps partiel. La clinique offre ses services dans une région rurale et côtière, et les patients parcourent parfois jusqu'à 40 km à partir des environs de Lamèque ou Caraquet pour s'y rendre. La plupart des patients se trouvent cependant dans un rayon de 30 km et vivent en majorité dans les collectivités de Tracadie-Sheila, Rivière-du-Portage, Brantville, Pokemouche, Bois-Blanc et Tabusintac. La clinique existe depuis au moins huit ans.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat d'aider les patients à mieux contrôler leur diabète de façon à réduire au minimum les complications. Elle se concentre sur la prévention et l'éducation des patients, et cela constitue un élément au cœur de chaque consultation. « *On fait beaucoup de prévention et d'éducation. Très, très forte là dessus, chaque visite.* »

« C'est leur gentillesse, et efforts pour aider le patient. Ils font ce qu'ils peuvent pour m'encourager. Si ça va mal je vais les voir, ça me donne le gout de me prendre en main. » (Un patient)

Comblent les besoins de la population

La clinique fournit depuis deux ans des services à plein temps et compte environ 500 patients actifs (516 selon le décompte de mars 2013). Elle fixe environ 25 rendez-vous par semaine par le truchement du système des admissions à l'hôpital (centre de rendez-vous), sans compter les patients qui se présentent de leur propre chef. Bon nombre de patients ne viennent pas à leur rendez-vous. Nombreux sont les nouveaux patients qu'on dirige vers la clinique, ce qui indique une hausse dans la demande de services.

La plupart des patients sont des adultes d'un certain âge, de plus de 50 ans. La majorité d'entre eux présentent des comorbidités.

Les nouveaux patients sont dirigés vers la clinique par des médecins de la région. Certains patients se présentent de leur propre initiative. Le personnel de la clinique peut aussi voir des patients hospitalisés, ce qui peut constituer une source de recommandations, mais rarement (un ou deux patients par mois, en moyenne). Quand les membres du personnel de la clinique se rendent auprès des patients hospitalisés, ils se concentrent avant tout sur l'éducation, en particulier l'utilisation du glucomètre, et au besoin, sur les rudiments concernant l'insuline. Au moment où les patients atteints de diabète obtiennent leur congé de l'hôpital, on prend pour eux un rendez-vous de suivi dès que possible à la clinique du diabète (dans un délai d'une semaine).

On détermine l'ordre de priorité des rendez-vous en fonction des demandes des médecins ou des besoins des patients. Si un cas est considéré comme prioritaire, le patient sera vu plus tôt : on voit les patientes atteintes de diabète gestationnel dans un délai d'un jour ou deux et on voit immédiatement les personnes qui commencent un traitement à l'insuline. En ce qui a trait aux autres cas non prioritaires, le rendez-vous est en général fixé dans un délai de trois semaines.

Les rendez-vous de suivi dépendent également des recommandations du médecin ou des besoins des patients. Le suivi des cas qui ne sont pas considérés comme prioritaires dépend des besoins du patient ou de son état de santé. Les patients dont le diabète est adéquatement contrôlé obtiendront un rendez-vous de suivi dans les quatre à six mois. Selon le personnel de la clinique, le délai entre les rendez-vous de suivi ne devrait pas dépasser quatre mois. « *Le patient est cédulé par rapport à nos observations. Si on guette une lacune en alimentation ou par vérification de la glycémie, je vais les voir plus souvent.* » Les rendez-vous de suivi sont ensuite fixés par le professionnel de la santé (éducateur agréé en diabète ou diététiste). Les nouveaux patients consultent d'abord l'infirmière praticienne ou le médecin, puis la diététiste et l'infirmière. Les patients peuvent être dirigés vers un travailleur social, au besoin. Au cours des rendez-vous de suivi, on a parfois recours à une approche en équipe, si possible, pour éviter que le patient ait à se déplacer plusieurs fois. En général, cependant, le patient verra soit

l'infirmière, soit la diététiste (s'il est prêt) et d'autres membres de l'équipe, si nécessaire. Bon nombre de patients se présentent sans rendez-vous pour le suivi. De nombreux patients (57 au mois de mars et entre 53 et 75 en moyenne) se sont présentés à la clinique sans avoir pris rendez-vous pour obtenir de l'aide par rapport à l'insuline ou les bandelettes d'analyse, par exemple.

Le personnel de la clinique met l'accent sur l'engagement du patient dans son traitement et sur la nécessité d'aider celui-ci à reconnaître sa maladie, d'abord et avant tout, ainsi que sur la prise en charge du diabète par le patient.

La clinique ne montre pas aux patients comment utiliser une pompe à insuline. Les patients qui ont recours à une pompe et les patients pédiatriques vont en général à la clinique du diabète de Bathurst.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique reconnaît l'importance de la prévention primaire, mais elle n'a pas la possibilité de se concentrer là-dessus. Chaque automne, son personnel se rend dans les écoles pour informer les enseignants sur le diabète.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique participe à des activités de prévention secondaire de temps en temps. On organise une clinique de l'hypertension en mai, chaque année, au moyen de laquelle les membres du public peuvent prendre leur tension artérielle et mesurer leur glycémie, et obtenir un dépistage précoce du diabète et d'autres problèmes de santé. La clinique participe également à des événements de dépistage précoce durant la Journée du diabète.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications (surtout par des consultations individuelles avec un diététiste et un éducateur agréé en diabète). Les services sont souvent dispensés selon la recommandation du médecin.

Assurer le suivi :

Le suivi des patients dure tant que ceux-ci fréquentent la clinique. Le suivi est particulièrement important pour les personnes qui ont davantage de difficulté à prendre leur maladie en charge. D'autres patients qui semblent mieux contrôler leur état obtiendront un rendez-vous de suivi au bout de quatre à six mois. Les intervalles de suivi dépendent de la recommandation du personnel de la clinique aux patients, en fonction des besoins de ceux-ci. Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous pourront en fixer un nouveau, mais s'ils ne se présentent pas la deuxième fois, on mettra un terme au suivi, et ils devront obtenir une nouvelle recommandation.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est constituée d'une petite équipe comptant une infirmière à plein temps spécialisée en diabète (en situation temporaire au moment de l'entrevue, et ne possédant pas l'agrément d'éducatrice en diabète) et d'une diététiste à temps partiel (une journée par semaine), ainsi que d'une adjointe administrative médicale (qui s'occupe des patients de la clinique ambulatoire), adjointe qui coordonne les séances en groupe et fixe les rendez-vous.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Au moment de l'entrevue, la clinique ne comptait pas de médecin à l'interne, mais son personnel entretenait des relations solides avec les médecins de la région. Depuis septembre le Dr Alzan, endocrinologue à Bathurst, travaille de nouveau à la clinique à titre de membre de l'équipe externe. Il se rend à la clinique une fois par mois et à cette occasion, il voit 16 patients pour le suivi et des consultations. « *On travaille beaucoup avec le Dr Alzan maintenant surtout par téléphone.* » L'équipe à l'extérieur compte aussi un physiothérapeute qui participe de temps en temps aux séances en groupe auprès de nouveaux patients.

« Dr Alzan, il est toujours disponible pour les aider. Dr Alzan dépend sur ses gardes malades... je lui ai parlé, il m'a dit appeler à la clinique diabétique ils vont régler ça. » (Un patient)

Professional Development:

L'équipe suit les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète (ACD) : « *c'est pas mal avec eux qu'on se tient au courant* ». La clinique reçoit régulièrement de l'information de l'ACD et des sociétés pharmaceutiques.

Structure de l'équipe :

Les membres de l'équipe relèvent de différentes unités. La diététiste et l'infirmière spécialisée en diabète relèvent de gestionnaires différents. L'infirmière spécialisée en diabète ainsi que l'adjoind administrative médicale relèvent de l'infirmière en chef en charge de l'unité des patients externes. L'équipe est assez nouvelle parce que la clinique fonctionne à plein temps depuis peu, et à cause de la nature temporaire à court terme du poste d'infirmière spécialisée en diabète. Aucun membre de l'équipe n'a été désigné à titre de chef. Étant donné que la diététiste n'est présente qu'une journée par semaine, les chevauchements de tâches sont fréquents, surtout en ce qui a trait à la nutrition.

Recommandations et services communautaires :

Pour aider les patients à avoir accès à un vaste ensemble de services, on a mentionné le fait de diriger les patients vers les services du Programme extra-mural pour les soins des pieds, et l'accès à un coach en santé même si ce service n'avait pas encore été utilisé au moment de l'entrevue. La plupart du temps, la clinique compte sur les médecins pour diriger les patients vers d'autres spécialistes, ou informera le patient qu'il doit consulter son médecin en ce qui a trait aux soins de spécialistes, par exemple les soins d'un ophtalmologiste. La clinique travaille étroitement avec les médecins de famille de la région et examinera avec eux certains problèmes au téléphone. « *Je vais dire au patient 'fait sure que tu vas à l'opto'.* »

Comorbidités :

De nombreux patients présentent des comorbidités, en particulier des maladies cardiaques. Le personnel de la clinique est au courant et effectuera le suivi auprès des médecins de famille au moyen de rapports d'étape.

Communication :

On communique avec les membres de l'équipe à l'interne en personne ou au téléphone. Pour ce qui est des membres de l'équipe à l'extérieur tels que d'autres médecins, la clinique utilise Meditek pour suivre les commentaires et renseignements. On compte également sur les appels téléphoniques pour examiner certaines questions et transmettre des renseignements aux médecins. Les télécopies et les appels téléphoniques sont particulièrement importants pour les patients dont le médecin relève du Réseau de santé Horizon.

Autogestion

Rôle du patient :

Le patient doit adapter son alimentation, surveiller son état de santé et faire régulièrement de l'exercice pour contrôler sa maladie. « *C'est lui qui a le plus gros rôle.* » La clinique doit pour sa part encourager les patients et les soutenir, et leur fournir l'information et les conseils dont ils ont besoin.

La clinique du diabète a un problème de taille en ce qui concerne les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. De nombreuses personnes qui ont un rendez-vous, près de la moitié, ne s'y présentent pas. Dans le mois ayant précédé l'entrevue, 44 patients sur 112 (40 %) ne se sont pas présentés à leur rendez-vous. L'adjointe administrative médicale de la clinique envoie des lettres aux patients pour leur rappeler leur rendez-vous en espérant réduire le nombre de ceux qui ne s'y présenteront pas, mais le taux demeure à 40 %. Pour se justifier, on invoque un dérangement (d'autres projets ou un rendez-vous plus important), l'oubli, le travail, surtout durant la saison des pêches. L'âge est un facteur important, surtout en ce qui a trait à l'oubli et aux questions de mobilité. Après deux rendez-vous manqués, le dossier du patient est fermé et on envoie une lettre au médecin à l'origine de la recommandation.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients qui se présentent aux rendez-vous de suivi et qui fréquentent la clinique régulièrement sont d'avis que la clinique les aide beaucoup. La clinique détermine les membres de l'équipe les plus susceptibles de venir en aide aux patients, et en informe ces derniers. Un problème d'alimentation supposera l'intervention d'une diététiste, tandis qu'en cas de problèmes financiers ou d'une crise au plan de la santé mentale, on pourrait appeler les services sociaux ou diriger le patient vers d'autres services, avec la collaboration du médecin du patient. La clinique évalue à fond les besoins de ses patients au moyen d'une méthode en 14 étapes qui porte sur les besoins de base et les besoins financiers, et dirigera les patients vers des programmes et des services susceptibles de les aider, le cas échéant.

*« Dans les premières années, je n'étais pas trop connaissant dans ma maladie, ils ont toujours su comment me diriger dans la bonne direction. »
(Un patient)*

Éducation auprès des patients :

La clinique vise à aider ses patients à mieux comprendre le diabète. Bien souvent, étant donné que les questions des patients portent sur l'alimentation, le travail d'éducation concernera des questions liées à la nutrition, notamment la lecture des étiquettes.

La clinique compte de multiples sources et types de programmes d'éducation, selon le genre de patient.

- **Patients hospitalisés** – Trousse de ressources éducatives à l'intention des patients (Patient Education Resource Kit [PERK]) de l'ACD, sous forme de brochures. Les patients seront invités à participer à une séance en groupe et on leur montrera comment utiliser le glucomètre.
- **Nouveaux patients** – Première consultation : Renseignements de base, complications possibles, guide alimentaire (la séance dure environ une heure et demie, avec la participation de l'infirmière possédant l'agrément d'éducatrice en diabète) et comment utiliser le glucomètre.
- **Séances en groupe** – On prévoit trois séances avec les patients qui acceptent d'y participer (chacune d'elle dure entre une heure et demie et deux heures).

- **Première séance** : Qu'est-ce que le diabète, quels sont les types de diabète, les traitements, les réactions, les phases; l'alimentation, le guide alimentaire, les choix de restaurant; lire une étiquette (avec la participation de l'infirmière et de la diététiste).
- **Deuxième séance** : Le stress, la gestion du stress, les effets du stress, l'importance de la prise en charge autonome de la maladie, les taux de glycémie, différentes analyses, l'hypoglycémie, l'alcool, les déplacements/voyages, l'exercice. La diététiste participe également à la séance.
- **Troisième séance** : L'hyperglycémie, les complications à long terme, le soin des pieds, les soins de la bouche, la peau, la physiothérapie et d'autres renseignements sur l'importance de l'activité physique.

« Essayer de m'éduquer comment manger, les portions... Après une couple de mois on oublie, on rentre dans la routine, on sait pu quoi faire. Ils ont toujours une solution. Une autre idée, des exercices. » (Un patient)

Principaux services offerts :

La clinique se concentre sur le suivi des patients et sur le soutien à leur offrir. Le suivi régulier au téléphone s'inscrit dans les activités normales de la clinique. Ces appels téléphoniques portent en général sur les rajustements de la dose d'insuline et sur les problèmes liés au contrôle de la maladie.

Proportion des patients contrôlés :

La clinique ne dispose pas de données quantitatives précises sur le nombre de patients contrôlés, mais on suppose que la moitié d'entre eux le sont. On a expliqué que les patients dont la maladie n'est pas enrayée et qui se rendent à la clinique plus régulièrement sont souvent ceux qui ne sont pas très vigilants ou qui ne vérifient pas régulièrement leur glycémie. On vérifie la prise en charge autonome de la maladie en demandant aux patients ce qu'ils mangent, en quoi consistent leurs activités physiques, à quelle fréquence ils surveillent leur glycémie, et en leur fournissant un soutien et des renseignements. La clinique vérifie également les taux de cholestérol, la tension artérielle, le poids et les résultats de laboratoire. Bon nombre des patients, environ 50 %, sont motivés et travaillent fort à faire ce qu'ils savent qu'ils doivent faire. *« On fait l'évaluation des monofilaments, on s'assure que le patient est dirigé vers l'ophtalmologiste, on effectue l'évaluation de pieds et on aborde la question des médicaments. »*

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte de 8 h à 16 h du lundi au vendredi, et son personnel est d'avis que la disponibilité des services est adéquate, car aucun patient ne s'est plaint ou n'a directement exprimé de mécontentement. On n'a pas constaté de prestation de services à l'extérieur des heures de clinique. Le personnel se rend dans les écoles que fréquentent les élèves atteints de diabète de type 1 et 2 à l'automne, pour informer les enseignants sur la maladie.

« Ils peuvent me recevoir... quasiment immédiatement s'il y a quelque chose d'urgent. » (Un patient)

Services manquants :

Le personnel est d'avis que les patients auraient besoin des services d'un endocrinologue. Le D^r Alzan de Bathurst avait l'habitude de se rendre à l'hôpital de Tracadie de temps en temps, mais ce n'est plus le cas. La raison reste inconnue et on ne sait pas ce qu'il adviendra de ce service dans l'avenir. Les patients se rendent à Bathurst pour consulter le spécialiste. Clinique du pied : on souhaite mettre en place une clinique du pied. On disposait d'une liste de noms à l'époque de l'entrevue. Le service sera instauré quand on aura le nombre suffisant de noms sur cette liste. Selon l'infirmière de la clinique spécialisée en diabète, l'établissement

aurait grandement besoin d'un diététiste à plein temps. Il arrive souvent à l'infirmière de fournir des conseils et des renseignements sur la nutrition, bien que ce ne soit pas son domaine d'expertise. « *Moi, je fais le mieux que je peux faire pour le suivi au niveau de l'alimentation.* » On souligne également l'absence d'un médecin à titre de membre de l'équipe à l'interne. Pas nécessairement un spécialiste, mais quelqu'un de régulier pour qu'il soit possible d'échanger sur l'état des patients au lieu d'avoir à composer avec un plus grand nombre de médecins.

Temps d'attente :

On peut avoir accès aux services de la clinique assez rapidement. Les cas non urgents obtiennent un rendez-vous de suivi dans un délai de quatre à six mois. Si des complications ou des urgences se présentent, tels que des niveaux de glycémie déséquilibrés ou élevés, le patient obtiendra un rendez-vous en moins d'une semaine. Les nouveaux patients dont le cas est jugé prioritaire, notamment les femmes atteintes de diabète gestationnel et les personnes qui amorcent leur traitement à l'insuline, obtiendront une consultation dans un délai d'un jour ou deux. Certains patients doivent attendre deux ou trois mois entre les consultations quand les choses vont moins bien. L'accès à un diététiste est un peu plus compliqué, car elle n'est présente qu'une fois par semaine. La clinique fait donc de son mieux pour fixer aux patients qui consultent pour la première fois un rendez-vous avec la diététiste.

*« Si j'ai des problèmes entre-temps, j'appelle. Ils sont toujours disponibles. »
(Un patient)*

Méthodes d'offre de service :

Les médecins des patients sont le moteur d'une grande partie des activités de la clinique. On effectuera le suivi au téléphone auprès de patients à la demande du médecin ou quand l'infirmière juge que ce suivi est nécessaire et approprié, en particulier pour les patients qui viennent d'obtenir un diagnostic ou qui amorcent leur traitement à l'insuline. La clinique effectue environ 15 appels téléphoniques de suivi chaque semaine pour les patients du Dr Alzan. Bon nombre de ces appels concernent les rajustements d'insuline en particulier, ou la prestation de renseignements sur les médicaments. La clinique reçoit des appels de quelques patients, mais rarement (deux ou trois fois par semaine). Ces appels ont souvent trait à des demandes de renseignements ou de conseils ou portent sur les niveaux de glycémie.

Séances en groupe :

Elles ont lieu tous les mercredis, à intervalle de deux à quatre semaines. Les patients participent s'ils sont intéressés. « *On les voit sur une base individuelle s'ils veulent pas participer mais on essaye de les encourager du mieux possible.* » Depuis peu, la clinique a recommencé à offrir trois séances par mois, ce qui réduit les délais entre les séances. « *Il faut faire les sessions 2 et 3 rapidement pour garder l'intérêt.* »

Distances :

Les patients les plus éloignés de la clinique mettent à peu près 40 minutes à s'y rendre ou parcourent entre 40 et 45 km. Les patients mettent en moyenne 10 minutes pour se rendre à la clinique. Il n'y a pas de transport en commun dans la région, mais on peut prendre un taxi. La plupart du temps, cependant, les patients conduisent eux-mêmes leur véhicule jusqu'à la clinique ou comptent sur une autre personne pour les accompagner en voiture. Le manque de transport constitue souvent un problème. « *Des fois, y'en a qui peuvent pas se rendre parce qu'ils n'ont pas de ride.* »

En ce qui a trait aux services à distance, la clinique livre des fournitures, mais aucun service médical, aux deux résidences pour personnes âgées de la collectivité.

« We take stuff to them including food. We can't deliver to everybody but we'll deliver to those 2 facilities. » (« Nous leur livrons des biens, y compris de la nourriture. On ne peut pas faire la livraison partout, mais on la fait dans ces deux établissements. »)

Comblers les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique ne dispose d'aucun moyen en bonne et due forme d'obtenir les commentaires de sa clientèle. Les membres du personnel de la clinique ont indiqué à l'infirmière gestionnaire qu'ils souhaitaient recourir à une boîte dans laquelle les patients pourraient mettre leurs commentaires et suggestions, dans le but d'améliorer la prestation des services.

Élément particulier à cette clinique :

Le personnel de la clinique entretient de bons rapports avec les médecins de la région et bénéficie de leur soutien. La communication avec les médecins est bonne. « On a beaucoup de références, on est bien supportées. »

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique est accessible en fauteuil roulant. Selon certains patients, la clinique est trop loin au fond du couloir, ce qui constitue une difficulté de plus pour les personnes à mobilité réduite. Autrement, le personnel a l'impression que la clinique est bien située et qu'elle peut répondre aux besoins de tous les patients.

« Je penserais qu'ils sont capable d'accommoder tout le monde. » (Un patient)

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Le personnel de la clinique est bilingue. On n'a constaté aucun problème lié à des différences culturelles ou à l'analphabétisme. On n'a pas officiellement mis en place de procédure ou de mesures d'adaptation.

Encouragement adressé à la famille :

La plupart des patients sont accompagnés de leur conjoint ou conjointe quand ils participent aux séances d'éducation. On encourage cette façon de faire.



Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert

8, rue Forestdale
Riverside-Albert (N.-B.)
E4H 3Y7
T : 506.882.3100

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Le Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert (CSMECA), situé au 8, rue Forestdale, se trouve dans le village de Riverside-Albert. Le centre de santé communautaire était initialement l'Hôpital du comté d'Albert et a ouvert ses portes en 1961. En 2002, l'établissement est devenu un centre de santé communautaire rural, et il offre aujourd'hui une gamme de services de soins de santé primaires, y compris des services de promotion de la santé et d'éducation à la santé, de prévention des maladies et des blessures, de gestion des maladies chroniques et de développement communautaire. Il n'y a aucun lit de soins actifs ni de service des urgences, mais il est possible d'obtenir un rendez-vous le jour même en cas d'urgence. Ces services sont offerts aux citoyens du comté rural d'Albert vivant de Stoney Creek au parc national Fundy à Alma, y compris à tous les districts de services en périphérie. Le centre en soi est situé au cœur de cette zone, qui s'étend sur une superficie d'environ 1 017 kilomètres carrés. Il offre également des programmes d'extension aux résidents du village d'Alma et aux adolescents de la Caledonia Regional High School par l'intermédiaire de bureaux satellites. L'équipe du centre de santé communautaire compte trois fournisseurs de soins primaires (deux médecins salariés et une infirmière praticienne), un personnel infirmier et divers autres professionnels des soins de santé. On y dispense un large éventail de services, notamment les rayons X, la phlébotomie, la physiothérapie, la prestation de conseils en nutrition et l'immunisation. Le centre abrite également un bureau satellite du Programme extra-mural du Réseau de santé Horizon.

Mandat de la clinique

Il s'agit d'un centre de santé communautaire et non d'un centre d'éducation sur le diabète. Le personnel ne comprend aucun éducateur agréé en diabète. Le centre a pour mission d'offrir des soins de santé primaires novateurs et fondés sur des données probantes aux individus, aux familles et aux collectivités. L'accent est mis sur la prestation de soins sécuritaires et efficaces d'une manière efficiente et rentable.

Comblent les besoins de la population

En 2011-2012, le centre de santé communautaire comptait 2 038 clients, ayant effectué un total de 11 635 visites. Les quelque 1 600 patients inscrits sont suivis par un des deux médecins ou l'infirmière praticienne. Selon le ministère de la Santé, 32 patients atteints de diabète ont été vus au centre de santé communautaire en 2011, ce qui, selon le centre, serait inférieur à la réalité. Étant donné qu'il ne se consacre pas à l'éducation sur le diabète, le centre n'effectue pas un suivi du nombre de patients souffrant de diabète qui ont été vus par l'équipe. Les statistiques obtenues du système de dossiers médicaux électroniques utilisé par le centre (Purkinje) confirment que le dossier de 258 patients indique un diagnostic de diabète depuis 2006, année à laquelle le système de dossiers électroniques a commencé à être utilisé au centre de santé communautaire.

La région servie par le CSMECA est principalement axée sur l'industrie touristique, et, à ce titre, de nombreux clients du centre sont des travailleurs saisonniers ou proviennent de groupes socioéconomiques moins favorisés en règle. Par conséquent, les patients ont des moyens de transport limités et ne peuvent pas facilement se rendre au Centre d'éducation sur le diabète de Moncton (environ 50 km de distance). De plus, les patients inscrits sur la liste sont généralement plus âgés. En effet, près de 40 p. 100 de la population a plus de 55 ans, et environ 25 p. 100 a plus de 65 ans. La région servie est majoritairement anglophone.

Les soins du diabète sont fournis pendant les visites régulières chez les fournisseurs de soins de santé primaires et la diététiste. Habituellement, un patient ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète est soumis à une analyse de sang et voit ensuite son médecin ou l'infirmière praticienne pour obtenir ses résultats et le traitement approprié. Les patients peuvent être aiguillés vers la diététiste ou l'infirmière autorisée aux fins d'éducation ou de conseils. Ils peuvent également être aiguillés vers l'infirmière autorisée afin d'obtenir les indications données par le glucomètre pour ajuster leur thérapie ou d'obtenir de l'aide en vue de bénéficier d'un soutien financier ou de prestations de soins pour leur médication. Les patients atteints de diabète sont vus une fois par année par une infirmière auxiliaire autorisée pour un examen podologique et un dépistage des complications connexes associées au diabète, ou plus fréquemment, si on le juge nécessaire. Les patients qui ont nouvellement reçu un diagnostic de

diabète et qui commencent à prendre de l'insuline, ont des complications du diabète ou éprouvent de la difficulté à atteindre un équilibre glycémique peuvent également être aiguillés vers le Centre d'éducation sur le diabète de l'Hôpital de Moncton pour recevoir une éducation ou un traitement supplémentaire.

Certains services dispensés par le centre comme la phlébotomie et la consultation de la diététiste sont offerts aux patients suivis par des médecins de l'extérieur sur aiguillage. Le personnel de soutien administratif est responsable de fixer les rendez-vous. À la fin de chaque visite, les fournisseurs de soins de santé suggèrent la prise de rendez-vous de suivi au patient. La diététiste, l'infirmière autorisée et l'infirmière auxiliaire autorisée peuvent fixer leurs propres rendez-vous de suivi à la fin de chacune des visites. On donne une carte de rendez-vous aux patients à titre de rappel.

« I set it before I leave, through the medical clinic's receptionist. » (« J'ai fixé mon rendez-vous avant mon départ avec la réceptionniste de la clinique médicale. ») (Un patient)

Compte tenu du fait qu'il n'y a aucun éducateur agréé en diabète au centre de santé communautaire, tous les ajustements d'insuline sont effectués par les fournisseurs de soins primaires. Le centre n'offre pas de formation sur les pompes à insuline et n'a aucun patient qui utilise une pompe à l'heure actuelle. Les patients qui souhaitent utiliser une pompe sont aiguillés vers le Centre d'éducation sur le diabète de Moncton. Les enfants sont aiguillés vers la Clinique du diabète pédiatrique, également située à Moncton.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La promotion de la santé et la prévention des maladies font partie du mandat du CSMECA. Le centre fournit divers services comme le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, des séances de dépistage de l'hypertension et un programme sur le fluorure pour l'école primaire locale. Il aborde également les déterminants de la santé d'autres façons, par exemple, en offrant un programme de formation générale en collaboration avec le Southeast Regional Adult Learning Board, et un programme d'alphabétisation appelé *The Dolly Parton Imagination Library* en collaboration avec la *Bennett and Albert County Health Care Foundation Inc.* Le centre de santé communautaire donne également des séances d'éducation à l'intention de la collectivité, notamment une foire sur le diabète qui a été tenue à l'automne 2012.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le centre offre un programme de consultation gynécologique de dépistage. Dans le cadre du programme, les patientes âgées de 21 ans et plus sont vus annuellement aux fins de dépistage et de détection précoce de diverses maladies, y compris le diabète. Des services de dépistage et de détection précoce appropriés sont aussi offerts pendant les visites courantes avec les fournisseurs de soins primaires.

Tertiaire (gestion) :

Le centre joue un rôle important dans la gestion du diabète. La plupart des patients atteints de diabète sont suivis et pris en charge par leurs fournisseurs de soins primaires. La diététiste participe aussi aux soins fréquemment. De plus, ils peuvent être en contact avec l'infirmière autorisée toutes les deux à quatre semaines, soit par téléphone ou en personne, pour passer en revue les mesures de glycémie prises à la maison. Le centre de santé communautaire facilite l'accès au Centre d'éducation sur le diabète de Moncton ou à un endocrinologue pour les problèmes plus complexes.

« I can phone (nurse) anytime. On the phone, if it's something that me and her can't figure out, she talks to the nurse practitioner and she calls me right back. » (« Je peux téléphoner [à une infirmière] en tout temps. Si elle et moi ne pouvons résoudre le problème au téléphone, elle consulte l'infirmière praticienne et me rappelle immédiatement après. ») (Un patient)

Assurer le suivi :

Les visites de suivi avec les fournisseurs de soins primaires sont généralement fixées tous les trois mois à tout le moins et parfois plus souvent. Elles peuvent être coordonnées par n'importe quel membre de l'équipe (médecin, infirmière praticienne, diététiste, infirmière autorisée et infirmière auxiliaire autorisée). La diététiste, l'infirmière autorisée et l'infirmière auxiliaire autorisée organisent leurs propres visites de suivi. Elles collaborent souvent à cette fin pour tenter de coordonner les visites de manière à minimiser la fréquence des déplacements du patient. Il n'y a aucune politique en place qui désigne la personne responsable de déterminer le besoin d'effectuer un suivi ou l'intervalle entre les visites, mais il est toujours possible de faire appel aux fournisseurs de soins primaires pour obtenir des conseils à cet égard.

Il revient parfois au patient de déterminer le temps d'attente entre les visites de suivi avec des membres de l'équipe occupant des professions paramédicales comme la diététiste ou l'infirmière autorisée.

Équipe de la clinique

Le fournisseur de soins primaires du patient coordonne les soins. Les autres membres de l'équipe peuvent suggérer des soins, mais les aiguillages nécessaires sont effectués par le fournisseur de soins primaires.

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe à l'interne est composée du personnel du centre de santé communautaire. Son travail n'est pas exclusivement axé sur le diabète. Les médecins, l'infirmière praticienne, l'infirmière autorisée et l'infirmière auxiliaire autorisée sont employés au centre à temps plein. Toutefois, la diététiste est une employée à temps partiel et travaille seulement un jour par semaine au centre.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Le Centre d'éducation sur le diabète de Moncton agit souvent comme ressource pour l'équipe du centre de santé communautaire. L'infirmière autorisée ou la diététiste appelle parfois les membres du Centre d'éducation sur le diabète de Moncton pour leur poser des questions. Le centre s'appuie également sur le Centre d'éducation sur le diabète de Moncton pour toute aide spécialisée ou tout autre service non offert au CSMECA. Parmi les autres membres de l'équipe à l'extérieur figurent les pharmaciens des deux pharmacies locales et les services de soins podologiques dispensés dans la collectivité, ainsi que les pédiatres, les endocrinologues et les ophtalmologistes de Moncton.

Structure de l'équipe :

Le centre dispose d'une équipe spécialisée en diabète, et le fournisseur de soins primaires décide habituellement des soins à dispenser aux patients. Au centre de santé communautaire, on travaille en gardant toujours à l'esprit que chaque membre de l'équipe est un atout précieux et apporte son expertise et son expérience aux soins offerts au patient. « *We are all equal part of the team.* » (« *Nous sommes tous membres de l'équipe à parts égales.* ») Les patients atteints de diabète sont pris en charge au moyen d'une approche interdisciplinaire.

Comorbidités :

La plupart des patients atteints de diabète du centre de santé communautaire ont des comorbidités. L'équipe fournit des soins complets en expliquant la relation entre d'autres problèmes de santé et le diabète et en gérant ces comorbidités.

Communication :

Au centre, les dossiers des patients sont en format électronique et sont accessibles à tous les membres de l'équipe. Le logiciel utilisé (Purkinje) permet la transmission des messages aux membres de l'équipe par le biais du dossier médical électronique du patient. La communication est également facilitée grâce à l'utilisation des courriels et aux discussions en personne.

Autogestion

Rôle du patient :

Le rôle du patient est de vouloir s'informer, d'apprendre, de demander de l'aide au besoin et de tenter de bien gérer sa maladie. Les plans de soins sont personnalisés et abordent les questions et les préoccupations soulevées par le patient.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients sont reconnaissants de bénéficier du service dans leur région. L'équipe communautaire offre un service personnalisé et est facile d'approche.

« They took my license from me, and I'm only about 5 miles from the clinic. I'd really miss it if it weren't there. » (Patient)

(« On m'a retiré mon permis, mais j'habite seulement à huit kilomètres de la clinique environ. Si la clinique n'existait pas, il y aurait vraiment un manque à combler. ») (Un patient)

Éducation auprès des patients :

La diététiste offre des conseils en matière de nutrition et d'activité physique. L'infirmière auxiliaire autorisée passe en revue les soins podologiques courants et les chaussures avec les patients pendant son examen annuel. L'infirmière autorisée donne des renseignements sur les signes et les symptômes d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie, la gestion appropriée de l'hypoglycémie, la surveillance de la glycémie à la maison et l'administration de l'insuline. Les trois fournisseurs de soins primaires fournissent également des conseils et une éducation pendant leurs visites de suivi courantes des patients atteints de diabète. Étant donné qu'il ne s'agit pas d'un centre d'éducation sur le diabète, le centre n'offre pas de séances structurées en groupe. L'éducation des patients est personnalisée et se fait individuellement.

Principaux services offerts :

Le CSMECA fournit un accès à des services de soins de santé primaires, y compris de gestion du diabète. L'accès à ces services est offert suivant les besoins du patient ou la recommandation d'un fournisseur de soins primaires. On offre le soutien approprié par le bon fournisseur, au bon moment. Cela peut comprendre l'accès à des services d'éducation sur le diabète par une diététiste, une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée et à un fournisseur de soins primaires aux fins de prise en charge médicale immédiate au besoin. D'autres services sont également offerts au centre, notamment des services de laboratoire et de phlébotomie, de physiothérapie, d'imagerie médicale, d'ECG, d'enregistrement nyctéméral de Holter et de surveillance de la pression artérielle. On fournit aussi les vaccins courants, notamment une séance de vaccination antigrippale annuelle.

Proportion des patients contrôlés :

Étant donné que les services ne sont pas offerts dans le contexte d'un centre d'éducation officiel sur le diabète, les employés du centre interviewés n'étaient pas en mesure de fournir une estimation du nombre de patients qui contrôlent leur diabète de manière efficace. Cela est en partie attribuable au fait que tous les membres de l'équipe du centre partagent l'accès aux dossiers médicaux électroniques des patients. On ne conserve aucun dossier distinct sur le diabète. De plus, les patients qui contrôlent bien leur diabète sont suivis par leur fournisseur de soins primaires. L'accès aux autres membres de l'équipe est fondé sur les besoins de chaque patient, par exemple, si le patient a tendance à exercer un piètre contrôle glycémique ou à obtenir de faibles résultats pour tout autre indicateur de la santé.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Le centre est ouvert du lundi au vendredi, de 7 h à 18 h. Tous les jours, un médecin ou l'infirmière praticienne est disponible pour gérer les urgences. La diététiste est disponible un jour par semaine, sur rendez-vous seulement. L'infirmière autorisée est disponible presque tous les jours et est également accessible par téléphone pour les patients atteints de diabète. Aucune journée ou heure précise n'est consacrée aux patients souffrant de diabète, et le centre prévoit les rendez-vous des patients en fonction de la disponibilité ou de la demande. Le personnel infirmier est présent au centre en tout temps.

Services manquants :

Le centre estime qu'il devrait offrir les services d'un travailleur social et d'un pharmacien, non seulement pour les patients atteints de diabète, mais également pour l'ensemble de la collectivité. Le personnel infirmier est souvent chargé de conseiller les patients et de les aider à naviguer dans le système de soins de santé. Par exemple, l'infirmière autorisée facilite l'accès à des soins compatissants pour les patients ayant des moyens financiers limités, en collaboration avec les fournisseurs de soins primaires du centre. Elle peut aider les patients en ce qui touche le processus de demande de services par l'entremise du ministère du Développement social. L'infirmière autorisée fournit également une assistance aux fournisseurs de soins primaires en ce qui touche le bilan comparatif et l'examen des médicaments.

Temps d'attente :

Les patients peuvent accéder en tout temps au personnel infirmier du centre de santé communautaire par téléphone ou en personne. Un médecin ou l'infirmière praticienne offre des soins d'urgence aux patients tous les jours. Les temps d'attente pour les visites non urgentes avec les fournisseurs de soins primaires varient en raison de la nature saisonnière des emplois dans la région. Le temps d'attente maximal pour les patients non urgents en vue d'une consultation auprès d'un fournisseur de soins primaires est de quelques semaines. Les temps d'attente sont évalués à l'aide des données relatives aux troisièmes rendez-vous disponibles.

« I'd call (nurse), I'd probably be able to see her within a half-hour. She'd say just come right down. » (Patient)

« Si j'appelle [l'infirmière], je pourrais probablement la voir dans les trente prochaines minutes. Elle me dirait tout simplement de passer à la clinique. » (Un patient)

Méthodes d'offre de service :

Les services sont pour la plupart offerts en personne, mais certaines consultations sont effectuées par téléphone. Par exemple, l'infirmière autorisée communique par téléphone avec les patients pour obtenir les mesures de leur taux de glycémie effectuées à la maison. Les fournisseurs de soins primaires prescrivent un ajustement d'insuline en se fondant sur ces renseignements et communiquent la directive au patient par l'entremise de l'infirmière autorisée. Il s'agit également d'une occasion pour l'infirmière autorisée de discuter de certains problèmes et préoccupations avec le patient et de l'aider à trouver des solutions acceptables au besoin.

Distances :

Le temps de déplacement pour les patients les plus éloignés est d'environ 30 minutes. Aucun transport public n'est assuré, et, puisque la région est défavorisée au plan économique, le trajet à faire pour se rendre au centre peut représenter un obstacle pour certains patients. Les patients s'appuient souvent sur des membres de la famille et des voisins pour se rendre au centre, car beaucoup d'entre eux sont des personnes âgées ou à faible revenu et ne peuvent conduire.

« Around here, there's always someone to drive you. I know about 10 people a phone call away. » (Patient)

(« Il y a toujours quelqu'un dans les alentours pour vous conduire. Je connais environ dix personnes qui seraient prêtes à le faire si je les appelais. ») (Un patient)

Comblen les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Il n'existe aucun moyen formel de rétroaction à l'heure actuelle. On encourage les patients à communiquer toute question ou préoccupation à l'administrateur de l'établissement.

Élément particulier à cette clinique :

Le centre de santé communautaire travaille d'arrache-pied afin de répondre aux besoins de ses patients tout en faisant preuve de souplesse.

Prise en compte des besoins spéciaux :

Pour ce qui est de répondre aux besoins spéciaux de certains patients, le centre estime qu'il est très facile d'accès. Le centre est accessible par fauteuil roulant et peut fournir des appareils auditifs au besoin aux patients qui souffrent de déficiences auditives.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Le centre de santé communautaire doit souvent s'adapter aux patients dont le niveau d'alphabétisation est faible. Vu la taille du centre, les employés connaissent très bien les patients qui peuvent nécessiter des visites plus longues, des discussions plutôt que des documents, ou des images. L'époux ou l'épouse ou un membre de la famille est souvent présent pour fournir de l'aide.

Encouragement adressé à la famille :

Les époux ou membres de la famille accompagnent parfois les patients lors des visites.



Centre de santé communautaire de St. Joseph

116, rue Coburg
Saint John (N.-B.)
E2L 3K1
T : 506.632.5537

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Cette clinique n'est pas entièrement consacrée au diabète, il s'agit plutôt d'un centre de santé communautaire. Cet établissement de soins primaires reçoit environ 800 patients atteints de diabète. Le personnel se concentre sur ces 800 patients afin de déterminer les services supplémentaires qu'il pourrait leur offrir afin de les aider à mieux gérer leur maladie.

Mandat du programme

Répondre aux besoins des personnes atteintes de diabète et les aider à mieux gérer leur maladie. La clinique se sert de son système de dossiers médicaux électroniques pour déterminer les lacunes dans les services (patients qui n'ont suivi de cours d'enseignement, qui fument, qui n'ont pas reçu un vaccin contre le pneumocoque et la grippe, dont le taux d'hémoglobine glycosylée est anormal, etc.). Par la suite, l'équipe de soins met en place une intervention et en évalue les résultats.

Comblent les besoins de la population

Le centre reçoit de 10 000 à 12 000 patients par année, dont 800 sont atteints de diabète. Il dispense ses services à la population de la région du Grand Saint John. La clientèle est essentiellement composée de personnes âgées, la plupart ayant plus de 55 ans. La moitié d'entre elles ont un indice de masse corporelle supérieur à 25. Il convient de souligner que puisqu'il s'agit d'un centre de santé communautaire, les patients ne s'y rendent pas nécessairement pour des rendez-vous de groupe axés sur le diabète. La clinique emploie douze ou treize médecins et infirmières praticiennes. Certains de ces praticiens demandent à l'infirmière praticienne spécialisée dans le diabète de prendre en charge les patients qui viennent de recevoir leur diagnostic jusqu'à ce que leur état soit stabilisé. Les services sont principalement offerts en personne, mais également par courriel et par téléphone. Les patients qui commencent une insulinothérapie sont suivis en partie par téléphone. Les consultations téléphoniques, soit de huit à dix par semaine, sont habituellement fixées au vendredi après-midi (si possible).

L'infirmière praticienne spécialisée dans le diabète se rend également dans deux autres cliniques du nord de la ville. Ces deux cliniques sont situées dans des quartiers défavorisés.

Le centre applique les pratiques exemplaires recommandées par l'Association canadienne du diabète. Le Centre d'enseignement du diabète associé à l'Hôpital régional de Saint John est situé à l'étage au-dessus de la clinique. L'équipe de la clinique souligne qu'elle ne tente pas de reproduire les services offerts par le Centre d'enseignement, mais plutôt de les compléter.

Les patients sont invités à participer à trois rendez-vous de groupe. Approximativement 30 % des patients atteints de diabète ont assisté à ces séances. Les thèmes sont choisis par les participants. On y fournit des renseignements de base, notamment au sujet des valeurs cibles d'A1c, de tension artérielle et de cholestérol, de la planification des mesures de prise en charge personnelle et de l'établissement d'objectifs. À la fin du programme, on propose aux patients une variété de programmes parmi lesquels ils peuvent choisir : gestion pondérale, cours de conditionnement physique, programme de gestion de l'alimentation émotionnelle, arrêt du tabagisme, etc.

Les patients qui ont besoin d'une formation sur l'utilisation de la pompe à insuline sont aiguillés vers le Centre d'enseignement.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Divers programmes de soins de santé primaires sont proposés : programme de gestion pondérale, de gestion de l'alimentation émotionnelle, d'exercice pour les personnes âgées, de revalorisation de soi et de sécurité des aliments.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le personnel de la clinique peut identifier les patients atteints de prédiabète grâce à son système interne de dossiers médicaux électroniques et leur proposer des programmes de gestion du poids, d'exercice et d'alimentation saine.

Tertiaire :

Comme il s'agit d'un centre de santé communautaire, les patients qui s'y rendent souffrent de diverses maladies, dont le diabète.

Équipes du centre

Ce centre de santé communautaire comporte plusieurs équipes et chacune d'elles compte un certain nombre de fournisseurs de soins de santé (médecin, infirmière praticienne, ergothérapeute, diététiste, infirmière, travailleur social et adjointe administrative).

Équipe du programme sur le diabète :

Cette équipe compte une infirmière praticienne spécialisée dans le diabète, une diététiste, un pharmacien, un travailleur social et une infirmière. Chaque membre de l'équipe coordonne les soins de différents patients selon les besoins de ces derniers. Au besoin, le médecin recommande les patients à des spécialistes. Le médecin et tous les membres de l'équipe consignent les notes dans le système de gestion des dossiers électroniques. En ce qui concerne le programme sur le diabète, Bonnie McGraw préside les réunions de planification et l'équipe travaille en collaboration.

Qualifications et formation des membres de l'équipe :

Tous les membres sont formés dans leur profession respective. Les membres de l'équipe constatent qu'à cause des réductions budgétaires, il leur est plus difficile d'obtenir une autorisation pour participer aux congrès, mais un membre a néanmoins pu assister à la conférence provinciale sur le diabète. L'équipe avait l'habitude de tenir des conférences midi avec les représentants pharmaceutiques, mais ils ont mis fin à cette pratique à cause des conflits d'intérêts apparents.

Lignes directrices :

La clinique applique les lignes directrices de pratique générale recommandées par l'Association canadienne du diabète. Elle ne conclut pas de contrats avec les patients atteints de diabète. Les rendez-vous de groupe s'inspirent d'un plan d'amélioration de la qualité de la gestion des maladies chroniques mis sur pied en Alberta.

Communication :

La clinique tient des dossiers électroniques accessibles en ligne, et tous les membres de l'équipe peuvent les consulter. Ils analysent les données à leur disposition pour cibler les patients qui doivent faire l'objet de différentes interventions, qui sont toutes destinées à améliorer leur état de santé. Le personnel a entre autres cité en exemple les programmes d'éducation des patients atteints de diabète et d'arrêt du tabagisme. De plus, l'équipe se réunit périodiquement pour discuter des cas plus complexes. La gestion des cas est assurée lors des réunions générales de l'équipe du centre de santé communautaire.

Comorbidités :

L'équipe s'occupe des facteurs de comorbidité en même temps qu'elle exerce ses fonctions habituelles.

Autogestion

Rôle du patient :

L'espoir ici est d'établir un esprit d'équipe et de développer un sentiment de partenariat. Au moment de la vérification des dossiers, seuls 10 % des patients présentaient un taux de glucose sanguin supérieur à 7.

Rôle de la clinique :

Informier et fournir du soutien. Faire office de facilitateur. Certains éprouvent de la contrariété (rien de grave) lorsque les gens ne font pas ce qu'ils sont censés faire.

Le taux de rendez-vous manqués à la clinique est de deux à quatre patients par jour. En raison des ressources limitées dont elle dispose, la clinique effectue des rappels téléphoniques seulement pour les rendez-vous avec le service thérapeutique (la diététiste).

Éducation auprès des patients :

Des cours de groupe ont lieu tous les mois et de six à quinze personnes y assistent en même temps. Ces cours sont offerts en série de trois et comprennent des activités de sensibilisation sur le mode de vie et des astuces pour mieux vivre avec le diabète. Ils sont formulés de manière à faire interagir les patients et à les inciter à s'entraider. On y utilise des plans de discussion et des outils servant à démontrer divers concepts. Le fournisseur de soins primaires revient ensuite sur les renseignements qui y sont fournis pendant les rendez-vous individuels des patients, dans le cadre de leur traitement continu.

Les cours portent sur divers aspects de l'autogestion : établissement d'un objectif et résolution de problèmes. Le personnel souhaitait sensibiliser davantage les patients au sujet de leurs valeurs (de tension artérielle et de glycémie), alors il les inscrit maintenant à l'endos du porte-nom de chaque patient et se concentre ensuite sur les mesures à prendre pour revenir à des valeurs normales. Les patients ont leur mot à dire sur les sujets abordés dans les cours subséquents : alimentation, soins des pieds et médication.

Principaux services offerts :

Le point fort de la clinique est sa capacité d'analyse, grâce à son système de dossiers électroniques.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :

L'infirmière praticienne pourrait se consacrer uniquement au diabète. Toutefois, d'autres besoins exigent son attention. L'équipe a remarqué qu'un bon nombre de patients souffrent de dépression et elle aimerait avoir accès à un psychiatre.

Temps d'attente :

La clinique est ouverte de 9 h à 17 h, cinq jours par semaine, et organise parfois des cours en soirée. Le temps d'attente dépend de chaque fournisseur de soins, mais la clinique réserve habituellement des plages horaires pour les rendez-vous urgents (patients atteints de diabète ou d'autres problèmes de santé).

Les rendez-vous de suivi sont habituellement fixés au moment de la consultation en cours. Si un patient a besoin de consulter plus d'un fournisseur de soins en une seule visite, ces différents rendez-vous sont prévus pour la même journée. La clinique réserve deux heures en matinée pour les patients sans rendez-vous.

Méthodes d'offre de service :	Principalement en personne, parfois par téléphone. Le personnel se rend dans deux cliniques du nord de la ville et dans une autre à l'Armée du Salut pour y offrir ses services. Ces cliniques sont situées dans des quartiers défavorisés de la ville.
Distances :	Le centre offre ses services dans la région du Grand Saint John; les patients ont donc accès aux transports en commun. Certains patients n'ont pas les moyens de se rendre au centre.
Dépenses :	La première dépense citée concerne les bandelettes réactives. Viennent ensuite les repas et les déplacements. Il y a un club d'achat d'aliments santé. Ce club permet aux gens de mettre leur argent en commun pour acheter des fruits et des légumes en vrac.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	La clinique mène un sondage annuel auprès de tous ses patients. Elle utilise également des questionnaires d'évaluation pour les rendez-vous de groupe.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	La clinique a accès à des traducteurs, mais doit réserver leurs services à l'avance.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Ce patient fréquente la clinique depuis dix ans.
Évaluation du service :	10 sur 10.
Rôle du patient et de la clinique :	« <i>My responsibility is to keep on going, day to day. And their role is to make changes when I need them.</i> » (« <i>Ma responsabilité, c'est de ne pas lâcher, jour après jour. Leur responsabilité à eux, c'est de faire les changements quand j'en ai besoin.</i> »)
Éducation auprès des patients :	Le patient a assisté aux cours sur la gestion, qui ont pour but d'aider à mieux vivre avec le diabète. Il a également consulté une diététiste au sujet de la nutrition et de l'alimentation.
Accessibilité :	Le patient estime que le centre est bien situé. « <i>There's a bus that will bring you to the clinic that passes every 30 minutes.</i> » (« <i>Il y a un autobus qui passe devant la clinique toutes les 30 minutes.</i> »)
Dépenses :	Les dépenses les plus importantes du patient sont le coût de l'insuline, des seringues et des bandelettes.
Satisfaction et plaintes :	Le patient est satisfait de la clinique. « <i>They are a good support.</i> » (« <i>Ils fournissent un très bon soutien.</i> »)



Centre de santé de Miramichi, région centrale

11, rue Prospect

Doaktown (N.-B.)

E9C 1C3

T : 506.365.6100

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

La clinique est située au 11, rue Prospect, Doaktown (N.-B.). Elle dispense ses services à 1 000 clients dans la circonscription hospitalière de Doaktown, qui comprend Doaktown, Storytown, Hazleton, Blissfield, Weaversiding, Boiestown et Blackville. La clinique existe depuis neuf ans. Au cours des cinq dernières années, la clinique a connu un changement majeur par l'ajout d'une clinique de méthadone, ce qui a modifié ses activités et son rôle.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat de dispenser des soins communautaires, de promouvoir la santé et de prévenir la maladie au moyen de consultations auprès des patients et d'un travail d'éducation.

Comblent les besoins de la population

La clinique traite plus de 100 patients. Étant donné qu'elle n'est pas axée sur la prise en charge du diabète, elle ne dispose pas du nombre exact de patients atteints de diabète. Son personnel ne voit pas de patients aux prises avec le diabète tous les jours et ces patients sont souvent dirigés vers Fredericton.

La clinique offre ses services à une collectivité rurale qui compte beaucoup de chômeurs. De nombreux clients reçoivent de l'aide sociale et plusieurs autres sont des personnes âgées. La clinique soigne un patient atteint de diabète de type 1 et quelques-uns atteints de diabète de type 2 et on croit que le mode de vie sédentaire dans la région constitue un facteur de la situation.

Au moins 40 % des patients présentent des comorbidités.

Les nouveaux patients font l'objet d'une recommandation par voie électronique du médecin ou de l'infirmière praticienne de la clinique pour de l'éducation sur le diabète. Ensuite, la clinique fixe un rendez-vous dans la même semaine pour de l'éducation sur le diabète ou la présentation du traitement à l'insuline. Après quoi le patient peut être dirigé vers une diététiste ou vers Fredericton.

Après la visite éducative à la clinique, si les patients ont des questions, ils consulteront une infirmière et peut-être une diététiste, et ils verront un médecin ou une infirmière régulièrement pour les médicaments et la tension artérielle. Un mentor spécialisé de la clinique du diabète vient à Doaktown une fois par mois et voit environ six patients. La clinique fournit des services d'éducation et des analyses de sang, mais ne fournit ni bandelettes d'analyse ni fournitures d'aucune sorte.

La clinique ne montre pas aux patients comment utiliser une pompe à insuline.

La clinique effectue le dépistage du diabète auprès des personnes de plus de quarante ans. Pour les patients de moins de 40 ans, les analyses sanguines sont effectuées à la demande du médecin de la clinique. Dans certains cas, la clinique effectue des analyses d'urine pour les patients jeunes.

Niveaux de prévention

**Primaire
(prévention de la
maladie, promotion
de la santé) :**

La clinique distribue beaucoup de dépliants et exécute des programmes communautaires. Healthy Miramichi offre toutes les semaines des séances d'éducation, des activités comme le yoga et l'accès aux installations de conditionnement physique locales, pour 10 \$ par an.

**Secondaire
(dépistage et
diagnostic précoce) :**

L'infirmière et le médecin de la clinique voient régulièrement les patients atteints de diabète pour analyser et vérifier leur glycémie. La clinique effectue également un examen annuel des pieds auprès de ces patients atteints de diabète et consigne les résultats de leurs derniers examens de la vue.

Tertiaire :

La clinique ne voit pas de patients hospitalisés.

Assurer le suivi : Selon la nature des services vers lesquels un patient est dirigé, la clinique peut faire le suivi par un appel téléphonique.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne : L'équipe comprend deux infirmières autorisées à temps plein et une à temps partiel, un médecin à plein temps, deux infirmières praticiennes et une infirmière gestionnaire ainsi que trois secrétaires à plein temps et une à temps partiel, en plus d'un radiologiste, d'un physiothérapeute, d'une diététiste, d'un inhalothérapeute et d'un travailleur social, tous à temps partiel.

Structure de l'équipe : Le personnel relève du médecin et des infirmières autorisées en ce qui a trait aux suivis et aux ordonnances liés au diabète.

Autogestion

Rôle du patient : Le personnel de la clinique est d'avis qu'il incombe au patient de faire les changements qui s'imposent : la clinique peut faire un travail d'éducation et proposer des solutions, mais le patient doit agir. Selon le personnel de la clinique, bon nombre des patients sont efficaces dans la surveillance de la maladie, mais ils ont de la difficulté à changer. « *Not a lot of self management in seniors, but with younger ages, they know what to do in the long term to live better.* » (« *Peu de personnes âgées se prennent en main, mais chez les plus jeunes, ils savent ce qu'ils doivent faire à long terme pour mieux vivre.* »)

Le taux de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous est faible. La clinique n'effectue pas de rappel des rendez-vous par téléphone.

Relation entre les professionnels et les patients : La relation entre les professionnels et les patients à la clinique en est une de respect.

Éducation auprès des patients : La clinique vise à éduquer les patients sur leur maladie et sur ce qu'ils doivent faire pour continuer d'avoir une vie active et en santé. Son personnel met en œuvre les lignes directrices du Réseau Horizon et effectue des consultations sur une base individuelle. Le travail d'éducation des patients est pris en charge par le médecin, les infirmières, le diététiste et toute personne vers qui le patient est dirigé. La clinique propose également des programmes communautaires. Son personnel se rend dans les écoles et mène des séances en soirée pour promouvoir une vie saine, et le diététiste dispense un programme à l'intention des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents.

Principaux services offerts : Le diagnostic, le suivi éducatif et les consultations auprès d'une diététiste constituent les principaux services offerts aux patients atteints de diabète. Le personnel de la clinique tente de s'assurer que les patients comprennent l'importance de prendre en charge leur maladie.

Proportion des patients contrôlés : Le succès du patient en ce qui a trait au contrôle de la maladie dépend de lui. « *An 80-year-old who has been eating cookies their whole life may not take kindly to the suggestion to stop. Even the idea of taking insulin has to be eased into.* » (« *Une personne de 80 ans qui a mangé des biscuits toute sa vie pourrait ne pas bien réagir à l'idée qu'elle doit cesser d'en consommer. Même l'idée de prendre de l'insuline doit faire son chemin tranquillement.* »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 8 h à 20 h du lundi au jeudi, et de 8 h à 16 h le vendredi. En dehors des heures ouvrables, les patients peuvent joindre Télé-Soins

Services manquants : Aucun spécialiste ne fait de consultation à la clinique. Les patients doivent se rendre à Fredericton pour consulter un spécialiste, ce qui peut créer des problèmes de transport et de disponibilité.

Temps d'attente : La plupart du temps, les patients parlent à une infirmière le jour même et voient un médecin dans les jours qui suivent.

En général, les patients qui se présentent sans rendez-vous n'attendent pas plus de 15 minutes avant de voir quelqu'un, en général une infirmière. Les patients avec rendez-vous n'attendent pas, en général, bien qu'à l'occasion, il y ait une attente de 10 à 15 minutes. Selon l'heure d'arrivée du médecin, et s'il y a une urgence, le temps d'attente peut atteindre une ou deux heures. Il est aussi le médecin qui collabore avec les deux infirmières praticiennes, et par conséquent, cela peut allonger les délais et les temps d'attente pour les rendez-vous.

Méthodes d'offre de service : On dispense des services en personne et par téléphone; aucun service par messagerie électronique.

Distances : Les patients les plus éloignés de la clinique mettent 45 minutes pour s'y rendre; en moyenne, les patients mettent 20 minutes pour se rendre à la clinique. Il n'y a pas de transports en commun de sorte que les patients doivent se rendre à la clinique en voiture, trouver ou payer quelqu'un pour les y conduire.

La clinique ne dispense pas de services à distance pour les patients atteints de diabète, mais elle offre des séances d'éducation dans les écoles de la collectivité.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction : La clinique a mené des sondages sur la satisfaction, sa clinique de vaccination contre la grippe a obtenu le score de 500. Toutes les plaintes sont envoyées au gestionnaire; la clinique n'a reçu aucune plainte de patient atteint de diabète.

Élément particulier à cette clinique : On mentionne à ce titre le fait que la clinique compte un grand nombre de services tous disponibles sous le même toit, ainsi que les délais d'attente très courts pour les patients.

Prise en compte des besoins spéciaux : La clinique est accessible en fauteuil roulant.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation : La clinique ne rencontre pas de problèmes liés aux différences culturelles, et on ne mentionne pas de problème lié à l'analphabétisme.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Le patient consulte le personnel de la clinique depuis douze ou treize ans et fréquente aussi la clinique de Fredericton.
Évaluation du service :	10 sur 10. « <i>They have helped me immensely, they always have the answers that I need, and they are a friendly bunch there.</i> » (« <i>Les membres du personnel de la clinique m'ont aidé énormément, ils ont toujours tenu compte de mes besoins et ils sont très amicaux.</i> »)
Rôle du patient et de la clinique :	Le patient voit le lien entre lui et le personnel de la clinique comme une relation de collaboration. « <i>I have to define the problems because I am the only one who knows what is going on. They can give me advice on what I should be doing. The doctor, nurses and I have to come up with solutions.</i> » (« <i>Je dois définir le problème parce que je suis la seule personne qui sait ce qui se passe. Le personnel de la clinique peut me donner des conseils sur ce que je dois faire. Le médecin, les infirmières et moi, nous devons trouver des solutions.</i> »)
Éducation auprès des patients :	Le patient a consulté le diététiste sur des questions d'alimentation, et l'infirmière spécialisée en diabète a répondu à toutes ses questions.
Accessibilité :	Le patient habite à un peu plus d'un kilomètre de la clinique et n'a aucune difficulté à s'y rendre.
Dépenses :	Quand le patient se rend à la clinique de Fredericton, il doit dépenser 20 \$ en essence et payer en plus pour le stationnement. Avant, le personnel de la clinique Fredericton aidait le patient à obtenir de l'insuline, mais maintenant, il a une carte santé du Nouveau-Brunswick grâce à laquelle « <i>presque tout est remboursé, y compris les bandelettes.</i> »
Satisfaction et plaintes :	Le patient est extrêmement satisfait des services de la clinique et il ajoute que son personnel fait un excellent travail de suivi. « <i>They meet every need I have, they try and figure something out.</i> » (« <i>La clinique répond à tous mes besoins, son personnel fait de son mieux et trouve une solution.</i> ») Le patient indique aussi que la clinique aurait besoin d'un autre médecin parce que les cliniques de Fredericton et de Newcastle sont trop loin.



Centre de santé communautaire de Queens-Nord

1100, promenade Pleasant
Minto (N.-B.)
E4B 3Y6
T : 506.327.7800

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Le Centre de santé communautaire Queens-Nord (CSCQN) est un établissement qui fournit des services de soins de santé primaire, de prévention des maladies et des blessures, de gestion des maladies chroniques, ainsi que des services de développement communautaire, en faisant appel à une approche axée sur la promotion de la santé de la population. Le centre est situé au 1100, promenade Pleasant, à Minto, et dessert principalement la région du Grand Lac, y compris Chipman et presque jusqu'à Fredericton et à mi-chemin de Doaktown. Cet établissement est un centre de santé communautaire depuis 2001, mais a été rénové en 2005. Il n'y a pas de lits de soins actifs, mais le centre offre une grande variété d'autres services de soins de santé, notamment des services de radiographie, des cliniques sans rendez-vous, des services de physiothérapie, des services des travailleurs sociaux et des diététistes. Le centre compte des médecins rémunérés à l'acte, des médecins salariés, des infirmières praticiennes et divers autres professionnels des soins de santé. On compte 165 patients atteints du diabète sur la liste des quelques 2 000 patients du centre. Au lieu de disposer d'une clinique physique distincte, le centre organise une journée de gestion du diabète chaque mois consacré aux soins du diabète. Des soins du diabète sont également prodigués dans le cadre des autres visites régulières au centre.

Mandat de la clinique

En collaboration avec le médecin des soins primaires et d'autres membres de l'équipe, le centre a pour mandat de réduire les complications associées au diabète et de maintenir les taux d'A1c et la tension artérielle à des niveaux raisonnables. Pour répondre aux besoins des patients, des efforts sont concentrés sur l'établissement d'une clinique de soins des pieds dont les services sont offerts toutes les six semaines.

Comblent les besoins de la population

Le centre dessert 7 500 clients qui effectuent 80 000 visites par année. Les quelque 2 000 patients inscrits sur la liste sont des patients suivis par un médecin particulier, et on compte 165 patients atteints du diabète dans ce groupe de patients inscrits sur la liste. Bien sûr, il pourrait y avoir d'autres patients atteints du diabète parmi les 5 500 clients qui visitent le centre chaque année, mais ils ne sont pas inscrits sur la liste de patients. Certaines consultations sont également effectuées par téléphone.

La région desservie a été affectée par des fermetures d'usines, donc les patients qui visitent le centre viennent souvent de milieux socioéconomiques moins favorisés. Ils sont également plutôt âgés, la moyenne d'âge étant de 65 à 70 ans.

La procédure type pour des patients nouvellement diagnostiqués est de procéder à des analyses sanguines, puis de voir leur médecin pour qu'on leur prescrive des médicaments. Les médecins aiguillent les patients vers le programme de gestion du diabète pour qu'ils soient vus tous les trois mois (ou plus fréquemment si nécessaire). On encourage les patients à assister à un cours interactif, organisé pour un groupe de 10 à 12 personnes, qui s'échelonne sur quatre soirs sur une période de quatre semaines (un soir par semaine). Il s'agit de cours interactifs fondés sur des documents de l'Île-du-Prince-Édouard et pour lesquels on utilise des cartes de conversation pour faciliter la discussion. Une éducation individuelle se poursuivra pendant les visites régulières chez le médecin et au cours de la journée par mois consacrée aux patients atteints du diabète. On évaluera chaque patient pour déterminer s'il faut l'orienter vers un travailleur social, une diététiste, une infirmière en soins de pieds ou un pharmacien.

Le personnel du centre n'offre pas de formation sur le traitement par pompe à insuline, même s'il y a 5 utilisateurs de pompes à insuline parmi les clients. Ces personnes sont vues par un pédiatre, à Fredericton.

Le centre offre des services d'éducation et de dépistage en ce qui a trait au prédiabète. Les patients qui sont atteints de prédiabète suivront le même cours décrit précédemment.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La promotion de la santé fait partie du mandat du centre, et le personnel offre des cliniques de prise de tension artérielle, des cours d'abandon du tabagisme et organise des visites dans les écoles pour encourager les non-fumeurs. On offre aussi des programmes pour encourager la pratique d'activités physiques.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Une lettre est envoyée aux personnes de plus de 40 ans au cours de leur mois de naissance pour les inviter à communiquer avec le centre pour un dépistage du diabète. Environ 60 % de ces personnes téléphonent pour fixer un rendez-vous (il est intéressant de souligner que seules 5 % des personnes téléphonent pour fixer un rendez-vous pour un dépistage du cancer colorectal).

Tertiaire :

On encourage les patients à fixer leurs propres objectifs, et la clinique ou le centre est là pour les soutenir. Sur les 165 patients, de 20 à 30 patients ont d'importantes complications associées au diabète et les autres patients (soit environ 80 %) n'ont pas de complications (graves).

Équipe de la clinique

Le médecin généraliste du patient est le principal point de référence des soins, et c'est le médecin généraliste qui fait l'aiguillage vers les spécialistes requis. Le personnel de la clinique du diabète peut suggérer des soins et en suggère effectivement, mais ne fait pas de recommandation directe. Le personnel suit les lignes directrices élaborées par l'ACD, l'infirmière se sert d'une liste de vérification afin de déterminer quels services sont nécessaires, et le médecin se charge ensuite de faire l'aiguillage.

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe à l'interne ne se consacre pas seulement au diabète. Elle est formée de médecins, d'infirmières praticiennes, de diététistes, de travailleurs sociaux, d'infirmières et un pharmacien.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe externe comprend un pharmacien, la clinique du diabète à Fredericton, les pédiatres des enfants suivis au centre et une infirmière-ressource éducatrice en diabète qui se rend aux cabinets de certains des médecins rémunérés à l'acte situés à l'extérieur du centre. Enfin, les infirmières de l'organisme VON prodigueront les soins essentiels des pieds.

Structure de l'équipe :

La coordonnatrice de la clinique est une infirmière autorisée. Le médecin assurera la responsabilité des soins aux patients.

Formation et compétences de l'équipe :

Tous les membres de l'équipe sont des professionnels qualifiés. L'ACD offre une formation, et les membres peuvent aller suivre les cours qui sont offerts dans la province assez facilement; il est toutefois plus difficile d'obtenir l'autorisation de participer aux cours qui sont offerts à l'extérieur de la province. On n'envoie pas tout le monde; on accorde l'autorisation à une personne d'y participer, et à son retour celle-ci a la tâche de transmettre ses connaissances aux autres.

Lignes directrices :

La clinique suit les lignes directrices de pratique clinique générales élaborées par l'Association canadienne du diabète. Des outils, comme les cartes de conversation, ont été élaborés pour être utilisés avec ces lignes directrices.

Comorbidités :	La gestion des comorbidités est assurée dans le cadre des visites habituelles. On constate que certaines des maladies décelées font appel aux mêmes services d'éducation des notions générales de santé que le diabète, et on s'assure que ces notions sont enseignées.
Communication :	On utilise des fichiers électroniques, et tous les membres de l'équipe peuvent avoir accès à ces fichiers. En fait, ils peuvent avoir accès aux dossiers des patients qui sont enregistrés dans les cliniques de l'hôpital et qu'ils trouvent important de consulter pour avoir une meilleure vue d'ensemble des antécédents médicaux de chaque patient. L'endocrinologue enverra également des notes qui sont demandées et qui seront également versées au dossier des patients. Lorsque les médecins généralistes fournissent des notes, elles sont aussi versées dans les dossiers. On indique d'ailleurs que certains médecins les fournissent, tandis que d'autres sont moins rigoureux à cet égard. Les communications se font par l'intermédiaire du système de classement électronique. Il n'y a pas de processus officiel, mais on a recours aux courriels et aux échanges en personne pour communiquer au sujet des patients. On transmet des notes à l'endocrinologue et au médecin généraliste. Lorsque les cas sont plus urgents, ou qu'il y a urgence que quelque chose soit fait pour un patient, on invitera le patient à demander immédiatement un rendez-vous avec son médecin généraliste ou on téléphonera directement au cabinet du médecin généraliste sans passer par le patient.

Autogestion

Rôle du patient :	On s'attend à ce que le patient assume la responsabilité de ses propres soins.
Rôle de la clinique :	Le personnel de la clinique considère que son rôle consiste à encadrer le patient et à lui fournir des orientations. On encourage les patients à fixer leurs propres objectifs.
Éducation auprès des patients :	Le but consiste à enseigner aux patients comment fixer des objectifs pour assurer la gestion de leur propre santé. Les cours portent sur ce qu'est le diabète, les complications, le traitement médical, l'alimentation et l'exercice physique.
Principaux services offerts :	Le personnel estime que la chose importante qu'il offre est du soutien lorsque le patient en a besoin.
Proportion des patients contrôlés :	Le centre ne dispose pas d'une estimation de la proportion des patients qui sont raisonnablement contrôlés.
Hôpital :	Le personnel ne voit pas de patients à l'hôpital.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :	Le personnel souhaiterait avoir un mécanisme qui permettrait de savoir la mesure dans laquelle les patients comprennent le diabète parce que cela est un indicateur de leur rendement à la clinique. Il souhaiterait également disposer de plus de temps et de ressources pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte.
Temps d'attente :	Le prochain rendez-vous disponible est parfois le jour même. Le temps d'attente du troisième rendez-vous disponible est de cinq jours.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts et les consultations sont effectuées le plus souvent en personne, mais parfois par téléphone.

Distances :

La région n'est pas desservie par un service de transport en commun et connaît des difficultés économiques, le déplacement vers la clinique préoccupe donc certaines personnes. Certains patients mettent de 30 à 90 minutes pour se rendre au centre en auto.

Dépenses :

Les dépenses pour les bandelettes d'analyse constituent les dépenses les plus souvent mentionnées en ce qui concerne la difficulté à payer certaines dépenses liées au diabète. Un grand nombre des patients du centre proviennent de milieux socioéconomiques moins favorisés, et certains ont de la difficulté même à mettre suffisamment de nourriture sur la table.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Le personnel du centre n'a aucun moyen de savoir s'il répond aux besoins des patients.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Le personnel utilise moins de papier qu'avant, et il utilise maintenant plus d'images et fait lui-même la lecture aux patients plutôt que de les faire lire eux-mêmes. On demande aux patients d'apporter leurs médicaments avec eux à la clinique plutôt que de se fier à leur mémoire ou à un niveau d'alphabétisation potentiellement faible.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Le patient visite la clinique depuis deux ans.

Évaluation du service :

Le patient a attribué la note de 9 sur 10. « *I don't think they could get any better. They are thorough and competent. You think you know it all until you go there.* » (« *Je ne pense pas qu'ils puissent faire mieux. Ils sont minutieux et compétents. On pense ne plus avoir rien à apprendre tant que l'on ne s'est pas présenté à cette clinique.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

« *For me its diet, exercise, being aware of what's going on around you. The clinic reinforces what I should do or shouldn't and if you are left of center they tell you, and they tell you if you are on track, they will give you a pat on the back.* » (« *Pour moi, il s'agit de faire attention à mon alimentation, de faire de l'exercice et d'être conscient de ce qui se passe autour de nous. Le personnel de la clinique confirme ce qu'on doit faire et ne pas faire, et si on n'est pas sur la bonne voie il nous le mentionne, et il nous dit quand on est sur la bonne voie et nous félicite.* »)

Éducation auprès des patients :

Le patient a été vu en consultation individuelle par une diététiste et a participé à des cours de groupe.

Accessibilité :

Le patient n'a aucune difficulté à se rendre à la clinique.

Dépenses :

Quand le patient se rend à la clinique, ses frais de déplacement sont très minimes, car il habite tout près. La clinique offre le stationnement gratuit.



Centre de santé communautaire de Tobique Valley

120, rue Main
Plaster Rock (N.-B.)
E7G 2E5
T : 506.356.6613

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Le Centre de santé communautaire de Tobique Valley se trouve dans l'ancienne installation de l'hôpital de Tobique Valley, sur la rue Main, à Plaster Rock. La clinique offre ses services dans une région rurale, et les patients peuvent se déplacer jusqu'à 40 km et venir d'aussi loin que Riley Brook, Grand-Sault ou Perth-Andover. La clinique existe depuis cinq ans (avant cela, l'installation abritait un hôpital depuis les années 1950).

Mandat de la clinique

La clinique, avec l'aide de son personnel dévoué et de subventions gouvernementales, a mis sur pied un programme de gestion du diabète. Au moyen d'un large éventail d'outils, de cours et de ressources professionnelles, la clinique vise « *to help patients help themselves and keeping patients as healthy as possible.* » (« à aider les patients à s'aider eux-mêmes et à les garder en aussi bonne santé que possible. »)

Comblent les besoins de la population

En 2012, la clinique a fourni des services à 268 patients et voit plus de 30 patients par mois, alors qu'elle en voyait 9 par mois auparavant. La demande augmente.

La plupart des patients (70 p. 100) sont des personnes âgées et défavorisées sur le plan économique. Peu de patients, voire aucun, sont des membres des Premières Nations, étant donné que ceux-ci ont leur propre clinique communautaire. La plupart présentent une comorbidité.

Les nouveaux patients sont orientés vers la clinique par l'équipe interne de médecins, d'infirmières praticiennes, le spécialiste externe et des médecins d'autres régions (Grand-Sault et Perth-Andover en particulier), ou se présentent de leur propre chef. Le fait de travailler avec des médecins de Grand-Sault peut limiter l'accès à l'information étant donné qu'ils relèvent du Réseau de santé Vitalité. Les médecins externes ne gèrent pas toujours le dossier de leurs patients conformément aux recommandations du programme d'autogestion de la clinique, comme la réalisation d'analyses sanguines tous les trois mois; la clinique s'adapte donc en conséquence.

Les rendez-vous de suivi sont ensuite fixés par le professionnel de la santé (éducateur agréé en diabète [EAD] ou la diététiste). On appelle les patients à titre de rappel. Les nouveaux patients consultent d'abord l'infirmière praticienne ou le médecin, et verront ensuite le travailleur ou conseiller social, la diététiste et l'infirmière. Lors des visites de suivi, on adopte encore une approche d'équipe afin de réduire la nécessité pour les patients de se déplacer. Durant ces visites, le patient verra l'infirmière praticienne ou l'infirmière immatriculée, la diététiste (s'il y est prêt) et d'autres membres de l'équipe suivant les besoins.

« I see them in the same appointment as much as possible. They work together so I don't have to travel so much. » (Patient)

« Je les vois lors du même rendez-vous autant que possible. Ils travaillent ensemble, alors je n'ai pas trop à me déplacer. » (Un patient)

La clinique met l'accent sur le soutien des patients dans l'acceptation de la maladie, d'abord et avant tout, et la prise en charge du diabète par les patients.

La clinique n'enseigne pas aux patients à utiliser la pompe à insuline. Les patients qui utilisent une pompe et les patients pédiatriques vont habituellement à la clinique du diabète à l'hôpital Waterville.

Niveaux de prévention

**Primaire
(prévention de la
maladie, promotion
de la santé) :**

Une grande part du travail de prévention de la maladie se réalise par l'entremise de l'agent de développement communautaire de la clinique. Les programmes communautaires visent indirectement la prévention et la détection précoce de la maladie, en éduquant le grand public et en communiquant les services offerts à la clinique.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Les services secondaires sont dirigés dans une grande mesure par l'endocrinologue de la région (le Dr Mike Pelkey) et sont souvent étroitement liés aux services de niveau primaire. Néanmoins, étant donné que le personnel de la clinique du diabète voit également des patients généraux du centre de santé communautaire, ces professionnels du diabète sont en mesure de détecter les symptômes, de repérer les patients prédiabétiques potentiels et de les dépister de façon précoce.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications (principalement dans le cadre de consultations individuelles avec la diététiste et l'EAD).

Assurer le suivi :

Les patients bénéficient d'un suivi aussi longtemps qu'ils continuent de fréquenter la clinique. Les visites de suivi dépendent en grande partie des patients, et sont espacées d'un délai maximal de trois mois. Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous auront la possibilité d'en fixer un autre, mais s'ils ne se présentent pas une deuxième fois, ils ne bénéficieront pas d'un suivi, à moins d'être recommandés à nouveau. Les patients sont recommandés par l'équipe interne (infirmière praticienne ou médecin), des médecins d'autres régions, comme Grand-Sault, et des médecins de l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, à Perth-Andover, ou peuvent se présenter de leur propre chef.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe comporte plusieurs membres : deux médecins (généralistes), l'un travaillant à temps plein au centre et l'autre, à temps partiel (horaire de 0,6), un travailleur social (à temps partiel selon un horaire de 0,4, mais travaille plutôt selon un horaire de 0,6), la gestionnaire du centre, qui remplit un rôle de coordination et de recherche pour la clinique du diabète, une diététiste à temps partiel (0,6), deux infirmières praticiennes (à temps plein), une infirmière immatriculée (non agréée comme éducatrice en diabète) et un agent de développement communautaire.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

L'équipe de la clinique comprend un endocrinologue (le Dr Pelkey) qui se rend à la clinique une fois toutes les six à huit semaines pendant toute une journée (il voit douze patients par jour en moyenne).

Structure de l'équipe :

L'équipe relève directement de Susan Kukurski, la gestionnaire du centre. Tous les membres rendent compte à Susan, qui assure la supervision et la planification des ressources. On privilégie cette structure plutôt que de relever d'un gestionnaire dans une autre collectivité ou un hôpital. *« It's very hard when working with managers that came from a hospital because they don't get the community part of it. »* (« Il est très difficile de travailler avec des gestionnaires qui viennent d'un hôpital parce qu'ils ne saisissent pas l'aspect communautaire de notre mission. ») De façon informelle, l'infirmière immatriculée (non agréée comme éducatrice en diabète) est considérée comme la chef d'équipe, compte tenu de son expertise en matière de diabète et de son statut d'employée à temps plein, qui fait en sorte qu'elle connaît tous les patients, ainsi que la clinique.

Comorbidités :

Le personnel de la clinique fait des suggestions aux patients et leur explique la relation entre les autres maladies et le diabète. On organise également des groupes d'entraide traitant de ce sujet, notamment le cholestérol et le diabète, et les médicaments et le diabète. Les membres de l'équipe, en collaboration avec les infirmières praticiennes, feront des recommandations au nom des patients. Ils assureront le suivi avec les médecins de famille ou les infirmières praticiennes afin de contribuer au processus et de favoriser la prestation rapide de services, s'il y a lieu.

Communication :

Les communications ont surtout lieu de façon informelle. Les membres de l'équipe communiquent par courriel et en personne, y compris les communications avec les médecins internes. « *We meet, talk in the hallway, emails, call, lots of informal.* » (« *Nous nous rencontrons, discutons dans le corridor, nous envoyons des courriels et nous appelons; nous communiquons dans une grande mesure de façon informelle.* ») Officiellement, l'équipe complète et le personnel du centre se réunissent le troisième jeudi de chaque mois.

Autogestion

Rôle du patient :

La clinique a mis en place un plan de gestion à l'intention de ses patients. Dans le cadre de ce plan, on s'attend à ce que les patients participent activement à l'établissement de leurs propres objectifs et prennent en charge la gestion de leur maladie. Les objectifs sont habituellement modestes, graduels, réalisables et peuvent être liés entre autres à la nutrition et au conditionnement physique. Le personnel et le patient établiront un plan d'action et fixeront les rendez-vous de suivi. Ceux-ci dépendent en grande partie du patient qui décide à quelle fréquence ils auront lieu.

La clinique gère très peu de cas où les patients ne se présentent pas au rendez-vous. Par conséquent, elle n'a pas mis en place de stratégies formelles afin de réduire ces cas. Les motifs les plus importants du défaut de se présenter sont financiers ou liés au transport. On attribue la forte fréquentation à l'approche d'équipe adoptée pour les consultations : « *I have less no shows with patients with diabetes because they see both me and nurse.* » (« *Je constate qu'il y a moins de cas de défaut de se présenter pour ce qui est des patients atteints de diabète, car ils me voient et voient l'infirmière en même temps.* »)

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation entre les professionnels et les patients est très ouverte et cordiale. On adopte une approche d'équipe pour déterminer les objectifs, assurer le suivi et recommander les patients suivant les besoins. « *It's personal, in a good way. Patients here like the fact that they are cared for and someone cares for them. When they come to classes, we know them. Little extra thing, feeling that someone cares.* » (« *La relation est personnelle, dans le sens favorable. Les patients de la clinique aiment le fait qu'on s'occupe et qu'on se soucie d'eux.* » « *Lorsqu'ils viennent en classe, nous les connaissons. C'est un petit plus pour eux de sentir que quelqu'un se préoccupe d'eux.* »)

Éducation auprès des patients :

La clinique vise à prévenir les complications du diabète par un travail d'éducation. Son personnel donne aux patients la possibilité de participer à des groupes d'entraide qui couvrent un large éventail de sujets en fonction des clients. Les cours ont lieu une fois par mois. Le projet de gestion du diabète est assez récent; les résultats mesurables n'étaient donc pas clairs au moment de l'entrevue. La clinique respecte les directives et utilise les ressources de l'ACD pour l'éducation des patients et les soins des pieds. Elle a également recours aux normes de l'hôpital régional Dr Everett Chalmers, à Fredericton.

Principaux services offerts :

La clinique accomplit du travail de prévention dans le cadre de programmes communautaires (par exemple marche, saine alimentation) et organise des groupes d'entraide mensuels à l'intention des patients atteints de diabète. Les séances en groupe complètent les consultations individuelles. La clinique offre une gamme complète de services aux patients, dont des cours de cuisine. Une subvention de 7 000 dollars (octroyée en octobre 2012) a contribué à acquérir les outils et les ressources nécessaires pour ces programmes durables. « *Within hours, you have every assessment done. One stop shopping.* » (« *En quelques heures, toutes les évaluations sont faites. Il s'agit d'un guichet unique.* »)

Compte tenu de la présence des médecins de famille et d'autres services, tels que les services thérapeutiques offerts à la clinique, la coordination des soins est courante. Le personnel de la clinique s'efforce de coordonner les rendez-vous des patients avec leur rendez-vous avec leur médecin de famille, leur physiothérapeute, etc., afin de répondre le mieux possible à leurs besoins.

Proportion des patients contrôlés :

Les résultats dépendent de la motivation des patients et de la fréquence des consultations. Le programme étant très récent (il existe depuis trois mois), son incidence sur l'autogestion n'était pas perceptible au moment de l'entrevue. L'autogestion est touchée par les revenus peu élevés. Les bandelettes d'analyse et les fruits et légumes sont parfois des dépenses que certains patients ne peuvent se permettre. « *If there's no constant contact (with the clinic), they don't do as well. Regular basis makes a difference.* » (« *S'ils ne gardent pas contact de façon constante [avec la clinique], ils ne réussissent pas aussi bien. La régularité des visites fait la différence.* »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique du diabète est ouverte de 8 h à 20 h, et la clinique sans rendez-vous du Centre de santé communautaire, de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi. La clinique est également ouverte un ou deux soirs par mois pour répondre aux besoins des patients qui travaillent. Une infirmière praticienne, qui fait aussi partie de l'équipe du diabète, est disponible jusqu'à 18 h tous les jours.

Services manquants :

Le personnel de la clinique estime qu'il a atteint les limites de ses capacités en ce qui concerne la demande de services. Si la croissance se poursuit, il est d'avis que l'infirmière immatriculée devra consacrer plus de temps pour répondre aux besoins. Il devient de plus en plus difficile de prévoir une visite avec un patient atteint de diabète selon l'approche d'équipe en raison de l'horaire relativement limité de la diététiste. « *Linda's diabetes position needs to be full time and dietitian full time* » (« *Le poste de Linda en tant que spécialiste en diabète doit être à temps plein et celui de la diététiste aussi.* ») « *All programs need nutrition aspect.* » (« *Tous les programmes doivent comporter un volet lié à la nutrition.* ») Un autre élément manquant concerne les soins des pieds. Bien qu'un large éventail de services soient offerts au centre, y compris de l'éducation sur les soins des pieds, il n'existe pas de véritables services de soins des pieds dans la région.

Temps d'attente :

Malgré tout, l'accès aux services est plutôt rapide. Pour les cas urgents ou les nouveaux patients, le rendez-vous est fixé dans un délai de deux semaines, en fonction des services requis. À moins qu'on doive voir la diététiste, les consultations peuvent se faire souvent le même jour. Pour voir la diététiste, on doit attendre environ deux semaines en moyenne. Le temps d'attente pour les rendez-vous de suivi dépend du patient, mais les visites sont espacées d'un délai maximal de trois mois.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont principalement offerts en personne. On a très peu fait mention de consultations par téléphone, à l'exception des appels de suivi pour les patients qui commencent un traitement à l'insuline. Des listes de diffusion et des communications électroniques, en particulier pour les annonces des séances des groupes d'entraide, sont en cours d'élaboration. « *Do try to establish email list, especially groups. We have a Facebook page too. The town and the schools have talk mail so we tap into that.* » (« *Nous essayons d'établir une liste de diffusion, en particulier pour les groupes. Nous avons une page Facebook aussi. La Ville et les écoles ont un service de messagerie, alors nous en tirons part.* »)

Distances :

Les patients les plus éloignés mettent environ 45 minutes afin de se rendre à la clinique, soit pour parcourir une distance de 40 à 50 km. En moyenne, les patients mettent 15 minutes pour s'y rendre. Il n'y a pas de service d'autobus dans la région, mais un service de taxis est disponible depuis peu. La plupart des patients, toutefois, comptent sur quelqu'un pour les amener.

En ce qui concerne les services à distance, la clinique livre des fournitures (pas de services médicaux) et offre également des séances éducatives dans les deux foyers pour personnes âgées au sein de la collectivité. « *We take stuff to them including food. Can't deliver to everybody, but we do deliver to those 2 facilities.* » (« *Nous leur livrons des choses, y compris de la nourriture. Nous ne pouvons fournir ce service à tout le monde, mais nous le faisons pour ces deux établissements.* »)

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

On n'emploie aucun moyen officiel pour obtenir de la rétroaction. On invite les patients à faire part de tout problème ou de toute question à la gestionnaire du centre. Les plaintes formulées dans le passé par les patients avaient trait au manque d'accès à un certain professionnel (EAD ou diététiste) lors de leur visite.

Élément particulier à cette clinique :

La clinique met l'accent sur l'établissement de la confiance et de la relation avec les patients et s'efforce de leur donner les moyens nécessaires pour prendre en charge leur plan d'autogestion personnel concret. « *Patients say it's different here because more personal and family approach with all of us. Feel they can just call us.* » (« *Les patients disent que c'est différent ici parce que l'approche est personnelle et familiale avec chacun d'entre nous. Ils ont le sentiment qu'ils n'ont qu'à nous appeler.* »)

« *They teach about diabetes. I learned quite a bit, more than in Grand-Falls. In Grand-Falls, she would tell me what to do, here it's different. They care.* » (Patient) (« *Ils nous instruisent au sujet du diabète. J'en ai appris beaucoup, plus qu'à Grand-Sault, où on me disait simplement quoi faire. Ici, c'est différent. Ils sont investis.* ») (Un patient)

« *They make you feel you can ask any question.* » (Patient) (« *Ils vous font sentir que vous pouvez poser n'importe quelle question.* ») (Un patient)

Prise en compte des besoins spéciaux :

Les personnes en fauteuil roulant ont accès à la clinique. On a signalé peu d'autres besoins spéciaux, à l'exception des déficiences auditives, dans le cas desquelles le personnel parlera très fort pour s'adapter aux patients. Le défi le plus important est le fait de devoir travailler avec des personnes défavorisées sur le plan économique. Les membres du personnel essaient d'enseigner la gestion financière et d'être conscients du coût des aliments lorsqu'ils suggèrent des régimes alimentaires.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La région a une importante population des Premières Nations, mais très peu d'entre eux fréquentent la clinique. Les problèmes liés à l'alphabétisation sont courants étant donné que la plupart des patients sont âgés et ont de faibles niveaux de scolarité. Afin de tenir compte de ces difficultés, la clinique prévoira des rendez-vous plus longs pour ceux qui ont besoin de plus d'explications. « *We educate them. Verbally, slower, at grade-school levels.* » (« *Nous les éduquons. Verbalement, lentement, à des niveaux scolaires.* »)

Encouragement adressé à la famille :

On invite les membres de la famille et les soignants à accompagner les patients aux rendez-vous et aux cours.



Centre de santé de Jacquet River

La clinique du diabète de Jacquet River se trouve dans le Centre de santé de Jacquet River

41, rue Mack
Belledune (N.-B.)
E8G 2R3
T : 506.684.7323

Type de clinique :

Centre de santé

Centre de santé communautaire St. Joseph (Dalhousie)

La clinique du diabète de Dalhousie se trouve dans le Centre de santé communautaire St. Joseph de Dalhousie

280, rue Victoria, unité 1
Dalhousie (N.-B.)
E8C 2R6
T : 506.684.7323

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Ces deux cliniques ont été combinées en un seul profil bien qu'elles soient situées à deux endroits différents parce que la même infirmière spécialisée en diabète coordonne les soins dans les deux centres et que les deux cliniques sont sous la direction de la Clinique du diabète de Campbellton. Il y a de légères différences démographiques entre les clientèles respectives des deux centres, mais en ce qui a trait aux soins, au service et à la structure, ils sont très semblables. Ils se trouvent tous deux en zone rurale, à moins de 41 km l'une de l'autre. La clinique de Jacquet River existe depuis 1979, soit depuis trente-cinq ans. La clinique de Dalhousie a été un hôpital avant d'être transformée en centre de santé communautaire en 2002. La clinique de Jacquet River n'est ouverte qu'une journée par semaine, et celle de Dalhousie, trois jours par semaine. Le cinquième jour, quand ni l'une ni l'autre des cliniques n'est ouverte, l'infirmière spécialisée en diabète passe la journée à la clinique principale, la Clinique médicale E.L. Murray, à Campbellton. Des changements sur une base continue ont été amenés à la structure des trois cliniques de diabète ainsi qu'au cours des dernières années, notamment une réduction importante des heures de travail de la diététiste (à titre d'exemple, il n'y a plus d'accès aux services d'une diététiste à Jacket River).

Mandat de la clinique

Les deux cliniques visent à aider les patients à apprendre à contrôler leur diabète et prévenir des complications. On enseigne comment vivre sa vie sans se sentir impuissant face à la maladie. La clé réside dans un travail d'éducation des patients.

Comblent les besoins de la population

Le personnel n'a pas pu fournir une estimation du nombre de patients (dans les deux cliniques). Selon le ministère de la Santé, la clinique de Dalhousie comptait 379 patients et celle de Jacquet River 104 patients en 2011. En moyenne, aux deux endroits, le personnel de la clinique verra entre quatre et six patients par jour, cinq d'entre eux ayant un rendez-vous en temps normal. La clinique compose aussi avec deux ou trois appels téléphoniques de patients par jour, en général des patients dont la glycémie est élevée, et qui souhaitent obtenir des conseils. La clinique réserve du temps pour les urgences le vendredi, pour des patients qui ont des besoins immédiats. Les mardis et les mercredis, la diététiste reçoit également cinq à six patients par jour à Dalhousie.

À Dalhousie et à Campbellton, le personnel voit des enfants et des personnes qui utilisent une pompe à insuline.

À Jacquet River, les patients sont davantage de langue anglaise et en général, ils sont plus défavorisés sur le plan économique. À Dalhousie, les patients sont partagés assez également entre anglophones et francophones.

Les nouveaux patients, y compris les patients atteints de prédiabète, ont pour la plupart été dirigés vers la clinique par des médecins de la région.

Les nouveaux patients obtiennent un rendez-vous en fonction de leur état. La clinique de Campbellton a mis sur pied un processus de triage complexe fondé sur différents facteurs de santé. Les patients dont l'état de santé est plus grave obtiennent un rendez-vous dans la semaine qui suit leur appel. Les cliniques insistent sur le besoin de fixer un rendez-vous aux nouveaux patients dès que possible.

Il n'est pas rare que des patients se présentent à la clinique de leur propre chef parce qu'elle se trouve dans le centre de santé communautaire. Les patients atteints de diabète cherchent à obtenir des bandelettes d'analyse ou de l'insuline, ou une consultation sur les taux de glycémie et d'autres problèmes liés au diabète. Le personnel de la clinique fera de son mieux pour répondre aux besoins de la clientèle, par exemple en comblant une annulation ou en travaillant le vendredi (durant les heures réservées aux urgences).

Les patients obtiennent une consultation individuelle. Toutefois, les patients atteints de prédiabète rencontrent la diététiste en groupe (à Dalhousie). Les patients sont vus par l'infirmière, et à Dalhousie par la diététiste également, séparément. Seuls les enfants et les patients atteints de diabète de type 1 consultent les deux professionnels en même temps. Même si l'on prévoit dispenser des séances en groupe et que cela fait partie des services que l'on compte offrir dans l'avenir, rien de ce genre n'était disponible ou n'avait été mis au point au moment de l'entrevue.

Le moment du rendez-vous de suivi dépend largement du patient. C'est le patient qui décide à quelle fréquence il souhaite se rendre à la clinique, même si selon le personnel de la clinique, il devrait venir plus souvent. « *Un suivi par choix. Moi je trouve que c'est trop long, mais s'ils sont stables mieux un an que p'en toute.* »

Les rendez-vous sont pris au moyen du système central à Campbellton. Les demandes de rendez-vous sont envoyées au système par l'infirmière spécialisée en diabète ou la diététiste (ou la réceptionniste, dans le cas de la clinique de Jacquet River). Le centre de rendez-vous envoie une lettre trois semaines avant la date du rendez-vous. En ce qui concerne les enfants, ils sont généralement vus à la clinique du diabète de Campbellton et les rendez-vous sont fixés par la réceptionniste et non par le centre de rendez-vous étant donné que bien souvent, les patients doivent parcourir de longues distances. Les rendez-vous avec la diététiste et avec l'infirmière spécialisée en diabète sont fixés séparément, à des moments différents et au moyen d'un processus différent. En ce qui concerne la diététiste, les rendez-vous sont pris par le truchement du centre de rendez-vous, mais on téléphone au patient avant de fixer le rendez-vous pour vérifier s'il veut réellement prendre ce rendez-vous. Cette stratégie couplée à d'autres a permis de réduire le nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Les statistiques compilées par rapport aux patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous avec les infirmières concernent les trois cliniques, et le taux a atteint 22 % en 2011-2012. Pour ce qui est de la nutrition clinique, le taux de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous atteint environ 7 % par rapport aux séances en groupe, et 11 % pour les rendez-vous individuels. Les diététistes ont déjà modifié leur approche et demandent à une personne d'appeler le patient avant de fixer un rendez-vous, afin d'évaluer l'intérêt de celui-ci par rapport à la consultation. Le client peut refuser les services avant la prise de rendez-vous.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique participe aux trois niveaux de prévention. L'infirmière spécialisée en diabète mettra sur pied des cliniques sur la tension artérielle à l'occasion de festivals et d'événements locaux, et analysera la glycémie des patients. Cinq événements ont été organisés l'année dernière. Elle distribuera des brochures d'information et dispensera de l'information à l'intention de la population en général à l'occasion de l'événement. Cela sert à la fois de méthode de prévention de la maladie et de diagnostic précoce.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Des cliniques de dépistage dans les festivals locaux, tel qu'il est mentionné ci-dessus. Depuis décembre 2013, on a recours à une gestionnaire des cas de diabète qui se rend dans les cabinets de médecin dans la collectivité (*Campbellton et Dalhousie; si le médecin est d'accord) pour contribuer au dépistage, au diagnostic précoce et à la prise en charge du diabète des patients qui présentent des taux d'A1c supérieurs à 9 %.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci effectue le suivi auprès des patients atteints de diabète pour les aider, par un travail d'éducation, à prendre en charge leur maladie et à prévenir les complications (surtout sur une base individuelle).

Assurer le suivi :

La clinique assure le suivi en fixant un rendez-vous à tous les patients par le truchement du centre de rendez-vous. On envoie une lettre au patient trois semaines avant son rendez-vous (qui est pris par l'hôpital de Campbellton). Dans le cas des enfants et de patients atteints de diabète de type 1, on téléphone au patient pour fixer un rendez-vous de suivi. La diététiste a une secrétaire qui se charge d'appeler les nouveaux patients qui font l'objet d'une nouvelle recommandation uniquement pour connaître dans quelle mesure ils sont intéressés, dans le but de réduire le nombre de ceux qui ne se présenteront pas au rendez-vous, puis la demande de rendez-vous est acheminée vers le centre de rendez-vous. Toutes les demandes de

rendez-vous de suivi passent par le centre de rendez-vous. Le suivi des patients se fait à la demande du patient, idéalement tous les trois ou quatre mois (à l'heure actuelle, le délai d'attente est plus long en raison du volume élevé de demandes).

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique de Jacquet River et celle de Dalhousie sont toutes deux sous la direction de la clinique de Campbellton et de la coordonnatrice, Jennifer Belliveau. Louise Gallant, infirmière spécialisée en diabète, est la seule spécialiste en diabète quand elle travaille depuis la clinique de Jacquet River, et elle doit compter sur l'aide de la réceptionniste et de l'adjointe administrative pour la prise de rendez-vous et l'établissement du calendrier. À la clinique de Dalhousie, l'infirmière spécialisée en diabète travaille en collaboration avec une diététiste. L'infirmière spécialisée en diabète travaille à la clinique de Jacquet River les mercredis et à la clinique de Dalhousie les lundis, mardis et vendredis; la diététiste est assignée à la clinique du diabète de Dalhousie les mardis et les jeudis. Ainsi, elles ne travaillent ensemble que les mardis. Ni l'infirmière ou la diététiste ne possédait encore l'agrément d'éducatrice en diabète au moment de l'entrevue. Ajout au 31 août 2013 : l'infirmière a obtenu cet agrément.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

On pourrait considérer que les membres du personnel de la clinique de Campbellton constituent une équipe à l'interne. Toutefois, étant donné qu'ils ne travaillent pas auprès des patients ou qu'ils ne coordonnent pas les soins prodigués aux patients de Jacket River ou Dalhousie, on les considère comme des membres de l'extérieur. Néanmoins, l'infirmière spécialisée en diabète puise dans ces ressources pour des recommandations de spécialistes et pour échanger des renseignements. L'infirmière spécialisée en diabète aura recours aux médecins locaux (dans les deux collectivités) si un patient a besoin d'une assistance immédiate, par exemple une ordonnance ou une recommandation pour obtenir des soins d'un spécialiste. L'infirmière spécialisée en diabète ne communique pas directement avec les deux spécialistes à la clinique de Campbellton à moins qu'elle ait affaire à l'un de leurs patients. Elle aura recours aux recommandations des médecins locaux.

En ce qui a trait aux soins des autres spécialistes, l'infirmière de la clinique fera des recommandations au médecin de famille, mais elle ne se chargera pas elle-même de diriger les patients vers des spécialistes (par exemple vers un ophtalmologiste). La clinique peut diriger un patient vers d'autres cliniques ou d'autres services, notamment les cliniques d'alimentation, les cliniques d'hypertension artérielle et les travailleurs sociaux, au besoin. En général, les services sont disponibles dans le centre de santé même, et ils sont faciles d'accès.

Structure de l'équipe :

On a récemment apporté beaucoup de changements dans la structure des trois cliniques. On nous a expliqué que la nouvelle structure, sous la direction de Jennifer à la clinique de Campbellton, est beaucoup plus uniforme et que l'équipe est plus unie. Toutefois, les outils et les processus sont encore en cours d'élaboration. « *Y'a beaucoup de choses qu'on a développées, ça va assez bien, mais il reste beaucoup de choses à faire.* » L'équipe a été formée assez récemment, le membre le plus ancien à l'échelle des trois cliniques en fait partie depuis un an et demi seulement. Les membres de l'équipe communiquent entre eux quotidiennement.

Comorbidités :

Le personnel de la clinique est fier d'offrir des soins qui tiennent compte de la santé dans une optique intégrée. La plupart des patients atteints de diabète de type 2 à la clinique présentent des comorbidités. On signale que même certains patients atteints de diabète de type 1 présentent des comorbidités. Ainsi, on adapte le travail d'éducation et on intègre toutes les questions liées à la santé. Le travail d'éducation se fonde sur les lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, pour la prévention et le traitement du diabète. Le médecin de famille se charge des soins généraux et la clinique ne fait que présenter ses recommandations.

Communication :

Les membres de l'équipe communiquent entre eux de façon permanente. Même s'ils sont séparés dans l'espace, l'infirmière spécialisée en diabète communique quotidiennement avec le personnel de la clinique de Campbellton, par téléphone ou par messagerie électronique. Tous les membres de l'équipe se rencontrent à Campbellton tous les jeudis en matinée pour examiner des cas, partager de l'information et faire le point. Ensuite ont lieu les consultations auprès des enfants. Le spécialiste local (le Dr Matthews) participe en général à ces réunions d'échange de renseignements. Jennifer rencontre le docteur Jamil occasionnellement pour le renseigner et aborder des sujets importants. La clinique ne dispose pas d'un directeur médical et la communication avec les médecins et les membres de l'équipe de l'extérieur se fait par téléphone (en cas d'urgence) ou sur papier. « *Notre documentation est encore sur papier. Un peu plus difficile.* » De façon informelle, les membres du personnel de la clinique communiquent avec les médecins par téléphone s'ils en éprouvent le besoin, ou ils envoient une lettre aux médecins. On travaille actuellement à mettre au point un nouveau feuillet de message multidisciplinaire et une politique pour s'assurer que les médecins reçoivent bien les messages.

Autogestion

Rôle du patient :

Il incombe à la clinique d'encourager le patient à prendre en charge sa maladie. On s'attend à ce que les patients apprennent les effets de leurs médicaments et qu'ils les comprennent, qu'ils sachent en quoi consistent des « statistiques » normales et qu'ils apprennent à évaluer les statistiques et les résultats qui les concernent en propre.

La clinique est confrontée à un nombre assez élevé de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous (voir les besoins des patients, ci-dessus). Cela constitue un problème par rapport à la prise de rendez-vous et se traduit par du temps perdu et du mécontentement (surtout si l'on considère les cas en attente d'un rendez-vous de suivi). La clinique téléphone aux patients pour fixer un autre rendez-vous et pour demander la raison de l'absence. On invoque en général le manque d'un moyen de transport, le mauvais temps ou le travail pour se justifier. La clinique ne dispose pas encore d'une stratégie visant à réduire le nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous, mais elle y travaille actuellement. Si un patient manque deux rendez-vous de suite, son dossier est renvoyé au médecin qui l'a recommandé à la clinique.

Relation entre les professionnels et les patients :

On donne aux patients les moyens de prendre en main leur maladie. La clinique les encourage à prendre leurs propres décisions et à élaborer leurs propres plans de prise en charge avec l'aide et les directives d'un éducateur agréé en diabète. Les patients apprécient énormément le service qu'ils reçoivent à la clinique.

Éducation auprès des patients :

Les ressources des cliniques proviennent surtout de l'Association canadienne du diabète (ACD). On utilise à la fois des manuels qui portent sur les notions de base et sur des notions avancées. On utilise également des documents éducatifs fournis par les sociétés pharmaceutiques, en particulier ceux qui comportent des éléments visuels comme des images et des photos, et d'autres brochures que les patients peuvent emporter avec eux. La clinique a mis au point trois guides pédagogiques à l'intention des clients; le *Diabetes teaching guide* comporte des renseignements généraux sur le diabète; le deuxième, *Insulin teaching guide*; et le troisième, *Prediabetes teaching guide*. Ces trois brochures faisaient l'objet d'une révision au moment de l'entrevue, et l'équipe met actuellement au point le nouveau guide *Children and Type 1 Diabetes*.

Tous les patients doivent participer à une séance d'éducation en deux étapes. La première séance d'éducation s'adresse aux patients qui viennent de recevoir un diagnostic de diabète. La deuxième s'adresse à tous les patients atteints de diabète. Le travail d'éducation des patients se fait sur une base individuelle, en fonction de leurs besoins, de leur état et de leurs capacités d'apprentissage. L'éducation ne touche que les notions de base pour les enfants; pour les nouveaux patients, on met l'accent sur les moyens de prévenir et de réduire les complications. Pour les autres cas plus complexes, on insiste sur la nécessité de contrôler la maladie et de maintenir un état stable.

Principaux services offerts :

La disponibilité, en région rurale. Fournir l'accès aux services et la coordination avec la clinique de plus grande envergure de Campbellton pour les cas les plus graves et les enfants. La clinique met l'accent sur l'éducation individuelle, en fonction des besoins et de la capacité d'apprentissage des patients.

Proportion des patients contrôlés :

La clinique n'a pas pu fournir le nombre exact de patients qui ont leur maladie sous contrôle. Elle ne dispose pas d'une méthode d'évaluation à l'heure actuelle. Certains patients s'en tirent très bien et d'autres, moins bien. « *Ça dépend de la motivation.* »

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La demande de services est très lourde par rapport aux ressources disponibles aux cliniques de Jacquet River et de Dalhousie. Compte tenu des changements récents dans les services (les heures de travail de la diététiste, en particulier, sont passées de la clinique Jacquet River à la clinique Dalhousie) et parce qu'il faut offrir des services dans trois cliniques situées dans trois endroits différents, l'infirmière spécialisée en diabète a le sentiment que son temps ne suffit pas. On constate aussi une liste d'attente de plusieurs mois pour les patients non prioritaires. Les heures de travail de l'infirmière spécialisée en diabète dans chaque clinique respective sont de 8 h à 16 h. Toutefois, bien souvent, elle restera à la clinique plus longtemps pour répondre aux besoins des patients et exécuter des tâches administratives en attente.

Services manquants :

La clinique de Jacquet River aurait besoin des services d'une diététiste. Le service a été annulé parce que trop de patients ne se présentaient pas à leur rendez-vous, après une évaluation du service sur trois ans. « *Ya des patients qui manquent ça.* »

Temps d'attente :	Les nouveaux patients obtiennent un rendez-vous dès que possible, en général dans un délai d'un mois. Toutefois, selon l'urgence de la situation, les patients peuvent parfois attendre jusqu'à deux mois. Les patients dont la glycémie est élevée obtiennent un rendez-vous dès que possible. « <i>Quelqu'un avec des glycémies de 20 + va passer assez vite!</i> » Le délai d'attente pour les rendez-vous de suivi sera toutefois beaucoup plus long. Il arrive aussi qu'on déplace le rendez-vous d'un patient en raison d'une consultation beaucoup plus urgente. La clinique tentera de limiter à six mois le temps d'attente, mais ce délai peut aller jusqu'à huit mois pour les patients qui contrôlent le mieux leur maladie. Au moment de l'entrevue, on élaborait un nouveau système de triage pour aider à évaluer les temps d'attente et pour s'assurer que les clients prioritaires obtiennent une consultation.
Méthodes d'offre de service :	La clinique compose avec un bon nombre d'appels téléphoniques de suivi. On y aborde les inquiétudes des patients et le rajustement de l'insuline après avoir reçu les résultats des analyses sanguines et des taux de glycémie des patients. La clinique demande au patient de se charger d'appeler la clinique pour transmettre les résultats d'analyse et non l'inverse. Auparavant, le personnel de la clinique devait « traquer » le patient et lui téléphoner quand le patient ne s'en chargeait pas lui-même, mais on ne le fait plus parce que cela exige trop de temps. On dit aux patients que c'est leur responsabilité.
Distances :	Les patients les plus éloignés de la clinique mettent à peu près 45 minutes pour s'y rendre, et en moyenne, les patients mettent 15 minutes pour arriver à l'une ou l'autre clinique. Les patients de Jacquet River sont plus susceptibles que ceux de Dalhousie de compter sur un membre de la famille ou sur un ami pour les accompagner à la clinique, car ils ne conduisent pas ou ne possèdent pas de véhicule.
Stationnement :	Le stationnement à la clinique est gratuit.
Autres obstacles :	La faiblesse du revenu constitue un obstacle aux soins et services dans la région, en particulier à Jacquet River.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	La clinique ne dispose pas à l'heure actuelle de moyens permettant aux patients d'exprimer leur appréciation de la clinique ou leurs inquiétudes, ou de faire une plainte par rapport aux services.
Élément particulier à cette clinique :	Tous les patients de Dalhousie et de Jacquet River savent que l'infirmière spécialisée en diabète offre des services dans des centres multiples et ses services sont très appréciés. Bien qu'elle ne soit pas toujours physiquement présente, l'infirmière spécialisée en diabète fait tout son possible pour répondre aux besoins des patients et elle les encourage à l'appeler s'ils ont des questions, peu importe l'endroit où elle se trouve.
Prise en compte des besoins spéciaux :	La clinique s'occupe de patients ayant des besoins spéciaux au cas par cas, le plus courant de ces besoins concernant la déficience auditive. En pareil cas, la clinique utilise des images et des photos et met l'accent sur un contact visuel efficace.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d’alphabétisation :

Un faible taux d’alphabétisation est courant chez les patients des deux cliniques. Les patients de Jacquet River sont en grande partie de langue anglaise, tandis que le reste de l’équipe et les patients des deux autres cliniques sont largement francophones. La langue ne constitue pas un problème étant donné que le personnel est parfaitement bilingue. Pour les patients qui ont de la difficulté à lire et à écrire, le personnel de la clinique utilise des méthodes assez analogues à celles qu’on utilise auprès des enfants : un bon contact visuel, beaucoup d’aides et d’outils visuels et la répétition.

Encouragement adressé à la famille :

La clinique invite les membres de la famille et les conjoints à accompagner les patients à leur rendez-vous. Il arrive à l’occasion qu’un membre du personnel d’une maison de soins infirmiers vienne aussi. Cela ne fait pas explicitement l’objet d’un encouragement, mais on juge que cela est utile.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

Les deux patients interrogés par rapport aux deux cliniques fréquentent ces centres depuis longtemps : plus de sept ans dans le cas de Jacquet River et plus de treize ans dans le cas de Dalhousie.

Évaluation du service :

Les deux patients leur ont accordé la note de 10 sur 10.

Rôle du patient et de la clinique :

Selon les patients, le rôle du personnel des cliniques consiste à les guider quand ils ont un problème et à les aider à faire ce qui convient pour la gestion de leur diabète. Ils considèrent que leur propre rôle revient à faire ce qu’on leur dit de faire et à prendre soin de leur santé.

Accessibilité :

Les deux patients considèrent que les cliniques sont bien situées. Toutefois, le patient de la clinique de Jacquet River a signalé qu’à cet endroit, tout n’était pas au rez-de-chaussée.

Satisfaction et plaintes :

Les deux patients ont accordé une très bonne note au service et ils sont tous deux impressionnés par sa qualité.



Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque

29, rue de l'Hôpital
Lamèque (N.-B.)
E8T 1C5
T : 506.344.2261

Type de clinique :
Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

La clinique du diabète est située dans une petite collectivité rurale.

Mandat de la clinique

Par le passé, l'objectif de la clinique était de fournir des services aux patients atteints du diabète sans qu'il soit nécessaire de consulter un médecin. Cela a permis à davantage de patients de recevoir des soins rapidement. Bien que cela demeure important, le mandat de la clinique porte davantage sur le contrôle et l'autorégulation du diabète grâce à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

Comblen les besoins de la population

Le personnel voit environ 300 patients par année.

À cause des réductions dans l'espace physique et dans le nombre de lits en médecine, les médecins n'ont aucune objection à aiguiller des patients vers la clinique du diabète. Bien qu'un grand nombre de patients viennent à la clinique de leur propre chef, il est nécessaire d'obtenir un diagnostic de diabète d'un médecin.

La population de cette région se trouve dans une situation économique moins favorisée. Bon nombre des patients ont recours aux prestations d'assurance-emploi et subissent beaucoup de stress. Une saine alimentation ne constitue pas toujours une priorité pour eux, car ils estiment qu'il est coûteux de bien s'alimenter. La compréhension et l'éducation font souvent défaut dans le cas de ces patients. Cette situation entraîne de nombreux suivis afin de s'assurer que les patients comprennent les conséquences du diabète et l'implication des médicaments.

Les patients qui n'observent pas son traitement recevront de l'information sur ce qui pourrait se produire s'ils ne gèrent pas adéquatement leur maladie. Ils ne sont pas suivis, mais ils conservent la possibilité de revenir.

Faute de ressources, l'équipe n'offre pas d'aide concernant l'utilisation de la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Tous les mois, la clinique organise une séance publique à laquelle peuvent assister les résidents locaux pour faire vérifier leur glycémie et leur tension artérielle. Cette séance se tient habituellement dans la collectivité. Deux fois par année, l'infirmière se rendra dans les écoles pour animer des séances d'information auprès des enseignants. Une fois par année, le personnel se rendra également à l'usine locale pour animer une séance d'information auprès des travailleurs. Les séances d'information ne sont offertes que par la clinique et non ailleurs dans le centre de santé communautaire.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Il arrive souvent que des patients sans rendez-vous se présentent à la clinique. On les verra en consultation si un médecin a déjà déterminé qu'ils étaient atteints de diabète. Souvent, le personnel est d'avis que le diagnostic des patients n'a pas été posé suffisamment tôt et que les médecins les ont aiguillés trop tard vers la clinique.

Tertiaire :

Il s'agit d'un niveau de service très important pour l'ensemble de la clinique. La clinique effectue un suivi des patients atteints du diabète afin de les aider à gérer leur maladie et à prévenir les complications grâce à l'éducation. Les membres de l'équipe veulent s'assurer que les patients comprennent bien l'information qui leur est fournie. Ils aident également les patients à ajuster leur dose d'insuline. Il

est important de noter que les comas diabétiques sont maintenant très rares. Le personnel estime que cette situation est attribuable à son travail.

Assurer le suivi :

Le suivi de nombreux patients est effectué par téléphone. Au cours du mois de février, on a téléphoné à 65 patients. En janvier, on a effectué le suivi par téléphone d'encore plus de patients, soit 86. Ces appels peuvent durer de 15 à 30 minutes, selon le patient. L'infirmière peut téléphoner à certains patients une fois par semaine et téléphoner à d'autres patients toutes les deux semaines. Les patients sont vus tous les quatre mois, six mois ou une fois par an, selon l'efficacité du contrôle de leur diabète.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Le fait d'être situé dans une petite collectivité fait en sorte que l'équipe est composée de seulement deux membres, une infirmière et une diététiste. L'infirmière, Anita, est membre à temps plein de l'équipe depuis quatorze ans. Lise, la diététiste, est employée à temps partiel seulement. Elle doit consacrer une partie de son temps à une autre partie du centre de santé communautaire.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

On a constaté que de nombreux partenaires participent au travail de la clinique. L'infirmière et la diététiste peuvent faire appel à un physiothérapeute, un ergothérapeute, un travailleur social, un pharmacien et même d'autres médecins. Elles peuvent également aiguiller des patients vers un endocrinologue. Les professionnels de la santé ne participent pas aux séances de groupe, mais on peut leur téléphoner. Une infirmière qui est associée à l'hôpital s'occupe du développement de la clinique et du programme. C'est elle qui fait le lien entre la clinique et la collectivité, et elle est en mesure de définir quels sont les besoins de la collectivité. Elle visite également le Centre de santé de Miscou et exerce les mêmes fonctions que l'infirmière de la clinique de Lamèque.

Structure de l'équipe :

La clinique du diabète elle-même relève du Centre de santé communautaire de Lamèque. Toutefois, l'infirmière spécialisée en diabète se charge des fonctions quotidiennes.

Communication :

La communication est surtout informelle entre les membres de l'équipe. Elle se fait en personne et au téléphone. Pour communiquer avec les partenaires à l'extérieur, on peut utiliser le téléphone, mais la communication se fait surtout par écrit. Lorsque le personnel de la clinique laisse une note à l'intention du médecin dans le dossier d'un patient, la plupart des médecins y donneront suite rapidement, mais pas tous.

Autogestion

Rôle du patient :

Les patients sont responsables de participer activement à la gestion de leur santé et de s'aider eux-mêmes. Leur rôle est de surveiller leur régime alimentaire et de contrôler la prise des médicaments qui leur sont prescrits. Dans la plupart des cas, le personnel de la clinique note que des changements positifs importants ont été observés dans les taux de sucre dans le sang après seulement une année.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients se sentent plus à l'aise de venir à la clinique que de rendre visite à leur médecin. Ils n'hésitent pas à téléphoner à la clinique.

Éducation auprès des patients :

Des séances d'éducation sont proposées aux patients intéressés. Les sujets abordés incluent la manière de mesurer adéquatement la glycémie, l'incidence des médicaments, notamment l'insuline et les injections. Il s'agit des sujets les plus souvent abordés dans le cadre de ces séances.

Principaux services offerts :

Le personnel peut offrir des soins essentiels des pieds et aiguiller les patients ayant des besoins plus pressants vers une infirmière spécialisée en soins de pieds. Il convient de noter que les services de soins des pieds semblent être dispensés beaucoup plus rapidement pour les patients qui sont recommandés par la clinique.

Proportion des patients contrôlés :

La plupart des patients constatent un changement important après une année. La clinique ne dispose pas de données exactes sur la proportion de patients contrôlés.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Les membres du personnel estiment qu'ils sont très accessibles et qu'ils effectuent beaucoup de suivi auprès des patients. La clinique offre un environnement où tous les membres travaillent en équipe et sont, à ce titre, en mesure de satisfaire à la demande de la collectivité.

Services manquants :

Le manque de ressources est très préoccupant. Lorsque quelqu'un est malade, il n'y a pas de ressource disponible pour remplacer le membre de l'équipe. Les patients doivent attendre. Le fait de devoir remplacer les membres de l'équipe dans d'autres cliniques pose également problème. Aux dires des membres du personnel, le budget et la gestion semblent être les raisons qui expliquent le manque de ressources.

Les membres du personnel mentionnent également qu'ils n'ont pas accès à un podiatre dans la collectivité.

Temps d'attente :

Le fait d'être une petite collectivité avec un nombre plus restreint de patients semble expliquer pourquoi les temps d'attente sont plus courts. Un patient dont le taux de sucre dans le sang est très élevé peut être vu en ayant à attendre à peine 2 jours.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts en personne et par téléphone. On assure un suivi par téléphone pour éviter aux patients des dépenses et de consacrer du temps aux déplacements.

Comblar les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Aucun mécanisme de rétroaction officiel n'est mis en place à la clinique. Toutefois, les membres du personnel de la clinique observent que la plupart des patients semblent très contents et satisfaits des services offerts. Ils ont le sentiment d'être transparents et n'ont rien à cacher à la collectivité.

Élément particulier à cette clinique :

En 2009, une étude a été effectuée auprès de 600 patients atteints de prédiabète. Un programme de prévention et des séances de groupe ont été conçus à l'intention de ce groupe. Les patients se sont vraiment engagés et plusieurs ont participé au programme. On compte un grand nombre de patients qui se sont présentés à la clinique de leur propre chef.

Grâce à des échantillons gratuits, la clinique est en mesure de fournir gratuitement des bandelettes d'analyse ainsi que de l'insuline et des médicaments à ceux qui en ont besoin. Le personnel ne croit pas qu'il y a de l'abus.

Comme il s'agit d'une petite collectivité, beaucoup de patients se connaissent bien et connaissent le personnel. Ils jouent un rôle actif et sont disposés à participer au programme et à se soutenir mutuellement afin d'être en meilleure santé et de mieux gérer leur maladie.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Un patient visite la clinique depuis douze ans et l'autre depuis quinze ans
Évaluation du service :	Un patient a attribué la note de 10 et l'autre la note de 8,5-9 sur 10. « À chaque fois que je veux les contacter, il y a toujours une possibilité. Accessibilité. »
Rôle du patient et de la clinique :	Les patients sont d'accord pour dire que la clinique est là pour encadrer et assurer le suivi du patient, mais qu'au bout du compte c'est au patient qu'il revient de prendre soin de sa santé.
Éducation auprès des patients :	Les patients signalent que la plupart des services d'éducation sont offerts sur une base individuelle dans le cadre de leurs rendez-vous réguliers.
Accessibilité :	Les deux patients croient qu'ils peuvent téléphoner et obtenir un rendez-vous rapidement, au besoin. Ils mentionnent également tous les deux qu'ils peuvent obtenir des conseils par téléphone en cas de besoin. Aucun des deux n'a eu de problèmes pour se rendre (accéder) à la clinique. « Chaque fois que j'ai besoin de quoi, je peux appeler. Même si pas là, laisse un message sur le répondeur et elle rappelle. »
Satisfaction et plaintes :	Les deux patients se sont déclarés satisfaits de la clinique.



Centre de santé de Rexton

33, rue Main
Rexton (N.-B.)
E4W 0E5
T : 506.523.7940

Type de clinique :
Centre de soins de santé

Profil de la clinique

Le Centre de santé de Rexton est situé au 33, rue Main à Rexton au Nouveau-Brunswick et offre un réseau de services et de programmes visant à favoriser la promotion de la santé et l'éducation à cet égard. Le centre sert les collectivités d'Harcourt, de Pointe-Sapin, de Rexton, de Bouctouche, de Saint-Louis-de-Kent, de Richibucto, de Richibucto-Village, de Sainte-Anne, d'Elsipogtog et d'autres collectivités. Il emploie une équipe d'infirmières et de médecins, qui ont leur cabinet privé sur place.

La clinique compte cinq médecins, et chacun d'entre eux a sa propre secrétaire ou réceptionniste. Elle comprend également deux infirmières, une infirmière auxiliaire autorisée, deux autres réceptionnistes et un assistant de laboratoire pour les analyses de sang. Les médecins offrent leurs services suivant la formule de rémunération à l'acte.

Il n'y a aucun spécialiste du diabète. Tous les médecins tentent d'effectuer un examen complet chaque année, et les infirmières sont formées à cette fin. « *We check everything head to toe.* » (« *Nous vérifions tout, des pieds à la tête.* ») Shelly Jones vient une fois par mois, parfois pour des rendez-vous de groupe et parfois pour des rencontres individuelles.

Mandat de la clinique

La clinique a pour rôle d'éduquer, d'informer et de traiter les gens. Elle se concentre principalement sur la promotion de la santé en général.

Comblent les besoins de la population

Le centre reçoit plus de 37 000 visites de patients par année, ce qui comprend les consultations des médecins et des infirmières. La proportion de ces patients qui est atteinte de diabète est incertaine, car chaque médecin conserve tous ses dossiers. Les appels téléphoniques ne servent qu'à fixer des rendez-vous et non à offrir des traitements.

Le centre a déménagé dans les cinq dernières années et dispose maintenant d'un espace plus grand. Ses activités sont axées sur la santé en général, et il met également en œuvre un programme de lutte contre le tabagisme et un programme de gestion des maladies chroniques appelé *Mes choix – Ma santé*. Les membres d'un club de santé se réunissent tous les vendredis après-midi à la clinique pour discuter principalement du *Guide alimentaire canadien*, de saines habitudes alimentaires et de l'activité physique.

Le choix des soins dispensés à un patient atteint de diabète repose en quelque sorte sur son médecin de famille. Cependant, la plupart des médecins aiguilleront le patient vers Shelly, l'infirmière spécialisée en diabète, ou le centre d'éducation sur le diabète de Sainte-Anne-de-Kent si la personne préfère être servie en français. Une visite habituelle d'un patient commence le matin par une analyse de sang, suivie d'une consultation avec son médecin. Si le patient a plus d'un rendez-vous pendant la journée, on tente de les coordonner en une seule visite. L'infirmière spécialisée en diabète est à la clinique une fois par mois, donc certaines visites sont prévues sans elle et plutôt avec une infirmière non spécialisée en diabète ou le médecin du patient. Une fois par année, le patient fait l'objet d'un examen complet qui comprend : le poids, la taille, l'IMC, l'examen des pieds avec un monofilament, la vérification du taux de glycémie, une consultation sur la mesure du taux de glycémie à la maison et une évaluation de l'activité physique, de l'habitude de fumer, de la consommation d'alcool et du régime alimentaire. Lors de cet examen annuel avec l'infirmière, on demande au patient s'il a consulté un ophtalmologiste et un podiatre, et s'il a été immunisé contre diverses affections (vaccins contre la grippe et la pneumonie). L'immunisation est fournie au besoin. À ce moment, on revoit également la liste des médicaments. Ces renseignements sont consignés dans un dossier aux fins de consultation ultérieure par le médecin. Ces aiguillages sont généralement effectués vers la clinique du diabète et l'hôpital de Moncton.

Formation sur les pompes à insuline :

Aucune formation sur l'utilisation des pompes à insuline n'est offerte.

Sensibilisation au prédiabète et dépistage :

Les antécédents familiaux sont inscrits dans le dossier du patient à des fins de consultation.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Le centre met l'accent sur la santé en général et offre des classes sur la lutte contre le tabagisme et des classes sur les saines habitudes alimentaires. Ces classes s'adressent à tous les patients et non seulement à ceux qui sont atteints de diabète.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le médecin de famille réalise généralement une analyse de sang de routine chaque année.

Tertiaire :

Le médecin et l'infirmière spécialisée en diabète en visite coordonnent les soins dispensés aux patients souffrant de diabète. La gestion des comorbidités est assurée pendant les visites normales.

Équipe de la clinique

Le médecin généraliste du patient coordonne les soins et se charge d'aiguiller le patient vers les spécialistes nécessaires. L'infirmière spécialisée en diabète visite la clinique une fois par mois.

Équipe à l'interne :

La clinique compte cinq médecins, et chacun d'entre eux a sa propre secrétaire ou réceptionniste. Les patients consultent généralement leur propre médecin. De plus, le centre comprend deux infirmières, une infirmière auxiliaire autorisée, deux autres réceptionnistes et un assistant de laboratoire pour les analyses de sang.

Équipe à l'extérieur :

Shelly Jones, infirmière spécialisée en diabète, visite le centre tous les mois. Les patients sont également aiguillés vers des spécialistes et la clinique de Moncton ou de Sainte-Anne au besoin. Peu de ressources communautaires sont offertes, mais un pharmacien local prévoit consacrer une journée à l'hypertension. Il y a aussi un club de santé.

Structure de l'équipe :

Chaque médecin agit comme coordonnateur pour chacun des patients.

Qualifications et formation des membres de l'équipe :

Tous les membres de l'équipe ont des qualifications professionnelles, et l'infirmière spécialisée en diabète en visite chaque mois est une éducatrice agréée en diabète. Les autres formations sont pour la plupart dispensées par un des médecins au centre. Il devient cependant de plus en plus difficile de se rendre aux conférences.

Lignes directrices :

On suit les modèles élaborés par la D^{re} Mélanie Arsenault. Ces modèles sont plus détaillés que ceux qui sont utilisés par la province du N.-B.

Communication :

On communique par courriel ou dans le cadre de discussions. Il n'y a pas de dossiers électroniques, mais il est possible d'accéder aux dossiers à partir du centre au besoin.

Comorbidités :

Elles sont gérées lors des visites ordinaires au centre.

Autogestion

Rôle du patient :	La clinique sollicite la collaboration du patient, mais si ce dernier ne s'intéresse pas à la gestion de son diabète, les possibilités sont limitées. En règle générale, le médecin rencontre chaque patient tous les trois mois. On encourage le patient à amener leurs résultats de glycémie. Malgré l'existence du programme <i>Mes choix, Ma santé</i> , il est difficile d'éveiller l'intérêt des personnes à l'égard de leur santé, et la clinique a du mal à remplir ses classes.
Rôle de la clinique :	« <i>The more informed they are, the better they are.</i> » (« <i>Le mieux ils seront informés, meilleure sera leur santé.</i> ») Le centre éduque ses patients en ce qui touche les glucides et la façon de vérifier leur taux de glycémie et leurs pieds. L'objectif est d'aider le patient à gérer son diabète par lui-même.
Principaux services offerts :	L'immunisation est un des importants services offerts par le centre.
Proportion des patients contrôlés :	Il est très difficile de connaître le nombre de patients qui gèrent leur diabète par eux-mêmes, car chaque médecin a établi sa propre clientèle.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :	Il n'y a aucun service de soins des pieds autre que ceux qui sont offerts par les infirmières lors de l'examen annuel ainsi que par les médecins et infirmières dans le cadre des visites normales.
Temps d'attente :	Le centre est ouvert tous les jours, de 7 h 30 à 16 h. Le temps d'attente pour un rendez-vous varie selon le médecin. Le temps d'attente pour certains médecins peut aller jusqu'à deux semaines, alors que d'autres médecins peuvent recevoir le patient le même jour. Le temps d'attente moyen est de 6,5 jours. Les rendez-vous manqués ne constituent pas un grand problème. Il y a environ 23 à 25 personnes par mois qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.
Méthodes d'offre de service :	Les rendez-vous ont lieu en personne. Il est possible de prendre rendez-vous par lettre ou par téléphone. La clinique tente de faire un rappel téléphonique la journée qui précède le rendez-vous du patient. Certains services comme la vérification de la pression artérielle ne nécessitent pas de rendez-vous.
Distances :	La plupart des patients se trouvent à une demi-heure de voiture du centre. Aucun transport public n'est assuré dans le secteur. La clinique n'offre pas de services à distance, à l'exception de la vaccination antigrippale dans les foyers de soins spéciaux.
Dépenses :	Les bandelettes d'analyse représentent la dépense la plus couramment mentionnée en ce qui a trait à la difficulté d'assumer les coûts liés au diabète. Le stationnement est gratuit pour les personnes qui se rendent au centre.

Comblen les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique sait si les patients reçoivent de bons soins en vérifiant leur taux d'A1c lors de leurs rendez-vous de suivi. On estime que les patients mentionneront leur mécontentement s'il y a lieu, et la clinique a effectué une enquête sur la satisfaction des patients il y a environ un an.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

L'accès est possible en fauteuil roulant.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :

La patiente visite la clinique depuis plus de onze ans.

Évaluation du service :

9 sur 10. « *They are super, very kind ... they will do their best.* » (« *Ils sont excellents et très aimables... ils font toujours de leur mieux.* »)

Rôle du patient et de la clinique :

La patiente estime que son rôle est de gérer son diabète : « *It's my role to take care of it, it's all on me, but it is great to have the clinic support.* » (« *C'est mon rôle d'en prendre soin, cette responsabilité ne revient qu'à moi seule, mais j'apprécie énormément de bénéficier du soutien de la clinique.* »). Elle décrit la clinique en disant : « *My therapist, they are my backbone. They understand and I don't know what I would do without them* » (« *Ils agissent comme mon thérapeute, ma colonne vertébrale. Ils comprennent, et je ne saurais pas quoi faire sans eux.* »)

Éducation auprès des patients :

La patiente est satisfaite de l'ensemble du travail d'éducation de la clinique. « *They make time for you, they can book you 30 min before or after your appointment to answer any of your questions.* » (« *Ils prennent le temps nécessaire et peuvent vous consacrer 30 minutes avant ou après votre rendez-vous pour répondre à toutes vos questions.* »)

Accessibilité :

La patiente habite à environ 10 à 15 minutes de la clinique et croit que l'emplacement est très pratique.

Dépenses :

« *Diabetes is very expensive... my test-strips, my medication, my shows, are very costly.* » (« *Le diabète est une maladie très coûteuse... mes bandelettes d'analyse, mes médicaments et mes visites chez le médecin me coûtent très cher.* »)

Satisfaction et plaintes :

La patiente n'a aucune plainte à formuler au sujet de la clinique et semble très satisfaite. « *They listen and they are there for you.* » (« *Ils sont à l'écoute et sont là pour vous.* »)



Centre de santé de Petitcodiac

32, avenue Railway

Petitcodiac (N.-B.)

E4Z 6H4

T : 506.756.3400

Type de clinique :

Centre de santé communautaire

Profil de la clinique

Le Centre de santé de Petitcodiac compte trois médecins de famille en pratique privée qui voient des patients sur rendez-vous. Un des médecins accepte les aiguillages obstétricaux pour celles qui choisissent de recevoir des soins prénatals dans leur propre collectivité. Une éducatrice spécialisée en diabète (Shelly Jones) y dispense des services chaque vendredi. On y retrouve également des diététistes qui viennent de Moncton une fois par mois pour voir des patients. Comme d'autres centres, le Centre de santé de Petitcodiac voit des patients souffrant de divers problèmes et non uniquement des patients souffrant du diabète.

L'éducatrice spécialisée en diabète dispense ses services au centre depuis cinq ou six ans. Avant cela, les gens devaient se rendre à Moncton. Maintenant, les nouveaux patients atteints du diabète sont vus pour la première fois à Moncton, puis sont vus par la suite par Shelly dans le cadre de cours. On est sur le point de se munir d'équipement de vidéoconférence pour les cours.

Le médecin et l'éducatrice spécialisée en diabète sont responsables des soins administrés aux patients. Les patients atteints du diabète subissent des analyses sanguines de routine tous les trois mois. « *We do ask when did you last see an eye doctor, when did you last have your feet checked – little bit of a reminder and push.* » (« *Nous demandons au patient de nous indiquer quand il a consulté un ophtalmologiste pour la dernière fois et quand il a fait examiner ses pieds pour la dernière fois, cela sert à la fois de rappel et d'incitation.* »)

Le centre est situé au 32, avenue Railway, à Petitcodiac, au N.-B., et des services de soins infirmiers sans rendez-vous sont disponibles du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. Ce centre dessert les régions de Petitcodiac, Sussex, Havelock et Elgin, et compte un certain nombre de patients venant de Moncton.

Mandat de la clinique

L'éducation est l'élément le plus important. L'accent est mis sur encourager l'autogestion.

Comblent les besoins de la population

L'éducatrice spécialisée en diabète se présente tous les vendredis et voit de six à sept patients. S'il y a une demande pour plus de visites, l'après-midi sera réservé également. Le centre reçoit environ 400 patients atteints du diabète. Le service est offert en personne et parfois par téléphone. L'éducatrice spécialisée en diabète a suscité des commentaires très élogieux, on constate « *a whole different outlook from patients* » (« *une toute nouvelle attitude de la part des patients* ») depuis son arrivée.

Compte tenu d'où est situé le centre, la plupart des patients sont plus âgés et viennent de régions rurales. On a noté récemment la visite de patients plus jeunes.

Formation sur l'utilisation de la pompe à insuline :

Des services d'éducation sur le diabète et l'utilisation de la pompe à insuline sont offerts, mais uniquement par l'éducatrice spécialisée en diabète. Si on le lui demande, le patient répondra que de la formation est offerte.

Éducation sur le prédiabète et dépistage du prédiabète :

Le centre n'offre pas de services d'éducation sur le prédiabète ni de dépistage du prédiabète.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Le centre compte deux diététistes, et les médecins aiguillent des patients vers les diététistes, ce qui peut être considéré comme des soins primaires. Le travail se fait principalement au niveau de soins tertiaire. S'il arrive que des patients manquent d'insuline ou n'aient pas les fonds nécessaires pour s'en procurer, le centre en a toujours sous la main.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Ces services sont offerts par l'entremise des diététistes.

Tertiaire :

Comme dans la plupart des cliniques, on se consacre principalement aux patients qui ont déjà reçu un diagnostic de diabète. Le médecin et l'infirmière visiteuse spécialisée en diabète sont au centre des soins prodigués aux patients en matière de diabète. Les comorbidités sont traitées pendant les visites normales.

Équipe de la clinique

Le médecin généraliste du patient est le point de référence des soins, et c'est lui qui aiguille le patient vers les spécialistes requis. L'infirmière spécialisée en diabète vient au centre une fois par semaine et est considérée comme faisant partie de l'équipe à l'interne, et on la considère actuellement comme la coordonnatrice en matière de diabète.

Membres de l'équipe à l'interne :

Trois médecins et une infirmière. Une diététiste visite le centre une fois par mois et une éducatrice spécialisée en diabète le visite une fois par semaine. Elles voient de trois à quatre patients par visite. Le centre dispose également d'un laboratoire pour les analyses sanguines. Il y a peu ou pas de chevauchements des rôles entre les membres de l'équipe encore que, si un cas est urgent et que la personne ne peut pas attendre d'obtenir un rendez-vous avec l'éducatrice spécialisée en diabète, elle sera vue par l'infirmière et par un médecin (si nécessaire) afin de l'aider en attendant d'obtenir un rendez-vous.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

Shelly Jones, une infirmière spécialisée en diabète, visite le centre une fois par semaine, mais dans ce cas, on constate qu'elle est considérée comme un membre de l'équipe à l'interne plutôt que de l'équipe à l'extérieur. Les patients sont aiguillés vers les spécialistes par les médecins, mais sont parfois incités de le faire par l'éducatrice spécialisée en diabète ou l'infirmière du centre. Une infirmière de l'organisme VON prodigue les soins des pieds.

Structure de l'équipe :

Chaque médecin est vraiment le coordonnateur des soins de ses patients, même s'il est clair que l'éducatrice spécialisée en diabète joue également un rôle important au centre.

Formation et compétences de l'équipe :

Ce sont tous des professionnels spécialement formés. Il n'y a pas de conférence ni de formation supplémentaire de prévues, mais on sentait qu'une demande de formation supplémentaire serait appuyée.

Lignes directrices :

L'éducatrice spécialisée en diabète utilise la documentation et les formulaires qui appuient les lignes directrices.

Comorbidités :	Elles sont traitées durant les visites normales effectuées au centre.
Communication :	L'ensemble du personnel se trouve dans le même bâtiment ce qui facilite la discussion. S'il y a des problèmes avec un patient en particulier, on recommandera des mesures appropriées, on l'encouragera à voir le médecin plus fréquemment et on ajustera sa médication au besoin. Tout le personnel utilise le même système de tenue de dossiers sur support papier. Il y a certains dossiers électroniques, mais ils ne sont pas organisés dans un seul et même système.

Autogestion

Rôle du patient :	Le personnel de la clinique travaille dans l'espoir que les patients assumeront la responsabilité de leurs soins.
Rôle de la clinique :	Le rôle du centre et le rôle de Shelly (l'éducatrice spécialisée en diabète) sont fortement liés. Shelly offre des cours sur une saine alimentation et des cours d'exercices. Le centre lui-même offre des brochures sur une alimentation saine, le Guide alimentaire canadien et des choix d'exercices physiques. Si les patients ont besoin de conseils, si c'est urgent, l'infirmière prendra le temps de s'asseoir avec eux. Si cela ne règle pas le problème, on aiguille le patient vers le médecin en attendant un rendez-vous avec Shelly. Il n'y a pas de contrats écrits conclus avec les patients.
Principaux services offerts :	Des services peuvent être offerts dans la collectivité grâce aux efforts de l'éducatrice spécialisée en diabète et des diététistes. « <i>Travel to Moncton is bad and parking at the Moncton Hospital is difficult. If the Educator or Dietitian sees something that needs to be looked at, they are there with the doctor and can often get them in.</i> » (« Il est difficile de se déplacer jusqu'à Moncton et de stationner à l'Hôpital de Moncton. Si l'éducatrice ou la diététiste constate qu'il y a quelque chose qui doit être examiné de plus près, le médecin n'est pas loin et on peut le faire venir. »)
Proportion des patients contrôlés :	De 60 à 65 % des patients se portent bien en ce sens qu'ils essaient vraiment et font de leur mieux, et lorsqu'on les revoit, on constate des améliorations. On peut savoir quand quelqu'un se porte bien grâce à ses analyses sanguines et également lorsqu'il y a peu de complications.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Services manquants :	On est d'avis que Shelly pourrait mieux répondre à cette question.
Hôpital :	Le personnel du centre ne voit pas de patients à l'hôpital.
Temps d'attente :	Le centre est ouvert de 8 h 30 à 16 h 30 tous les jours. Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous varie selon le médecin, mais il est possible d'obtenir un rendez-vous avec Shelly au bout d'une à deux semaines. Les cas de non-respect des rendez-vous avec la diététiste soulèvent davantage de problèmes, cela est peut-être attribuable au fait que ces rendez-vous sont pris au nom du patient, parce que le médecin veut que le patient voie la diététiste. Les appels de rappel de rendez-vous sont effectués la veille des rendez-vous. Il semble y avoir une bonne adéquation entre la demande et l'offre en ce sens que l'éducatrice spécialisée en diabète fait le plein de rendez-vous, mais les gens en attente d'un rendez-vous sont peu nombreux.

Méthodes d'offre de service :	Les consultations se font généralement en personne.
Distances :	La plupart des patients habitent de 30 à 40 minutes du centre. Il n'y a pas de service de transport en commun, mais le stationnement est gratuit.
Dépenses :	L'abordabilité ne semble pas poser trop de problèmes, et il n'y a que quelques personnes inscrites à un programme de compassion.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	Le personnel sait si les patients reçoivent des soins appropriés lorsqu'ils se présentent à leur rendez-vous de suivi. Il le sait également par le taux d'A1c du patient. Le personnel vérifie s'il y a de quelconques complications.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	Le personnel est bilingue, et on ne sent pas que les problèmes d'alphabétisation sont courants.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Le patient visite la clinique depuis dix ans.
Évaluation du service :	Le patient a attribué la note de 9 à 10 sur 10. « <i>I trust them and they care about me.</i> » (« <i>Je leur fais confiance, et ils se soucient de moi.</i> »)
Rôle du patient et de la clinique :	Le patient estime que son rôle est de prendre en main sa propre santé. Le rôle du personnel de la clinique est de surveiller le patient. Il considère la relation qu'il entretient avec la clinique comme une relation de partenariat.
Éducation auprès des patients :	Le patient est allé à la clinique de Moncton pour participer à des cours de groupe.
Accessibilité :	Le patient habite à 7 à 10 minutes du centre et trouve son emplacement pratique.
Dépenses :	Le patient est assuré par le Régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
Satisfaction et plaintes :	« <i>The clinic never had a survey (for me to answer) but I feel that if I had a problem I could let them know.</i> » (« <i>La clinique n'a jamais mené de sondage [auquel j'ai été invité à répondre], mais j'ai le sentiment que si j'avais un problème, je pourrais leur en parler.</i> »)



Centre de santé de Fundy

34, rue Hospital
Black's Harbour (N.-B.)
E5H 1K2
T : 506.456.4200

Type de clinique :
Centre de santé

Profil de la clinique

Le Centre de santé de Fundy est situé au 34, rue Hospital, à Black's Harbour. La clinique dessert le comté de Charlotte, la région située entre Saint John et les îles de la baie de Fundy (Grand Manan, Deer et Campobello). La clinique existe depuis six ans. Au cours des cinq dernières années, les taux d'aiguillage ont augmenté, et la seule infirmière praticienne est d'avis que les médecins envoient tous leurs patients atteints du diabète au centre pour qu'ils reçoivent des services concernant l'éducation sur le diabète, la motivation liée au mode de vie, la nutrition et l'exercice, l'examen de la médication et les modifications d'ordonnances, le début d'un traitement à l'insuline, la sensibilisation à l'insuline, les aiguillages et les cliniques de soins des pieds.

Mandat de la clinique

La clinique n'a pas de mandat particulier, mais elle essaie d'offrir le maximum de services, parce qu'elle est située dans une région rurale à faible revenu où il n'y a pas de moyens de transport en commun, et à environ 1 heure de distance d'un grand centre.

Comblar les besoins de la population

La clinique compte actuellement plus de 400 patients et reçoit jusqu'à 12 patients par jour; de 3 à 5 de ces patients visitent la clinique uniquement pour des problèmes liés au diabète. Le personnel de la clinique effectue également de 5 à 20 consultations téléphoniques chaque jour.

La clinique dessert une population rurale, à faible revenu, constituée de cols bleus peu scolarisés. La clinique collabore avec le Programme extra-mural parce qu'elle dessert deux îles, qui obligent les patients à prendre le traversier pour se rendre à la clinique. Les patients de l'île de Campobello doivent traverser aux États-Unis pour se rendre à la clinique.

Tous les patients de la clinique ont des comorbidités.

Les recommandations de nouveaux patients arrivent par télécopieur ou par la poste, puis on communique avec le patient pour fixer un rendez-vous. Les patients peuvent également s'inscrire eux-mêmes à la clinique. Les nouveaux patients souffrant du diabète sont invités à participer à un cours de huit heures qui inclut une visite à l'épicerie. Des cours de groupe sont dispensés tous les trois mois à l'extérieur, car la clinique ne dispose pas d'une salle de conférence.

Après les consultations initiales, les patients atteints du diabète retournent généralement à la clinique quatre fois par année.

L'infirmière praticienne a récemment commencé à offrir une formation sur la façon d'utiliser la pompe à insuline et travaille en vue d'obtenir son agrément à titre d'éducatrice, ainsi les patients ne seront plus obligés de se déplacer pour autant de suivis.

Niveaux de prévention

Les services de la clinique pour chaque niveau de prévention varient et sont très individualisés.

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique offre de l'information sur le prédiabète aux médecins de famille qui font du dépistage préliminaire de leurs patients. L'infirmière praticienne de la clinique fait du dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle à la pharmacie et aux usines de transformation du poisson locales. En collaboration avec un diététiste, l'infirmière praticienne assure la prestation d'un programme de douze semaines en matière d'éducation sur la nutrition et le mieux-être; toutefois, le manque d'espace restreint le nombre de participants à 7.

**Secondaire
(dépistage et
diagnostic précoce) :**

La clinique offre des services de contrôle de la pression artérielle, des examens des pieds, des analyses d'urine et de la fonction thyroïdienne, des évaluations de la dépression et de la motivation, des examens médicaux, fait de l'aiguillage au besoin et offre des conseils sur la nutrition et l'exercice physique, et sur l'utilisation de l'insuline et de la pompe. L'infirmière praticienne s'occupe également du démarrage et du renouvellement des ordonnances.

Tertiaire :

La clinique n'a pas de patients hospitalisés, mais voit certains patients du Programme extra-mural.

Assurer le suivi :

Lorsque des patients sont aiguillés vers un spécialiste, le personnel de la clinique reste en contact avec eux pour s'assurer qu'ils obtiennent un rendez-vous. Les résultats sont inscrits dans leur dossier et le personnel assure un suivi auprès des patients à leur prochaine visite.

Équipe de la clinique

**Membres de
l'équipe à l'interne :**

Une infirmière praticienne qui travaille à temps plein; une moitié de sa pratique est consacrée aux soins primaires et l'autre moitié est consacrée uniquement au diabète et aux maladies chroniques.

**Membres de
l'équipe à l'extérieur :**

L'équipe travaille en collaboration avec une diététiste volante qui vient à la clinique une fois par semaine, ainsi qu'avec une infirmière autorisée qui s'occupe des soins des pieds.

**Structure
de l'équipe :**

Le personnel de la clinique ouvre un dossier pour chaque patient qui vient à la clinique et une secrétaire procède à la vérification du dossier, qui est remis au gestionnaire des installations. L'infirmière praticienne traite les patients qui se présentent à la clinique et envoie une consultation officielle à leur médecin de famille. Si les patients n'ont pas de médecin de famille, l'infirmière praticienne les accepte habituellement comme patients.

Comorbidités :

La clinique fait de l'aiguillage vers des spécialistes au besoin, notamment auprès d'endocrinologues, d'ophtalmologistes, de spécialistes de la lutte contre les infections et de praticiens de la santé mentale.

Autogestion

Rôle du patient :

Le personnel de la clinique estime que le rôle du patient est d'obtenir de l'information, de poser des questions s'il ne comprend pas, de s'assurer de faire faire ses analyses de sang, de faire de l'exercice et de manger sainement. Le rôle du personnel de la clinique est de les motiver, d'agir comme ressource dans tous les domaines liés à la santé et de s'assurer qu'ils obtiennent l'aide dont ils ont besoin.

La clinicienne conclut parfois des contrats verbaux ou écrits avec les patients, mais elle est si occupée qu'elle a maintenant recours à un carnet « d'ordonnances » d'exercices et de nutrition pour démontrer que l'exercice physique et la nutrition sont aussi importants que les médicaments.

La clinique doit composer avec beaucoup de cas de non-respect des rendez-vous au cours du mois de décembre, lorsqu'il fait chaud et les jours fériés. Le personnel de la clinique effectue des appels de rappel de rendez-vous auprès des patients.

Relation entre les professionnels et les patients :

Le personnel de la clinique considère les professionnels et les patients comme une équipe, il est d'avis que les relations à la clinique sont solides et que les patients sont réceptifs aux suivis.

Éducation auprès des patients :

L'objectif de la clinique en matière d'éducation est d'aider les patients à parfaire leur éducation sur le diabète afin qu'ils puissent bien le gérer. On offre aussi une formation pour les patients qui commencent l'utilisation de l'insuline et sur les modifications des doses d'insuline.

Principaux services offerts :

La clinique offre des consultations individuelles, des cours de groupe, des activités de sensibilisation dans certaines pharmacies, une foire sur la santé et le mieux-être, et sert de ressource pour la collectivité dans tous les domaines liés au diabète.

Proportion des patients contrôlés :

L'infirmière praticienne compte des « *great compliant patients, but others I can talk to until I am blue in the face and can't get through until something bad happens. I always refer those patients to see an endocrinologist because hearing the same advice from different health care professionals may help them realize their diabetes is serious.* » (« patients qui se conforment très bien à leur traitement, et d'autres à qui je peux parler jusqu'à en perdre haleine et pour lesquels je ne peux obtenir de collaboration jusqu'à ce que quelque chose de fâcheux se produise. J'aiguille toujours ces patients vers un endocrinologue, parce qu'entendre les mêmes conseils donnés par des professionnels de la santé différents peut les aider à réaliser que leur diabète est un problème de santé grave. »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 8 h 30 à 16 h 30 du lundi au vendredi.

Services manquants :

Les ressources étant limitées, la demande de services dépasse le nombre de consultations disponibles.

Temps d'attente :

Les nouveaux patients attendent d'une à quatre semaines, sauf dans les cas urgents; les rendez-vous de suivi on lieu en dedans d'une semaine; les rendez-vous sont fixés selon la nécessité; des consultations de routine ont lieu tous les trois mois dans le cas de l'ensemble des patients de la clinique.

Les patients sans rendez-vous sont habituellement accommodés avant les heures d'ouverture de la clinique, pendant l'heure du dîner ou à la fin de la journée. Le temps d'attente pour les patients avec rendez-vous est en moyenne de 10 minutes; et le temps d'attente le plus long est de 30 minutes.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts en personne, par téléphone et par courriel.

Distances :

Le temps de trajet des patients qui habitent le plus loin est de 60 minutes, et le temps de trajet moyen est de 20 minutes. La région n'est pas desservie par les transports en commun, mais il y a un service de covoiturage.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La plupart des patients sont extrêmement satisfaits des services offerts par la clinique du diabète; la clinique a effectué des évaluations dont les résultats le confirment. Il n'y a eu que deux plaintes non officielles.

Élément particulier à cette clinique :

Grâce à la présence d'une infirmière praticienne : « *Things are done in timely fashion. I do not have to call and wait for orders from a family doctor. As a nurse practitioner I can change medications, order tests, write prescriptions and refer patients to specialists; family doctors rely on me as a diabetes expert/resource. Because I am a jack of all trades, I can get patients started in the way that they want to go. I work in close partnership with pharmacists and dieticians; we are a team even though we are not under one roof.* »

(« *Les choses sont faites en temps opportun. Je n'ai pas à téléphoner et à attendre de recevoir les ordres d'un médecin de famille. En tant qu'infirmière praticienne, je peux faire des changements de médicaments, demander des analyses, rédiger des ordonnances et aiguiller des patients vers des spécialistes; les médecins de famille me font confiance comme ressource experte du diabète. Comme je suis une touche-à-tout, je peux commencer à travailler avec les patients de la façon qui leur convient. Je travaille en étroite collaboration avec les pharmaciens et les diététistes; nous formons une équipe même si nous ne travaillons pas sous le même toit.* »)

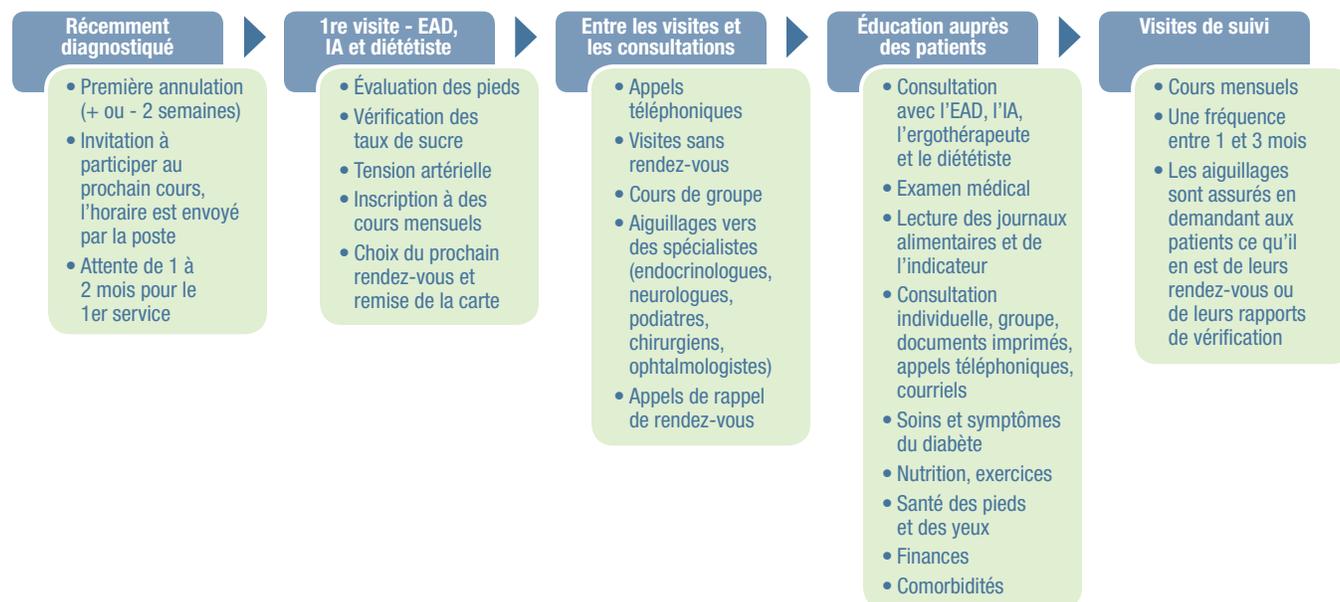
Prise en compte des besoins spéciaux :

Même si la clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant, l'infirmière praticienne doit voir les patients en fauteuil roulant dans l'espace clinique parce que son bureau est petit. Il y a des mains courantes installées sur tous les murs. Le personnel de la clinique aide et escorte les patients ayant une déficience visuelle, des sonnettes d'appel sont installées dans le bureau de la clinicienne, et les aidants peuvent accompagner les patients dans le bureau.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

La clinique voit de nombreux immigrants qui travaillent à l'usine de transformation du poisson et qui ne parlent pas du tout anglais. Même si la clinique dispose d'un programme informatisé pour l'aider avec la traduction, son utilité est limitée si le patient n'est pas familier avec l'informatique. La clinique met à la disposition des patients des brochures publiées dans plusieurs langues et encourage les patients à se faire accompagner d'un interprète. Pour remédier aux problèmes d'alphabétisation, la clinique adapte sa documentation en fonction de la capacité de lecture des patients et utilise des aides visuelles.

Rétroaction des patients



Visites à la clinique :

Le patient visite la clinique régulièrement depuis huit ans.

Évaluation du service :

La note de 10 sur 10 a été attribuée. « When I go in they take me right away, go over everything and we talk about the next time. I just started to use my pump and we make adjustments. It is really good care. » (« Lorsque je me présente à la clinique, ils me passent tout de suite, on fait un bilan complet et on parle du prochain rendez-vous. Je viens juste de commencer à utiliser une pompe et on fait des ajustements. J'obtiens de très bons soins. »)

Rôle du patient et de la clinique :

Le patient considère que son rôle est de vérifier régulièrement son taux de sucre dans le sang et de téléphoner à la clinique tous les matins pour obtenir des instructions sur la façon d'ajuster sa pompe. Le rôle de la clinicienne est de prendre des décisions concernant les médicaments et de guider le patient dans l'utilisation de sa pompe.

Éducation auprès des patients :

Le patient est renseigné sur la façon d'utiliser la pompe et apprend du diététiste comment compter les glucides.

Accessibilité :

Le patient habite à seulement vingt minutes en voiture de la clinique. Le patient a pleinement confiance dans la capacité de la clinicienne de répondre rapidement à toute préoccupation. « *If I leave a message, she calls back as soon as she can. I have no concerns; I could get looked at that day for an urgent issue.* » (« *Si je laisse un message, elle me rappelle dès qu'elle le peut. Je n'ai pas de souci à me faire; je peux me faire examiner le jour même si j'ai un problème urgent.* »)

Dépenses :

Le patient n'a jamais eu de dépenses supplémentaires autres que celles consacrées au rendez-vous annuel à Saint John.

Satisfaction et plaintes :

Le patient est clairement extrêmement satisfait des services offerts à la clinique. « *I know them and they know me and that makes it easier to talk to them. I hope they don't ever close that clinic in Black's Harbour.* » (« *Je les connais et ils me connaissent, il est donc plus facile de leur parler. J'espère qu'ils ne fermeront jamais cette clinique à Black's Harbour.* »)



Centre de santé de Fredericton Junction

233, promenade Sunbury
Fredericton Junction (N.-B.)
E5L 1S1
T : 506.368.6501

Type de clinique :
Centre de santé

Profil de la clinique

La clinique est située au 233, promenade Sunbury, Fredericton Junction (N.-B.). La clinique dessert des patients à Fredericton Junction, à Tracy, à Tracyville, à Beaverdam, à Geary, à Hoyt, à Wirral et à Oromocto. Le Centre de santé existe depuis trente-neuf ans. Au fil du temps, la clinique s'est transformée pour passer d'un cabinet de médecin à un centre de santé et prévoit devenir éventuellement un centre de santé communautaire. La clinique du diabète au Centre de santé a commencé ses activités il y a environ quatorze ans.

Mandat de la clinique

La clinique suit les pratiques exemplaires énoncées par le Réseau de santé Horizon.

Comblent les besoins de la population

La clinique compte 210 patients inscrits sur sa liste de rappel et a eu 7 000 visites de patients en 2012. Le personnel de la clinique voit environ huit patients atteints de diabète par semaine et traite environ cinq appels téléphoniques de patients atteints du diabète par semaine.

La clinique dessert une collectivité rurale dont la population est plus âgée et a généralement un revenu et un niveau d'éducation peu élevés. La région dispose de quelques magasins et n'a pas de pharmacie locale, le transport est donc un problème lorsque les patients ont besoin de se procurer des médicaments.

Même si la clinique suit un modèle de centre de santé, il n'y a qu'un médecin, et les membres de la collectivité continuent de considérer la clinique comme un cabinet de médecin où ils ne se présentent que lorsqu'ils sont malades. « *The community doesn't know what we do or can do.* » (« *La collectivité ne sait pas ce que nous faisons ou pouvons faire.* »)

Quatre-vingt-quinze p. 100 des patients de la clinique ont des comorbidités.

Les recommandations de nouveaux patients arrivent par la poste en provenance des cabinets d'autres médecins. Un rendez-vous est ensuite fixé pour permettre au patient de voir une infirmière autorisée et une diététiste pendant environ une heure pour chacune. Si les taux HbA1c sont au niveau visé, les patients sont vus environ deux fois par année et plus souvent si nécessaire.

Les services de la clinique dispensés aux patients atteints du diabète comprennent des séances d'éducation individuelle, des cours et des séances communautaires sur l'alimentation et l'exercice physique. Tous les patients souffrant du diabète de la clinique sont atteints du diabète de type 2. Les patients atteints de diabète de type 1 et de diabète gestationnel sont dirigés ailleurs.

La clinique ne dispense pas d'enseignement lié à l'utilisation de la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Le dépistage du prédiabète est effectué une fois par année au cours du mois de l'anniversaire des patients.

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique offre des programmes éducatifs, de dépistage et de promotion de la santé.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

Le personnel de la clinique effectue des vérifications de la glycémie, des changements de pansements, des évaluations des pieds, donne des cours sur la tension artérielle et fait de la sensibilisation sur l'ostéoporose, l'abandon du tabac, l'alimentation saine et la pratique d'activités saines.

Tertiaire :

La clinique ne voit pas de patients hospitalisés.

Assurer le suivi :

Lorsque des patients sont aiguillés vers un spécialiste, les résultats sont inscrits au dossier du patient. Comme Fredericton Junction est une région rurale, les spécialistes les plus proches se trouvent à Fredericton ou à Saint-John.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Un médecin, deux infirmières autorisées, une diététiste (deux fois par mois) et une infirmière praticienne (une fois par mois). L'infirmière rencontre tous les deux mois les membres du Comité régional sur le diabète.

Structure de l'équipe :

Les membres du personnel relèvent du médecin pour les questions médicales et de l'infirmière gestionnaire pour les questions relatives à la gestion et aux programmes.

Autogestion

Rôle du patient :

La clinique met actuellement de plus en plus l'accent sur l'autogestion en travaillant avec les patients à l'établissement d'objectifs. « *We are here to help, but they are in charge.* » (« *Nous sommes ici pour les aider, mais ce sont eux qui ont la responsabilité de leur santé.* »)

Environ un huitième des rendez-vous de la clinique ne sont pas respectés. Le personnel de la clinique n'effectue pas d'appels de rappel de rendez-vous.

Relation entre les professionnels et les patients :

Les patients se sentent très à l'aise avec le personnel de la clinique. « *I think it's a good relationship, but sometimes they depend on us more than they need to. I think they depend on us because they don't feel as competent as they could.* »

(« *Je pense que nous avons une bonne relation, mais parfois ils dépendent de nous plus qu'ils ne le devraient. Je pense qu'ils dépendent de nous parce qu'ils ne se sentent pas aussi compétents qu'ils pourraient l'être.* »)

Éducation auprès des patients

L'objectif de la clinique avec les patients atteints de diabète est de prévenir les complications et de les aider à vivre plus longtemps et plus sainement. La clinique a recours à une combinaison de consultations directes, de supports imprimés et de cours, et utilise des aides visuelles comme des dessins et des diapositives PowerPoint. Les patients qui sont familiers avec l'ordinateur peuvent être orientés vers des sites Web pertinents. Les membres du personnel de la clinique font des activités continues de sensibilisation au sein de la collectivité, comme des interventions dans le cadre de programmes de sensibilisation des jeunes locaux et dans les légions et les écoles locales.

Principaux services offerts :

Parmi les principaux services offerts aux patients atteints du diabète, notons la vérification de la glycémie, la gestion du diabète, l'éducation concernant l'utilisation de l'insuline, des indicateurs de glycémie et des médicaments, les modes de vie sains, et la consultation avec une diététiste, une infirmière ou un médecin.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel de la clinique ne dispose pas de données précises, mais estime que de nombreux patients atteignent leurs objectifs au début, puis dévient. « *They set goals because we ask them to, but they don't do it on their own yet. They know enough to come in when something is off, but not enough to make changes to*

insulin without contacting us. » (« Ils établissent des objectifs parce qu'on leur demande de le faire, mais ils ne le font pas encore de leur propre chef. Ils en connaissent assez pour se présenter ici lorsque quelque chose ne fonctionne pas, mais pas assez pour apporter des ajustements à leur dose d'insuline sans nous contacter. »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Le Centre de santé est ouvert de 9 h à 21 h le lundi, de 8 h à 17 h le mardi, de 9 h à 21 h le mercredi, de 8 h à 16 h le jeudi et de 9 h à 17 h le vendredi. Après les heures d'ouverture, les patients ont accès au service 911 et à l'urgence.

Temps d'attente :

Le temps d'attente pour une première consultation avec une infirmière autorisée est de moins de deux semaines; dans le cas d'une consultation avec la diététiste, le temps d'attente est d'environ un mois. Lors des visites subséquentes, si un patient atteint du diabète constate qu'il a un taux élevé de sucre dans le sang, il peut être vu le jour même. Dans le cas des rendez-vous non urgents, le temps d'attente maximal est de deux semaines.

Les patients sans rendez-vous peuvent attendre de 5 à 60 minutes avant d'être vus. Il n'y a généralement pas d'attente dans le cas des rendez-vous fixés pour voir l'infirmière. Le sondage mené auprès des patients indique qu'il peut y avoir un temps d'attente avant de voir le médecin.

Méthodes d'offre de service :

Les services sont offerts en personne et par téléphone.

Distances :

Le temps de trajet de la plupart des patients qui habitent le plus loin est de 45 minutes, et le temps de trajet moyen est de 15 minutes. La région n'est pas desservie par les transports en commun ni par un service officiel de taxi, mais les patients peuvent parfois se prévaloir des services de voisins pour les conduire à la clinique.

La clinique n'offre pas de services aux patients éloignés.

Comblar les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

La clinique a mené des sondages pour évaluer la satisfaction générale, et ces sondages ont donné des résultats positifs. « *We get positive feedback everywhere we go.* » (« *Nous avons eu des commentaires positifs partout.* »)

Élément particulier à cette clinique :

Comme la clinique est située dans une petite collectivité, le personnel connaît tout le monde et a de multiples contacts avec la plupart de ses patients.

Prise en compte des besoins spéciaux :

Le personnel de la clinique constate qu'un bon nombre de ses patients ont des problèmes d'audition. La clinique est accessible aux personnes en fauteuil roulant. Les patients ayant une déficience visuelle et souffrant de troubles d'apprentissage viennent généralement accompagnés.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Le personnel de la clinique n'a pas eu à traiter de différences linguistiques, n'a pas eu de problèmes liés à des différences culturelles et est rarement confronté à des problèmes d'alphabétisation. Le personnel compte un patient qui éprouve des problèmes d'alphabétisation, et gère le problème au moyen de conversations téléphoniques.

Rétroaction des patients

Visites à la clinique :	Le patient fréquente la clinique depuis treize ans.
Évaluation du service :	La note de 10 sur 10 a été attribuée.
Rôle du patient et de la clinique :	Le patient considère que son rôle est de faire attention à son alimentation et aux glucides et considère que le rôle de la clinique est de cerner les problèmes, trouver des solutions et « suivre » le patient.
Éducation auprès des patients :	La principale source d'information fiable du patient est l'infirmière autorisée de la clinique. Le patient indique également qu'il y a beaucoup de documents imprimés mis à la disposition des patients, et il précise que les patients peuvent également emprunter des livres. Le patient a également participé à des séminaires et a conscience de l'abondance d'information que l'on peut trouver sur Internet.
Accessibilité :	Le patient dispose d'une voiture, et il lui faut environ cinq minutes pour se rendre à la clinique. Le patient mentionne également l'emplacement de la clinique au rez-de-chaussée et le bouton-poussoir qui ouvre automatiquement les portes pour les fauteuils roulants comme des éléments positifs.
Dépenses :	Le patient, qui ne prend pas encore d'insuline, mentionne que les médicaments constituent la principale dépense.
Satisfaction et plaintes :	Le patient est d'avis que les personnes qui travaillent à la clinique en font un endroit « <i>very special, because their concern is genuine and they care about our health</i> » (« <i>très spécial, parce que leur préoccupation est sincère et qu'ils ont notre santé à cœur.</i> ») Le patient exprime aussi des inquiétudes par rapport à ce qui arrivera à la clinique lorsque le médecin actuel prendra sa retraite.



Centre de santé de Chipman

9, impasse Civic
Chipman (N.-B.)
E4A 2H8
T : 506.339.7650

Type de clinique :

Centre de santé

Profil de la clinique

Le Centre de santé de Chipman est situé au 9, impasse Civic, à Chipman. La clinique dispense ses services aux résidents de Chipman, Minto et Grand Lac. La clinique existe depuis trente-huit ans sous diverses formes.

Mandat de la clinique

La clinique calque son mandat et sa mission sur ceux du Réseau de santé Horizon du Nouveau-Brunswick.

Comblent les besoins de la population

Bien que la clinique ne dénombre pas ses patients en fonction d'un diagnostic précis, on croit qu'elle en compte environ 250 présentement qui sont atteints de diabète.

Selon le personnel de la clinique, bon nombre de personnes de sa clientèle ont de la difficulté à surveiller leur glycémie parce qu'elles ne disposent pas d'un plan de médicaments pour personnes âgées ou d'un plan de santé au travail et parce qu'elles n'ont pas les moyens de se procurer des bandelettes d'analyse.

La plupart des patients présentent des comorbidités.

Les nouveaux patients rencontrent un médecin qui leur explique en quoi consistent les résultats d'analyses sanguines et le diagnostic. Le patient est ensuite inscrit au programme de diabète, et il rencontre d'abord une infirmière pour une séance d'éducation, pour être ensuite dirigé vers la diététiste. La clinique effectue des analyses afin d'établir des valeurs de référence et on demande aux patients inscrits au programme de revenir à la clinique tous les quatre mois.

Le personnel de la clinique prend les rendez-vous avec un médecin ou une infirmière et effectue les prises de sang, examine les résultats de laboratoire, dispense le diagnostic, l'éducation sur l'alimentation, les évaluations des pieds, le cardiogramme annuel, et effectue le dépistage de maladies vasculaires périphériques. La clinique organise des séances en groupe, mais son personnel s'est rendu compte qu'elles ne sont pas bien accueillies.

La clinique ne montre pas aux patients comment utiliser une pompe à insuline.

Niveaux de prévention

La clinique fournit des services d'éducation sur le diabète et de dépistage de la maladie.

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique effectue autant de prévention que possible compte tenu de son effectif réduit. On offre des séances de groupe sur l'exercice physique et les changements dans le mode de vie et on vérifie si les personnes ont été vaccinées.

Secondary (screening and early diagnosis):

Bon nombre des activités quotidiennes de la clinique sont de ce type.

Tertiaire :

La clinique n'a pas de patients hospitalisés, mais dispense des soins ambulatoires à certaines personnes dont les maladies peuvent être prises en charge de façon ambulatoire (antibiotiques intraveineux, cellulite) quand les ressources sont suffisantes.

Assurer le suivi :

Quand un patient consulte un spécialiste ou se soumet à une analyse, la clinique vérifie les résultats et en cas de problème, communique avec le patient par téléphone ou fixe un rendez-vous à la clinique.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

L'équipe compte cinq membres dont deux médecins de famille, une diététiste, une infirmière et un autre clinicien.

Co-Morbidities:

Les recommandations de la clinique pour des soins en ophtalmologie et en cardiologie sont les plus fréquentes. D'autres recommandations concernent le tabagisme, l'obésité, l'apnée du sommeil et les problèmes circulatoires.

Autogestion

Rôle du patient :

Le personnel de la clinique considère qu'il incombe au patient de « *putting all the measures in place* » (« *mettre toutes les mesures en place* ») : prendre les rendez-vous de suivi, mettre en pratique les éléments d'éducation que dispense la clinique et effectuer leurs analyses de la glycémie. Le personnel de la clinique considère qu'il lui incombe de rendre les services facilement accessibles et d'être disponibles pour s'assurer que le patient est bien renseigné sur sa maladie.

La clinique compte deux à quatre patients qui ne se rendent pas à leur rendez-vous chaque jour. Compte tenu des ressources limitées, la clinique n'effectue de rappel par téléphone que pour les rendez-vous au service thérapeutique (diététiste).

Relation entre les professionnels et les patients :

Les membres du personnel de la clinique affirment avoir de bons rapports avec leurs patients, mais que certains d'entre eux ne sont pas prêts à faire les changements qui s'imposent après avoir reçu un diagnostic de diabète. « *I think they respect and understand what we have to say, but trying to implement all of those lifestyle changes that come with diabetes can be really difficult.* » (« *Je pense qu'ils respectent ce que nous avons à dire et qu'ils le comprennent, mais il peut être très difficile de mettre en œuvre tous ces changements au mode de vie qu'impose cette maladie.* »)

Éducation auprès des patients :

Le but de la clinique est d'effectuer auprès des patients un travail d'éducation afin que ceux-ci sentent qu'ils ont les connaissances nécessaires pour prendre en charge la maladie. La plupart du temps, ce travail d'éducation se fait sur une base individuelle. Si la clinique organise des séances en groupe susceptibles d'intéresser certains patients atteints du diabète, elle se charge de les inviter.

Principaux services offerts :

La clinique offre des rendez-vous sur une base individuelle et certaines séances en groupe, mais son personnel n'effectue pas de consultations téléphoniques. En général, personne ne se présente à la clinique de son propre chef.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel de la clinique est d'avis que certains patients font un bon travail. D'autres font de leur mieux compte tenu de leurs moyens financiers. Certains patients sont limités par des facteurs qui sont hors de leur contrôle tandis que d'autres ne sont pas prêts à changer leur style de vie.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

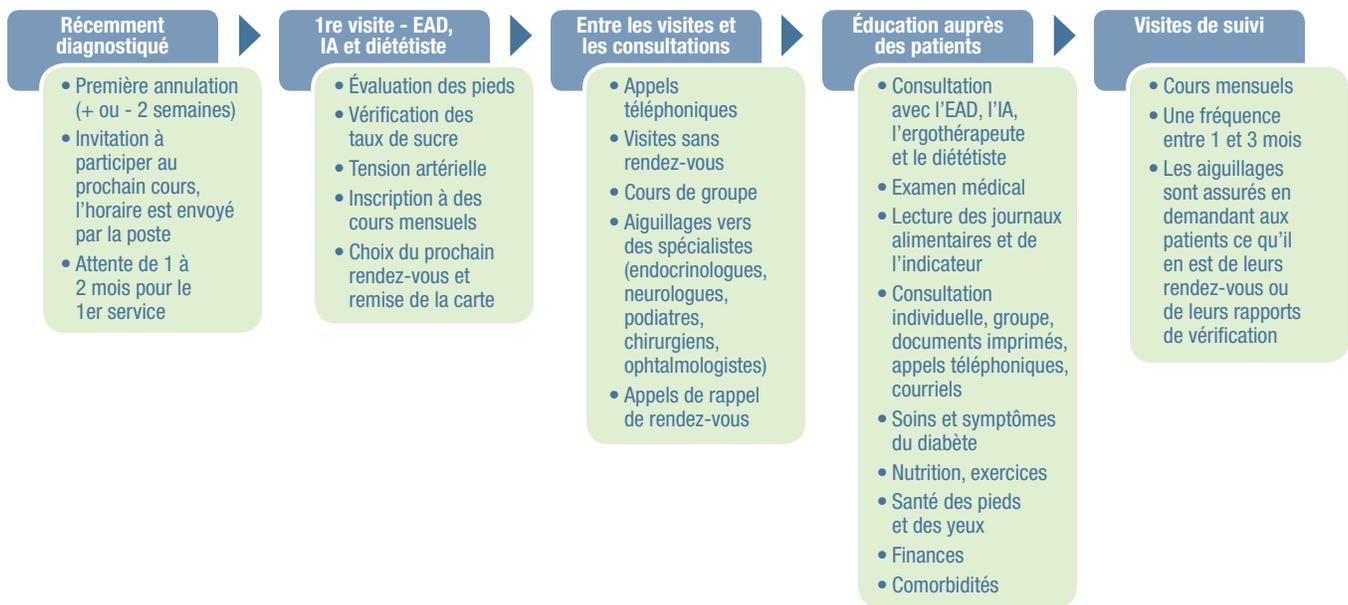
La clinique est ouverte de 8 h à 16 h du lundi au vendredi.

Temps d'attente :	Les patients qui consultent pour la première fois obtiennent un rendez-vous en quelques semaines. Les visites de suivi sont en général fixées tous les quatre mois. Les temps d'attente quand un patient se présente à son rendez-vous peuvent aller jusqu'à 30 minutes.
Méthodes d'offre de service	Services offerts en personne.
Distances :	Les patients les plus éloignés de la clinique mettent une heure pour s'y rendre, en général parce qu'ils ont déménagé et qu'ils ont choisi de ne pas changer de clinique ou parce qu'ils n'ont pas trouvé de nouveau médecin. Le temps moyen de déplacement est de 10 à 15 minutes. Il n'y a pas d'autobus ni de taxi dans le secteur. En général, les patients se rendent à la clinique à pied ou en auto, ou demandent à un membre de la famille ou à un ami de les accompagner en voiture. La clinique n'offre pas de service à distance.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	Bien que la clinique ait mené des sondages sur la satisfaction de la clientèle dans le passé, aucune initiative de ce genre n'a eu lieu récemment. On a parlé de mener un sondage avant que la clinique n'obtienne son accréditation suivante. Selon les commentaires recueillis, les progrès des patients et de l'absence de plainte, on peut en déduire que la clinique répond aux besoins de ses patients.
Élément particulier à cette clinique :	Le fait que la clinique soit d'envergure modeste contribue à son succès. Les cliniciens connaissent très bien tous les patients et leur situation, ce qui leur permet d'intervenir de façon efficace.
Prise en compte des besoins spéciaux :	La clinique est accessible en fauteuil roulant.
Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :	Les différences culturelles et linguistiques ne constituent pas un problème à la clinique. Son personnel s'adapte aux différences dans le taux d'alphabétisation en modifiant ses façons d'enseigner; par exemple, il utilise un document vidéo plutôt que des documents écrits ou exécute une démonstration au lieu de distribuer une brochure.

Rétroaction des patients



Visites à la clinique : Le patient consulte à la clinique depuis trois ans.

Évaluation du service : 10 sur 10.

Rôle du patient et de la clinique : Le patient indique que son rôle consiste à « *look after my feet and try to do what I am supposed to do,* » (« voir à la santé de [ses] pieds et essayer de faire ce [qu'il doit] faire »), tandis que le personnel de la clinique doit veiller à « *seeing signs in my body (especially my feet) that are affected by diabetes* » (« voir les signaux dans [son] corps (en particulier [ses] pieds) qui indiquent la présence du diabète. »)

Éducation auprès des patients : On a offert au patient la possibilité de participer à des séances en groupe, mais il est d'avis qu'on répond bien à toutes ses questions au moment des rendez-vous.

Accessibilité : Ce patient compte sur d'autres personnes pour l'accompagner en voiture au rendez-vous, mais il habite à cinq minutes seulement de la clinique. Il a indiqué que l'accès au stationnement de la clinique et le fait qu'elle se trouve au rez-de-chaussée constituent des avantages pour les patients.

Dépenses : Le patient trouve que le prix des aiguilles, des tampons d'alcool, des médicaments et des « pinces à doigt » est « *overwhelming* » (« exorbitant »), mais, dit-il, « *you don't get upset about it because it's a necessity.* » (« puisque c'est nécessaire, cela ne vaut pas la peine de se fâcher. »)

Satisfaction et plaintes : Le patient est très élogieux par rapport au personnel, en particulier le médecin. « *I can't say enough about my doctor. He says the things you don't want to hear, but in a way that you don't feel bad. He is good at talking and listening.* » (« Je n'ai que des éloges pour mon médecin. Il dit des choses qu'on ne veut pas entendre, mais de façon à ne pas vous heurter. Il est très doué pour parler et écouter. ») La patient souligne également combien le personnel le met à l'aise.



Centre de santé de Harvey

2019, route 3
Harvey Station (N.-B.)
E6K 3E9
T : 506.366.6400

Type de clinique :
Centre de santé

Profil de la clinique

Le centre de santé se trouve dans l'Hôpital communautaire de Harvey au 2019, route 3, Harvey Station, au Nouveau-Brunswick. Le Centre de santé de Harvey dispense des soins primaires, y compris le traitement du diabète, aux habitants des environs du village de Harvey et du Manoir Sutton, soit environ 3 500 personnes. Les soins du diabète à la clinique ont changé au cours des cinq dernières années : on a délaissé les interventions individuelles au profit des séances d'éducation en groupe. C'est une infirmière ou une diététiste qui se charge de l'éducation.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mandat de dispenser des soins primaires dans la circonscription hospitalière de Harvey Station.

Comblent les besoins de la population

Étant donné que le processus d'inscription à la clinique n'établit pas la distinction entre les patients en fonction de leur maladie, on n'a aucun moyen de savoir combien de patients atteints de diabète fréquentent la clinique.

Les clients de la clinique proviennent d'une région très rurale et très étendue. L'âge moyen est de 42 ans et le revenu moyen est juste au-dessous de 50 000 \$ par année. Un pourcentage important des patients sont très instruits et de langue anglaise; 73 % sont issus de la troisième génération. Les gens de la région ont un sentiment d'appartenance à l'égard du centre et considèrent son personnel comme faisant partie de la collectivité; ainsi, ils soutiennent la clinique et ils ont à cœur son succès.

En fonction de leurs besoins, les nouveaux patients atteints de diabète qui ont été dirigés vers la clinique verront d'abord une infirmière ou une diététiste.

La clinique ne montre pas aux patients comment utiliser la pompe à insuline; ceux-ci doivent se rendre à l'hôpital régional D' Everett Chalmers à Fredericton.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

La clinique offre à la fois des services d'éducation sur le prédiabète et de dépistage préliminaire au moyen d'activités de sensibilisation dans la collectivité. Par exemple, on peut installer un appareil mobile dans une banque pour une séance de tests. Le centre retient actuellement les services d'un développeur communautaire pour promouvoir des choix de mode de vie sains à l'intention de différents groupes d'âge.

Secondaire (dépistage et diagnostic précoce) :

La clinique offre des services de prévention secondaire au moyen d'un travail d'éducation et de l'accès à ses services.

Tertiaire :

La clinique ne dispense pas de services liés aux soins tertiaires.

Assurer le suivi :

Si le dispensateur de soins primaires est un médecin du secteur privé, le suivi peut s'avérer difficile parce que la clinique doit obtenir une autorisation pour ce patient en particulier avant de pouvoir consulter le dossier.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

La clinique est composée d'une équipe de neuf membres, y compris une infirmière praticienne, des infirmières autorisées, une infirmière auxiliaire autorisée, un commis, une diététiste. Deux médecins travaillent dans des cabinets privés dans le centre.

Structure de l'équipe :

Le personnel relève du gestionnaire du centre, qui relève à son tour du directeur de la santé communautaire. On compte aussi sur un nouvel éducateur agréé sur le diabète qui relève également du directeur de la santé communautaire.

Comorbidités :

En ce qui concerne les rendez-vous avec des spécialistes, les patients doivent s'adresser ailleurs. La clinique oriente les patients vers des endocrinologues, des ophtalmologistes, des neurologues et des orthopédistes.

Autogestion

Rôle du patient :

Le personnel de la clinique considère que le patient a la responsabilité d'obtenir les services et saisir toutes les occasions qui lui permet d'atteindre ses objectifs. Les praticiens dispensent l'éducation et le soutien nécessaires pour créer un environnement au sein duquel les patients souhaitent obtenir les services qui les aideront à prendre en charge leur santé et leur mode de vie.

Le personnel de la clinique est d'avis que les campagnes promotionnelles portent leurs fruits dans la collectivité. Il y a des patients qui ont «*heard a PSA and want more information to be healthier. It seems the population wants preventative strategies more than before.* » («*entendu un message d'intérêt public et qui désirent être mieux renseignés pour améliorer leur santé. Il semble que la population souhaite recourir davantage qu'auparavant à des stratégies préventives.* »)

Le taux de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous est faible parce que la clinique a recours à des rappels par téléphone et donne des cartes de rendez-vous pour certains de ses services.

Relation entre les professionnels et les patients :

Étant donné que la plupart des patients du centre ont vécu toute leur vie dans la région, ils connaissent les praticiens autrement que par le truchement de la clinique et ils ont constamment accès à ces personnes. Cette proximité a pour effet à la fois de faciliter et de compliquer la relation entre le professionnel et le patient, et l'on fait un effort délibéré pour respecter certaines limites. «*The person providing the education about diabetes may be viewed as the person who plays the organ at church, so it's hard to change hats. Patients don't hesitate to ask you a question in a restaurant or bank, which may enhance patient care [in a way that] does not happen in urban settings.* » («*La personne qui effectue le travail d'éducation sur le diabète peut être perçue comme celle qui joue de l'orgue à l'église et il est difficile de faire la différence. Les patients n'hésitent pas à nous poser une question au restaurant ou à la banque, ce qui peut améliorer les soins qu'on leur prodigue d'une façon qui n'a pas cours dans les centres installés en milieu urbain.* »)

Éducation auprès des patients :

La clinique a pour objectif éducatif de fournir aux patients les connaissances et les outils dont ils ont besoin pour avoir une bonne vie et améliorer globalement leur santé, et cela ne se résume pas simplement au contrôle du diabète. La clinique dispense un travail d'éducation au moyen du journal local et annonce les séances d'éducation dans la région avoisinante. La clinique organise des séances de groupe pour tous les patients (pas seulement ceux qui sont atteints de diabète) et offre

aussi des consultations individuelles et des expositions sur une base mensuelle, sur différents sujets. Son personnel utilise également des outils du site Web du ministère de la Santé de sorte que les messages ont tous le même format.

Principaux services offerts :

Les patients atteints de diabète peuvent avoir accès à l'ensemble des services au centre de santé, notamment des soins pulmonaires, des programmes éducatifs et des soins primaires. En plus des consultations individuelles et du travail d'éducation en groupe, la clinique offre des consultations au téléphone. La clinique n'utilise pas la messagerie électronique.

Proportion des patients contrôlés :

Le personnel de la clinique croit que cette proportion est sans doute faible, mais que la tendance est en train de s'inverser en raison des changements qu'on a apportés. « *For a long time we offered advice and the patient either did it or didn't. If they didn't, they may not have come back. Now when a patient comes, the visit is to talk about whatever aspect of diabetes the patient wants, not a standard list that we have to get through as we did before.* » (« *Pendant longtemps, nous avons dispensé des conseils et le patient les appliquait ou non. S'il n'en tenait pas compte, il ne revenait peut-être pas. Maintenant, quand un patient se présente, la consultation tourne autour des aspects du diabète sur lesquels il veut lui-même s'informer et non sur une liste complète et normalisée de sujets, comme c'était le cas auparavant.* »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique est ouverte de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi. Après les heures de travail, les patients peuvent obtenir des renseignements en composant la ligne de Télé-Soins. S'il s'agit d'une urgence, on peut obtenir des soins infirmiers immédiatement quand la clinique est ouverte. La clinique peut également recommander les patients au gestionnaire des cas de diabète qui se rend à la clinique. Le soutien téléphonique constitue une autre mesure offerte par la clinique.

Services manquants :

Il existe quelques difficultés de communication entre la clinique et les médecins en pratique privée dans l'hôpital en raison de la nécessité de maintenir la confidentialité sur les renseignements concernant les patients et de l'accès limité aux dossiers des patients. Le problème a été soulevé dans l'évaluation des besoins et on travaille actuellement à améliorer la situation.

Temps d'attente :

La clinique est très souple pour ce qui est du calendrier des consultations. Les patients atteints de diabète peuvent obtenir un rendez-vous auprès des infirmières en une journée; le délai avant de pouvoir consulter l'infirmière praticienne peut atteindre une semaine, en fonction de l'urgence de la situation. La clinique essaie de fixer une consultation avec la diététiste en même temps, mais le délai peut atteindre une semaine. Dans certains cas, les patients qui se présentent sans rendez-vous peuvent obtenir une consultation immédiatement.

Les patients sans rendez-vous qui se présentent à la clinique sont évalués et on les informe de ce que sera le délai d'attente. À l'occasion, les patients qui ont un rendez-vous doivent attendre si l'équipe est aux prises avec une urgence.

Méthodes d'offre de service :

On offre des services en personne ou par téléphone, surtout par rapport au rajustement de la dose d'insuline.

Distances :

Les patients les plus éloignés de la clinique mettent 30 minutes à s'y rendre; le temps moyen de déplacement est de 30 minutes. Il n'y a pas de service d'autobus vers la clinique, mais un autobus comportant un nombre limité de sièges se rend à Fredericton deux fois par mois. Les patients qui ne disposent pas d'un moyen de transport doivent compter sur des amis ou sur la famille, ou payer un voisin pour le transport. La clinique ne fournit pas de services à distance, mais fera des recommandations pour le Programme extra-mural.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Les taux d'A1c indiquent de bons résultats et les sondages sur la satisfaction qui suivent les séances d'éducation sont favorables. « *We don't do goal setting on patient charts yet; we are waiting for the pilot.* » (« *Nous n'établissons pas encore de cibles dans le dossier du patient; nous attendons le projet pilote.* ») Étant donné que les membres de l'équipe connaissent leurs clients, ceux-ci n'hésitent pas à leur dire qu'ils ont besoin de quelque chose de plus. Aucun patient n'a émis de plainte. On examine actuellement les plaintes des membres du personnel concernant l'établissement manuel du calendrier et des rendez-vous.

Élément particulier à cette clinique :

Le personnel de la clinique est d'avis que la clinique a ceci de particulier, qu'elle permet un accès sans entrave aux soins primaires et la possibilité pour une personne de simplement se présenter à la clinique ou d'avoir une consultation téléphonique. De plus, ses membres offrent une approche personnelle. « *If one person cannot help you, they will find someone who can.* » (« *Si une personne ne peut pas vous aider, on trouve quelqu'un d'autre qui peut le faire.* »)

Prise en compte des besoins spéciaux :

La clinique a des fauteuils roulants près de la porte et le personnel aide les membres de la famille du patient à le faire entrer. La clinique dispose d'une plateforme élévatrice à l'usage des patients.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

Compte tenu des différences linguistiques, certains employés suivent des cours de français. Il peut arriver qu'ils appellent d'autres centres pour des services de traduction directe par un tiers. Afin de combler les besoins des patients qui ont de la difficulté à lire ou à écrire, tous les documents imprimés sont de niveau 6e année ou inférieur, et la clinique propose des documents éducatifs sous forme de diagrammes. « *[Literacy] is a concern and hard to detect in one on one, but we try to be aware of the cues.* » (« *L'analphabétisme est un problème et difficile à déceler au cours d'une consultation individuelle, mais autant que possible, nous tâchons de demeurer attentifs aux indices.* »)



Type de clinique :

Gestionnaire de cas en services d'approche

Profil

La gestionnaire de cas en services d'approche est une infirmière agréée en diabète qui se rend dans les cabinets de médecins. Elle est rattachée au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, mais elle se déplace pour voir des patients à Moncton, Dieppe, Saint-Louis et Shediac.

Comblent les besoins de la population

Au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue, l'infirmière a vu entre 200 et 250 patients; elle voit certains patients une fois par mois et d'autres, tous les six mois. Ces patients vivent dans bon nombre de régions différentes, la plus éloignée se trouvant à près d'une heure de route de Moncton.

Certaines régions comptent un plus gros pourcentage de patients sans assurance. Shediac et Saint-Louis semblent en faire partie avec leur population vieillissante, constituée surtout de travailleurs saisonniers.

Seuls 5 à 10 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous. Ce faible taux s'explique par le fait que ce rendez-vous se conjugue avec le rendez-vous auprès du médecin.

L'infirmière ne dispense pas d'aide pour l'utilisation de la pompe à insuline.

Niveaux de prévention

Primaire (prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Le tiers des patients sont atteints de prédiabète. L'infirmière les voit une seule fois pour leur donner des explications sur l'exercice physique et la prévention. Puis ils sont dirigés vers la diététiste. L'infirmière ne les revoit plus à moins que le patient en fasse spécifiquement la demande par l'intermédiaire de son médecin. La situation se produit rarement.

Secondary (screening and early diagnosis):

Le médecin effectue tout le travail de dépistage. Dans certains cas, il demandera des analyses sanguines régulièrement pour les patients susceptibles de développer le diabète. D'autres médecins n'effectuent aucun dépistage. Il incombe au médecin du patient de déterminer si le dépistage s'impose et d'obtenir un diagnostic précoce.

Tertiaire :

L'infirmière effectue le suivi au cabinet du médecin. Grâce à un travail d'éducation, elle aide le patient à maintenir son diabète sous contrôle.

Assurer le suivi :

L'infirmière verra une fois par mois les patients dont le diabète n'est pas bien contrôlé. Quand leur état s'améliore, elle les verra tous les trois mois. Soixante-dix pour cent des patients consultent tous les trois mois. Le suivi se déroule en personne dans le cabinet du médecin, ou encore par téléphone.

Équipe de la clinique

Membres de l'équipe à l'interne :

Étant donné que l'infirmière ne travaille pas dans une clinique, elle ne fait partie d'aucune équipe. Elle travaille de façon autonome et se rend dans les cabinets des médecins.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

En revanche, elle a accès à ces médecins. Quand elle voit les patients, elle peut facilement demander une consultation avec le médecin.

Co-Morbidities: Bien que les comorbidités ne soient pas nécessairement liées au diabète, 30 à 40 % des patients ont des problèmes pulmonaires et cardiaques. Quand les problèmes sont soulevés, il y a toujours un médecin disponible, parfois au cours de la même séance.

Communication : Les communications avec les médecins prennent en général la forme de conversations étant donné qu'ils se trouvent au même endroit. À l'occasion, on rédige des notes pour les ajouter au dossier du patient. Il y a aussi des contacts avec les infirmières de la clinique du diabète. Ces contacts ont lieu la plupart du temps par téléphone.

Autogestion

Rôle du patient : Bien que l'infirmière soit là pour l'aider, le patient doit se prendre en charge et apprendre comment vivre avec le diabète et contrôler la maladie. Les patients doivent prendre leurs médicaments, vérifier l'état de leurs pieds et se rendre aux rendez-vous avec leur médecin. Il leur faut beaucoup de motivation pour y arriver.

Relation entre les professionnels et les patients : Les patients semblent être à l'aise de rencontrer l'infirmière, car ils se trouvent dans un environnement connu (le cabinet du médecin).

Éducation auprès des patients Au cours de sa visite, elle enseigne à ses patients la prévention, la planification des repas et la nécessité de faire de l'exercice, mais elle est très limitée parce que la rencontre ne dure que 30 minutes. Dans certains cas, quand elle doit montrer quelque chose au patient, par exemple l'utilisation d'un nouvel indicateur de glycémie, elle prolongera la rencontre jusqu'à une heure. Toutefois, la visite doit être fixée d'avance pour cette période.

Principaux services offerts : Les patients peuvent recevoir des soins pour les pieds quand ils font l'objet d'une recommandation par l'infirmière. Les patients qui doivent consulter un autre spécialiste, notamment l'ophtalmologiste, seront recommandés par leur médecin. Le Programme extra-mural est aussi disponible pour les soins à domicile, au besoin.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Seuls les patients qui ont un médecin de famille peuvent consulter cette infirmière. Elle ne travaille en coordination avec aucune clinique du diabète. Si une personne a besoin d'aide pour contrôler son diabète, mais qu'elle n'a pas de médecin de famille, elle doit passer par la clinique et le processus peut s'avérer plus long. Le besoin semble dépasser la charge qu'elle peut assumer à l'heure actuelle.

Temps d'attente : Étant donné que la consultation a lieu dans un cabinet de médecin, il n'y a pas de liste d'attente. Les patients peuvent être vus très rapidement, en général dans un délai de deux semaines. Toutefois, en moyenne, la visite à chaque cabinet n'a lieu qu'une fois par mois.

Méthodes d'offre de service : Les services sont offerts la plupart du temps en personne au cabinet du médecin. Il a été question de quelques cas de services dispensés par téléphone, la plupart du temps pour le suivi des patients qui prennent de l'insuline.

Distances :	Les patients n'ont pas à se déplacer pour voir l'infirmière, car elle se rend au cabinet de leur médecin. Cela facilite la vie des patients. Le trajet le plus long pour l'infirmière dure environ une heure.
Stationnement :	Étant donné que les patients se rendent chez leur médecin en même temps, le stationnement n'a pas été mentionné comme étant un problème.
Autres obstacles :	Certains médecins ne comprennent pas son rôle et par conséquent, ils jugent ses visites inutiles. D'autres sont nouveaux dans la région et ne sont pas au courant des services qu'elle offre.

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :	Des questionnaires sont envoyés au médecin qui les transmet à ses patients. Une fois remplis, on les envoie par la poste au superviseur.
Élément particulier à cette clinique :	Le fait que l'infirmière voit les patients souvent et rapidement s'est avéré très positif. De plus, les patients ont un accès facile à ses services, car ils doivent simplement se rendre au cabinet de leur médecin. Ainsi, elle a accès à un plus grand nombre de personnes que dans les cliniques.
Différences culturelles :	Un patient parle espagnol, mais il comprend l'anglais. Cela n'a pas semblé poser de problème. On a cerné très peu de différences culturelles.
Encouragement adressé à la famille :	Les membres de la famille et les personnes soignantes accompagnent souvent les patients durant les visites. En raison de limites d'espace (les salles sont petites), seules une personne ou deux peuvent accompagner le patient.



Type de clinique :

Gestionnaire de cas en services d'approche

Profil de la clinique

Le poste de gestionnaire communautaire de cas de diabète dans le sud-est du Nouveau-Brunswick est une fonction relativement nouvelle au Nouveau-Brunswick. Elle a été créée en vue de réduire le temps d'attente perçu entre le diagnostic de diabète et la visite du patient au Centre d'enseignement du diabète. La gestionnaire de cas de diabète a pour mission d'offrir du soutien et d'accélérer l'accès à un éducateur agréé en diabète. Depuis neuf ans (depuis 2004), La gestionnaire communautaire de cas se rend dans les centres de soins primaires et les cabinets des médecins de famille pour y offrir ses services. Son rôle consiste à renforcer les pratiques exemplaires dans ces établissements et à éduquer les patients qui les fréquentent ainsi que les médecins et le personnel qui y travaillent. Elle fournit des services à quelque 42 médecins et à deux infirmières praticiennes dans plusieurs collectivités du sud-est du Nouveau-Brunswick (Grand Moncton, Petitcodiac et Rexton).

Mandat de la gestionnaire de cas

La gestionnaire de cas a pour mission principale de collaborer avec les médecins de famille. Elle sert d'agente de liaison entre les patients, les spécialistes du diabète et les médecins de famille. Une partie importante des services qu'elle offre consiste à établir un lien avec le patient (en l'aidant à accepter sa condition et à se sentir plus à l'aise avec les traitements et la maladie en général), ainsi qu'avec les médecins, et à accélérer un peu l'accès à une thérapie.

Comblent les besoins de la population

La gestionnaire de cas ne connaît pas le nombre exact de patients qui la consultent parce que la clinique de leur médecin conserve normalement leurs dossiers médicaux. Toutefois, le ministère de la Santé indiquait 372 patients pour 2011, mais ce chiffre semble en deçà de la réalité (en 2008, on en comptait 460). Pendant la dernière année financière, elle a effectué 672 visites (au cours desquelles elle a vu plus d'un patient, dont 72 nouveaux cas diagnostiqués). Selon le type de patients, elle peut en recevoir de sept à dix par jour. Elle consacre une heure à l'initiation à l'insulinothérapie, une heure aux nouveaux patients, et 30 minutes aux suivis.

Du point de vue démographique, la clientèle de la gestionnaire de cas est variée étant donné que les patients habitent dans différentes collectivités. La plupart sont atteints de diabète de type 2 et bon nombre viennent de régions rurales. À Rexton, les membres des Premières Nations choisissent couramment de fréquenter la clinique plutôt que leur centre de santé. Ils sont donc aiguillés vers la gestionnaire de cas qui leur fournit de l'information sur le diabète. « *They don't go to their own services... Some won't go to the health centre.* » (« *Ils n'ont pas recours à leurs propres services... Certains ne veulent pas aller au centre de santé.* ») Le village de Rexton est également environné de communautés francophones, ce qui est parfois problématique, quoique rarement parce que la plupart des membres de ces communautés parlent les deux langues.

La gestionnaire de cas propose ses services aux médecins directement dans leur cabinet, et cette formule fonctionne particulièrement bien pour les médecins qui travaillent dans des espaces communs. Cette année, elle a ajouté un médecin à sa clientèle. Les patients recommandés (à la gestionnaire de cas de diabète) par ces médecins sont diversifiés parce que ces derniers n'utilisent pas tous ses services de la même manière. Certains désirent que la gestionnaire de cas voie tous les patients atteints de diabète ou de prédiabète, alors que d'autres ont tendance à lui recommander les cas à problème ou plus graves. Il arrive que certains patients, en particulier les personnes atteintes de prédiabète, consultent la gestionnaire de cas une seule fois. Les patients voient leur médecin après avoir rencontré la gestionnaire de cas (parfois dans la même journée, selon le médecin et le service) pour effectuer un suivi et être dirigés vers un spécialiste, ou pour obtenir une ordonnance de nouveaux médicaments ou un ajustement de leur médication, selon les recommandations émises par la gestionnaire de cas. « *I do not have direct access but can speed up if need to be in front of the list. Still need referral from doctor but can fast track it.* » (« *Je n'ai pas d'accès direct, mais je peux accélérer les choses si un patient a besoin de consulter en priorité. Il faut quand même obtenir une recommandation du médecin, mais je peux hâter le processus.* »)

La gestionnaire de cas collabore étroitement avec les médecins. Elle détermine si les patients ont besoin de consulter un spécialiste, elle peut les diriger vers la diététiste ou d'autres services du Centre d'enseignement du diabète (et prendre rendez-vous pour eux) et les aiguillera vers des ressources communautaires comme les cours de cuisine de Sobey's ou le YMCA.

Le personnel administratif des cabinets médicaux fixe les premiers rendez-vous en fonction de l'emploi du temps de la gestionnaire de cas. Par la suite, les rendez-vous de suivi sont souvent assignés directement par la gestionnaire de cas. Certains cabinets effectuent des rappels téléphoniques. « *In most offices I'll have my charts plus my schedule and I will book the follow up.* » (« *Dans la plupart des cabinets, j'ai mes dossiers et mon horaire, et c'est moi qui organise les rendez-vous de suivi.* »)

La gestionnaire de cas tâche d'abord et avant tout d'aider les patients à accepter leur maladie et à prendre en charge leur traitement. « *It's about the patient. Wherever they think they need to be and what the doctor thinks. Try to get them in the middle. It's about the patients, not the numbers.* » (« *Ce sont les patients qui comptent. Quels que soient leurs objectifs et quoi qu'en pense leur médecin, il faut se recentrer sur le patient. Je le répète, ce sont les patients qui comptent, pas les chiffres.* »)

La gestionnaire de cas n'enseigne pas comment utiliser une pompe à insuline, mais au besoin, elle met les patients en contact avec les bonnes ressources.

Niveaux de prévention

Les services fournis à chaque niveau de prévention dépendent en grande partie du médecin.

Primaire
(prévention de la maladie, promotion de la santé) :

Limitée. Des cours d'enseignement sur le diabète sont offerts à toute la population de Rexton et de Petitcodiac et pas seulement aux patients des fournisseurs de soins primaires des établissements de la région.

Secondaire
(dépistage et diagnostic précoce) :

Dépend du médecin. Certains médecins effectuent un dépistage et dirigent les patients atteints de prédiabète vers la gestionnaire de cas pour une consultation préventive. « *Some (doctors), if it's pre-diabetes, they want them to come see me to touch base, prevention strategies.* » (« *Dans les cas de prédiabète, certains [médecins] désirent que les patients viennent me voir pour aborder des stratégies de base, de prévention.* »)

Tertiaire
(gestion de la maladie et des complications) :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour la gestionnaire de cas. « *The idea was to target people with an A1c above 8.* » (« *L'idée consiste à cibler les personnes dont le taux de glucose sanguin est supérieur à 8.* »)

Assurer le suivi :

Les patients font l'objet d'un suivi aussi longtemps que leur médecin le juge nécessaire. Habituellement, la gestionnaire de cas voit les patients atteints de prédiabète une seule fois. Les visites de suivi sont organisées selon les besoins, au maximum une fois par mois étant donné que la gestionnaire de cas visite chaque établissement à la même journée chaque mois. Cependant, la plupart des suivis ont lieu tous les trois mois, tous les six mois ou une fois l'an.

Équipe de la clinique

La gestionnaire de cas fait partie de plusieurs équipes structurées de diverses façons, selon le patient et la clinique.

Membres de l'équipe à l'interne :

Selon la clinique, la gestionnaire de cas travaille en collaboration avec un médecin ou une infirmière praticienne, et souvent avec une réceptionniste ou une adjointe administrative.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

La gestionnaire de cas considère que quiconque aide directement ou indirectement un patient à gérer son diabète fait partie de « l'équipe ». Cela comprend le personnel des centres de conditionnement physique, les pharmaciens et les autres ressources de la collectivité. « *And the community pharmacist, they're part of the team. Team is whoever can help you.* » (« *Le pharmacien du coin fait partie de l'équipe. Est membre de l'équipe quiconque peut vous aider.* »)

Structure de l'équipe :

La structure de l'équipe dépend du cabinet ou de la clinique. La plupart du temps, l'équipe est structurée selon un modèle de collaboration entre la gestionnaire de cas et le fournisseur de soins primaires (le médecin de famille ou l'infirmière praticienne). Le principe veut que le patient soit le propre chef de son « équipe de gestion du diabète ». La gestionnaire de cas a pour rôle de fournir aux patients les outils et l'information dont ils ont besoin pour prendre eux-mêmes en charge la gestion de leur maladie. « *If we teach them and empower them to be, they will be (the lead).* » (« *Si nous leur enseignons comment faire et que nous leur donnons les moyens d'y arriver, ils le seront [le chef].* »)

Comorbidités :

Lorsqu'elle rencontre individuellement les patients, la gestionnaire de cas définit les autres facteurs qui peuvent avoir une influence sur l'autogestion de la maladie par les patients, tels que les facteurs socioéconomiques, la comorbidité et les médicaments. La gestionnaire de cas peut facilement déterminer les facteurs de comorbidité parce qu'elle a accès aux dossiers médicaux complets de ses patients dans les cabinets des médecins et qu'elle intègre ces renseignements et personnalise les consultations en conséquence. « *When patient goes to the (diabetes) clinic you have one paper with limited amount of information about this person. They have to understand they may have very thick files. Might be many issues you don't know like depression.* » (« *Lorsqu'un patient se présente à la clinique [du diabète], tout ce que vous avez, c'est un papier avec peu d'information sur cette personne. Il faut que le patient comprenne que son dossier est peut-être beaucoup plus complexe. Il peut avoir beaucoup de problèmes que nous ignorons, comme la dépression.* »)

Communication :

La communication entre les membres de l'équipe se fait de façon formelle et informelle. La gestionnaire de cas discute des problèmes du patient avec son médecin et coordonne les rendez-vous par l'entremise de l'adjointe administrative. De façon formelle, les notes sur le patient sont inscrites dans son dossier (électronique, au cabinet), ainsi que dans les dossiers de la gestionnaire de cas. La gestionnaire de cas utilise le système interne de planification pour fixer, par exemple, des rendez-vous avec les diététistes pour le compte des patients. « *Connect through secretary. If doctor is in the building I will go see him/her for prescriptions for insulin if patient is ready.* » (« *Je passe par le secrétariat. Si le médecin est là, je vais le voir au sujet de l'ordonnance d'insuline, si le patient est prêt.* »)

Autogestion

Rôle du patient :

On enseigne au patient à accepter sa maladie et à la gérer lui-même. On lui fournit des outils personnalisés, de l'information et des ressources qui l'aideront à prendre en charge sa maladie. « *People need to self manage. Our role is to facilitate.* » « *I tell my patient my job is tools and information. You're the one that has to do the work.* » (« *Il faut que les gens puissent s'occuper d'eux-mêmes. Notre rôle consiste à les aider à le faire.* » « *Je dis à mes patients que mon travail consiste à leur donner les bons outils et l'information dont ils ont besoin, mais que c'est à eux de faire le travail.* »)

Il est rare que les patients ne se présentent pas à leurs rendez-vous. Certains cabinets téléphonent à leurs patients la veille pour leur rappeler leur rendez-vous. Les personnes qui ne vont pas à leur rendez-vous sont les mêmes qui font faux bond à leur médecin de famille. « *They are just not on board with anything. Can usually tell from the chart. Not very many.* » (« *Ces personnes-là ne s'assument pas, tout simplement. Ça se voit facilement à leur dossier. Mais ce sont de très rares cas.* »)

Relation entre les professionnels et les patients :

La relation est adaptée au patient, à ses besoins et à ce qui l'empêche de se prendre en main. Les patients respectent la gestionnaire de cas parce qu'elle travaille en collaboration avec les médecins. « *It's a comfort thing. Knowing I'm having the same conversations with their doctor. A lot of comfort in that.* » (« *C'est réconfortant. Je veux dire de savoir que j'ai le même genre de conversations avec leur médecin. Ils y trouvent beaucoup de réconfort.* »)

Éducation auprès des patients :

La gestionnaire de cas a pour mission de fournir aux patients de l'information, des ressources et des outils sur mesure qui les aideront à gérer leur diabète. Elle éduque également les médecins et les autres membres des équipes cliniques sur tout ce qui touche au diabète. La plupart des rendez-vous avec les patients sont individuels, mais les personnes qui se sentent à l'aise en groupe et qui souhaitent suivre des cours ont accès (en particulier à Rexton et à Petitcodiac) à des cours de base sur le diabète où l'on utilise des outils comme les publications *Living with Diabetes et Healthy Eating* de l'Association canadienne du diabète. « *In Rexton and Petitcodiac, I do classes. Class is basic education. This is diabetes, this is how it works, this is how we manage it.* » (« *À Rexton et Petitcodiac, j'offre des cours. J'y fournis un enseignement de base : ce qu'est le diabète, comment ça fonctionne, comment le gérer.* »)

Principaux services offerts :

La gestionnaire de cas a pour fonction de faciliter l'autogestion de la maladie et de renforcer les pratiques exemplaires dans les cabinets des médecins. Les visites dans les cabinets ont leurs avantages : elles facilitent et accélèrent l'accès aux spécialistes et à d'autres ressources grâce à la collaboration que la gestionnaire de cas entretient avec les médecins de famille. Un autre avantage non négligeable réside dans la personnalisation du service, rendue possible par l'accès aux antécédents des patients et un examen minutieux des obstacles à la prise en charge personnelle. « *It's harder to know softer stuff; barriers to self-management. Money? Insurance? Takes more digging. Need conversation.* » (« *C'est moins facile de découvrir les choses moins évidentes, les obstacles à l'autogestion. Problèmes financiers? Assurances? Il faut creuser plus loin. Ça prend une bonne conversation.* »)

Proportion des patients contrôlés :

La proportion des patients stabilisés ou qui gèrent bien leur maladie est difficile à évaluer. Pour la gestionnaire de cas, ce n'est pas une simple question de données et de cibles, mais aussi de mesures qualitatives de la stabilité. « *For me, not at target but how stable are they. If they're close to target and staying there, that's stability.* » (« *Pour moi, ce n'est pas l'objectif qui compte, mais plutôt la stabilité du patient. Si un patient se maintient près de la cible fixée, je considère qu'il est stabilisé.* ») La gestionnaire de cas considère que l'autonomie et la prise de décisions éclairées constituent également des mesures de « réussite » et, à cet égard, la plupart des patients s'en sortent bien. Bien qu'elle ait remarqué une amélioration notable dans les taux de glucose sanguin de ses patients, elle ignore dans quelle proportion les patients sont stables ou contrôlés. « *I did a measure in 2008. 460 some patients. 0.766% average drop in A1c. I tracked it myself for a while, though not now. Within one year there's a drop.* » (« *J'ai pris une mesure en 2008. Après d'environ 460 patients. J'ai remarqué une baisse de glycémie moyenne de 0,766 %. J'ai fais moi-même un suivi pour un certain temps. Il n'y a pas de doute, en un an, j'ai observé une baisse.* »)

Disponibilité - Satisfaire à la demande

Les services offerts par la gestionnaire de cas répondent actuellement aux besoins et à la demande des patients des 42 médecins et des deux infirmières praticiennes avec lesquels elle travaille. Au cours de la dernière année financière, Shelly a ajouté une autre clinique à sa clientèle et elle consacre du temps à divers comités. Pour ces raisons, le nombre de visites qu'elle a effectuées a diminué par rapport à l'an dernier. « *I have a couple of days that don't belong to anyone and I protect those days. Need those if there's a storm and need to reschedule.* » (« *J'ai deux journées libres et je ne prévois rien pour ces journées. J'en ai besoin en cas de tempête et si je dois reporter des rendez-vous.* »)

Services manquants :

La principale pièce manquante à l'équipe est un physiologiste de l'exercice (ou un kinésiologue). Shelly a accès à beaucoup de ressources communautaires, mais en ce qui a trait aux programmes d'exercice, l'accès est limité en raison des coûts. Par ailleurs, l'absence de trottoirs ou de routes sûres pour les piétons constitue un obstacle important à l'autogestion et à l'exercice dans les régions rurales.

Temps d'attente :

Selon le type de patient, le temps d'attente est d'au moins un mois. La plupart des patients attendent trois, six ou douze mois entre chaque rendez-vous.

Méthodes d'offre de service :

Entre les visites, Shelley effectue des consultations téléphoniques et parfois des suivis par courriel, en particulier avec les patients qui commencent l'insulinothérapie. Il lui arrive de donner son numéro de téléphone cellulaire personnel à des patients lorsqu'elle pense qu'ils pourraient avoir des questions ou des soucis au début de leur traitement à l'insuline.

Distances :

La durée des déplacements dépend de l'emplacement de la clinique. La plupart du temps, parce que la gestionnaire de cas se rend directement dans les cabinets des médecins situés en région rurale (Rexton et Petitcodiac), les patients habitent à proximité. L'endroit est facile d'accès, connu, pratique, et le stationnement est gratuit. « *It's the place where they are going usually anyway.* » (« *De toute façon, c'est là qu'ils vont habituellement.* »)

Comblent les besoins des patients

Niveaux de satisfaction :

Il n'y a pas de moyens de rétroaction formels. Les patients sont encouragés à parler et à donner leur avis pendant les visites.

Élément particulier à cette clinique :

La cohérence de l'information véhiculée représente l'élément le plus important du service de la gestionnaire de cas. Parce que le médecin et la gestionnaire de cas travaillent en collaboration, les renseignements qu'ils fournissent tous deux se recoupent. Cela réconforte les patients. Les services fournis par la gestionnaire sont une extension spécialisée de ceux offerts par le médecin. « *Family doctors don't have the time, the resources, training, coaching to move that patient along in a 7 and a half minute visit.* » (« *Le médecin de famille n'a pas le temps, les ressources, la formation ni le soutien nécessaire pour faire avancer le dossier d'un patient au cours d'une visite de sept minutes et demie.* »)

Prise en compte des besoins spéciaux :

L'accessibilité physique aux installations dépend de la clinique. Nous ne savons pas avec certitude si la gestionnaire de cas dispose de ressources ou d'outils spéciaux pour travailler avec les personnes atteintes de déficience auditive ou visuelle.

Prise en compte des différences culturelles et des niveaux d'alphabétisation :

À Rexton, la gestionnaire de cas voit un bon nombre de membres des Premières Nations. Beaucoup préfèrent se rendre à la clinique de Rexton plutôt qu'à leur centre de santé local. La gestionnaire de cas ne parle pas français, mais jusqu'à maintenant, elle est capable de répondre aux besoins linguistiques de ses patients, et la plupart des médecins (sauf un) n'ont pas de difficulté avec la langue dans laquelle elle offre ses services.

Encouragement adressé à la famille :

Les conjoints et les membres de la famille accompagnent souvent les patients et on les incite à le faire parce qu'ils constituent un élément important de l'équipe.



Hôpital régional de Saint John – Clinique de pédiatrie

400, avenue University
Saint John (N.-B.)
E2L 4L2
T : 506.648.6000

Type de clinique :
Clinique pédiatrique

Section 1 : Renseignements généraux sur la clinique

Commençons par quelques renseignements généraux sur la clinique. Pouvez-vous me dire depuis quand la clinique existe, combien de personnes y travaillent et quels sont leurs différents rôles?

Depuis quand la clinique existe-t-elle?

30 (EN ANNÉES)

Répondant :

Rôle et participation dans la clinique :

- Tara McAfee, B. Sc. inf., IA, EAD
- Allison Crowell, B. Sc. inf., IA, EAD
- Lori Waller, IA
- Janet von Weiler
B.A.A., M. Ed., Dt. P., EAD
- Dre Susan Sanderson

Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète (0,4 ETP);
Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète (0,4 ETP);
Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète – en disponibilité;

Diététiste (0,2 ETP);

Endocrinologue pédiatre (6 h/semaine à la clinique, en plus des heures nécessaires aux appels téléphoniques de suivi, au renouvellement d'ordonnances, à la gestion des malades hospitalisés, etc.);

- Dre Marianne McKenna

Pédiatre (3 h/mois à la clinique, en plus des heures nécessaires aux appels téléphoniques de suivi, au renouvellement d'ordonnances, à la gestion des malades hospitalisés, etc.);

- Dr Marc Nicholson

Pédiatre (3 h/mois à la clinique, en plus des heures nécessaires aux appels téléphoniques de suivi, au renouvellement d'ordonnances, à la gestion des malades hospitalisés, etc.);

- Dre Wendy Alexander

Pédiatre (3 h/mois à la clinique, en plus des heures nécessaires aux appels téléphoniques de suivi, au renouvellement d'ordonnances, à la gestion des malades hospitalisés, etc.);

- Erin Connelly

Soutien administratif pour la Dre Sanderson. En charge de répondre aux appels téléphoniques, d'organiser les dossiers, et de former l'équipe et de la soutenir de manière générale dans le cadre des activités de la clinique.

De plus, la clinique offre un service sans interruption aux patients par l'intermédiaire de l'horaire de garde des pédiatres de l'hôpital. Lorsqu'un patient est hospitalisé, le pédiatre est directement responsable des soins quotidiens du patient et les infirmières et la diététiste sont chargées du travail d'éducation et du suivi.

Y a-t-il eu des changements importants apportés à la clinique (soit depuis sa fondation ou au cours des cinq dernières années environ)? Décrivez-les brièvement?

- Initialement, l'effectif de la clinique était constitué d'un pédiatre (environ 10 h/mois), d'une infirmière enseignante (environ 0,1 ETP) et d'une diététiste (environ 0,1 ETP) qui s'engageaient à consacrer une période de temps fixe à la clinique en plus des heures nécessaires à l'éducation des malades hospitalisés qui viennent de recevoir un diagnostic de diabète de type 1.
- En novembre 1996, une infirmière a été engagée à temps partiel (0,4 ETP) pour gérer le programme et devenir une éducatrice agréée en diabète. Auparavant, suivant un diagnostic, les enfants demeuraient généralement à l'hôpital pendant environ deux semaines. Les changements au programme avaient pour but de réduire au minimum le séjour à l'hôpital et de financer le poste à l'aide des économies réalisées en matière d'admissions.

- Peu avant cela, une endocrinologue pédiatre s'est jointe à la clinique, et les horaires de travail à la clinique ont été officialisés (le nombre d'heures de la diététiste a été établi à 0,2 ETP, la fréquence des visites à la clinique a été augmentée et un calendrier de suivi a été formellement adopté).
- Pendant les 17 années subséquentes, le personnel infirmier a augmenté à l'équipe courante pour répondre à la demande croissante.
- Au cours des cinq dernières années, le pédiatre qui a initialement mis sur pied la clinique a pris sa retraite, et trois nouveaux pédiatres se sont joints à la clinique. Chacun d'eux effectue le suivi de sa propre cohorte de patients.
- Dans les deux dernières années, le programme de pompes à insuline à usage pédiatrique du Nouveau-Brunswick a été établi, ce qui a accru la demande pour la clinique de séances d'initiation à l'utilisation des pompes et de suivi d'enfants supplémentaires ayant recours à la thérapie par pompe à insuline, ainsi que la demande continue pour les documents du programme pour tous les enfants qui suivent la thérapie par pompe à insuline.

Quel est le mandat de la clinique? De quelle façon réalise-t-elle son mandat et dans quelle mesure arrive-t-elle à l'accomplir? Quels sont les services offerts?

Elle a pour mandat d'aider les enfants atteints de diabète de la région de Saint John et leur famille à mener une vie saine – à profiter pleinement de la vie et à assurer les meilleurs résultats possible sur le plan de la santé. La grande majorité des enfants suivis par la Clinique du diabète pédiatrique sont atteints de diabète de type 1.

Services fournis :

- Éducation auprès des enfants ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète et de leur famille.
- Soins et suivi continus des enfants atteints de diabète et de leur famille.
- Initiation à l'utilisation des pompes à insuline et suivi.
- Liaison avec le système d'éducation et les garderies pour aider les enseignants en ce qui a trait aux enfants atteints de diabète dans leur classe.
- Liaison avec le ministère du Développement social au besoin.
- Liaison avec l'Association canadienne du diabète, la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile, les groupes de soutien aux parents et d'autres groupes communautaires connexes.
- Ateliers éducatifs à l'intention d'autres éducateurs en diabète, les enseignants et le public sur des sujets liés aux enfants qui vivent avec le diabète de type 1.

Quelle est la structure hiérarchique de la clinique?

- Les infirmières relèvent de l'infirmière gestionnaire en pédiatrie, qui à son tour relève du directeur administratif des programmes des Services de pédiatrie et de santé des femmes.
- La diététiste relève du gestionnaire de la nutrition clinique, qui à son tour relève du directeur de la réadaptation et des services psychosociaux.

Thème 1 : Comblar les besoins de la population

Pouvez-vous me donner des renseignements sur les personnes que vous servez? D'où viennent-elles?

Elles viennent de la région de Saint John du Réseau de santé Horizon, et d'autres personnes de l'ensemble du Nouveau-Brunswick ayant fait l'objet d'un aiguillage aux fins de suivi.

Nombre de clients (confirmez nos renseignements)

- 147 clients
- 415 visites par année
- 10 à 15 appels reçus par jour
- 10 courriels par jour

Y a-t-il des éléments particuliers qui la distinguent des autres? Démographie (âge, répartition rurale-urbaine, groupe socioéconomique...)

- La clinique se charge de la gestion et du suivi des enfants âgés de 18 ans et moins au moment du diagnostic de diabète jusqu'à ce que le patient soit âgé de 18 à 22 ans.
- La répartition urbaine-rurale est à peu près égale.
- Les patients et les familles représentent toutes les classes sociales.

Quel est le nombre de visites par client?

- Trois visites en personne par année et d'autres visites au besoin.

Ces statistiques comprennent-elles les contacts autres que les interactions directes, par exemple le téléphone et les rencontres en groupe? Combien de clients souffrent de comorbidités (autres problèmes de santé)?

- En plus des visites en personnes, nous communiquons avec les patients par téléphone et par courriel.
- Les patients qui ont recours à la thérapie par pompe à insuline peuvent télécharger des données sur un système Web comme CareLink aux fins de discussion et d'analyse plus approfondies avec l'éducateur en diabète.
- Les comorbidités les plus courantes observées chez les patients sont d'autres maladies auto-immunes comme la maladie cœliaque, la maladie thyroïdienne et autres maladies endocriniennes.

Quels sont les principaux services offerts à vos clients? Comment procédez-vous lors d'un nouvel aiguillage vers votre clinique?

- Travail d'éducation lors d'un nouveau diagnostic de diabète de type 1, dans les 24 heures suivant le diagnostic
- Suivi, travail d'éducation et gestion suivant l'obtention du diagnostic :
 - après une semaine,
 - après six semaines,
 - après trois mois,
 - suivi continu tous les trois à six mois.

Les rendez-vous pour les aiguillages reçus de l'extérieur de la région de Saint John en vue d'obtenir de l'aide pour des soins continus du diabète sont prévus le plus tôt possible, généralement dans un délai d'un mois.

La clinique offre-t-elle une formation sur l'utilisation des pompes à insuline?

Oui

La clinique offre-t-elle des services de sensibilisation au prédiabète et de dépistage connexe?

Non – ne s'applique pas.

Étant donné que notre clinique s'occupe de personnes atteintes de diabète de type 1, nos connaissances médicales actuelles ne nous permettent pas de procéder au dépistage du prédiabète pour le moment.

Services offerts par niveau de prévention

Dans quelle mesure la clinique fournit-elle des services pour chaque niveau de prévention? (Voir l'explication qui se trouve au bas du questionnaire.)

Notre clinique s'occupe presque exclusivement de personnes atteintes de diabète de type 1 et offre donc seulement des services tertiaires à cette population. Compte tenu des normes de pratique et connaissances médicales actuelles relatives au diabète de type 1, la prévention ou le dépistage préliminaire est impossible, sauf dans un établissement de recherche médicale possiblement.

La prévention primaire, le dépistage secondaire et l'éducation pour les enfants et les jeunes à risque pour le diabète de type 2 sont effectués par l'endocrinologue, les pédiatres et la diététiste dans d'autres contextes, mais pas à la Clinique du diabète pédiatrique.

De quel type sont les services offerts à cette population ou clientèle pour chaque niveau de prévention? (primaire, secondaire ou tertiaire)

Comment la clinique veille-t-elle à ce que ses patients aient accès à la gamme complète des services requis, y compris les services communautaires et les services de santé spécialisés? (Par exemple, l'aiguillage vers des spécialistes précis, la liaison avec des services communautaires ou des particuliers.) Ces services sont-ils fournis à même la clinique ou d'autres organismes ou particuliers en lien avec la clinique?**

Tertiaire

- Les aiguillages vers d'autres spécialistes sont effectués par l'endocrinologue ou les pédiatres.
- Les aiguillages vers d'autres services sont effectués par le personnel de la clinique au besoin.

De quelle façon le suivi est-il assuré?

- Par téléphone ou lors d'un contact direct avec le patient et la famille.

**À quelles sources de soins spécialisés faites-vous régulièrement appel? Quelles sont les voies de communication formelles (décrivez les voies de communication applicables à chacune d'elles)?
REMARQUE : Tentez d'abord de les aborder séparément, mais ce n'est pas grave si le répondant les regroupe tous ensemble.**

Endocrinologue

- Elle fait partie de l'équipe de la clinique.

Ophtalmologiste

- sur aiguillage, au besoin.
- examen de dépistage annuel par l'ophtalmologiste ou l'optométriste, rappel donné aux patients et aux familles, et suivi lors des visites à la clinique.

Neurologue

- sur aiguillage, au besoin – rarement nécessaire.

Podiatre

- sur aiguillage, au besoin – rarement nécessaire.

Chirurgien

- sur aiguillage, au besoin – rarement nécessaire.

Autre –

Dermatologue, néphrologue et gastroentérologue

- sur aiguillage, au besoin, suivant le dépistage de complications et de comorbidités effectué lors des visites à la clinique et les suivis.

Travailleur social, psychologue et spécialiste de l'enfance

- Membres importants de l'équipe de soins du diabète au sens large, qui ont une expertise dans les soins auprès des enfants atteints de diabète de type 1 et de leur famille, traitent les patients au cas par cas en consultation lorsque le besoin est déterminé par les membres de l'équipe de base.

Comment la clinique assure-t-elle le traitement des patients souffrant de comorbidités?

- L'équipe rappelle aux patients et aux familles qu'il est nécessaire d'effectuer une surveillance continue des complications, et consigne les résultats ou rapports dans le dossier du patient.
- Lorsque le dépistage effectué dans le cadre d'une visite à la clinique révèle des préoccupations, l'endocrinologue ou le pédiatre procède à un aiguillage vers le spécialiste approprié.
- Le suivi est assuré à la clinique.

Thème 2 : Autogestion

Quel est le rôle du patient et de la famille dans la gestion de la maladie?

Qu'en est-il du rôle du professionnel à cet égard?

L'objectif de l'éducation et du soutien est l'autogestion du diabète de type 1 par le patient, selon l'âge de celui-ci, et par la famille. Le rôle des membres de l'équipe consiste à faciliter la gestion du diabète de type 1 par le patient et les parents, et à les soutenir à mesure qu'ils deviennent indépendants.

Comment les relations entre les professionnels et les patients sont-elles perçues?

En tant qu'équipe de soins du diabète, nous plaçons le patient et la famille au cœur de notre travail. Notre objectif est d'établir une relation chaleureuse et interactive avec le patient et la famille qui facilite l'échange d'information.

Qui est responsable de définir les problèmes des patients et les solutions à ceux-ci?

Le patient, la famille et les membres de l'équipe ont tous une responsabilité à cet égard. Lors de chaque visite à la clinique, les patients rencontrent la diététiste, une infirmière et un médecin. Chaque professionnel examine les problèmes et les préoccupations avec le patient et la famille, et ils élaborent ensemble un plan de gestion en fonction de l'âge du patient et de son stade de développement.

Éducation auprès des patients :

Quels sont les types offerts?

- Séances d'éducation individuelles et suivi avec chaque famille.
- Dans le passé, des classes ont été données, mais, compte tenu des besoins individuels, des catégories d'âge diverses et des stades de développement de la population servie, ces classes n'ont pas reçu un accueil favorable.

Quels sont les thèmes abordés?

- Autogestion du diabète de type 1.
- Saine alimentation et calcul des glucides.
- Vie active.
- Technique d'injection de l'insuline.
- Ajustement du dosage d'insuline.
- Surveillance de la glycémie.
- Prévention de l'acidocétose diabétique.
- Gestion des jours de congé de maladie.
- Gestion de l'hypoglycémie.
- Formation sur les pompes à insuline et gestion.
- Selon l'âge – d'autres sujets comme le départ de la maison, la conduite automobile avec le diabète et l'alcool.

Méthodes utilisées?

Les séances d'éducation individuelles avec les patients et leur famille sont réalisées à l'aide de divers outils didactiques, notamment :

- des documents de l'Association canadienne du diabète;
- des documents de l'Hôpital pour enfants de la C.-B.;
- des documents de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto (Sick Kids);
- des documents de l'Hôpital IWK;
- de nombreux documents élaborés de manière indépendante.

Quels sont les objectifs du travail d'éducation auprès des patients?

- Le travail d'éducation auprès des patients a pour objectif ultime de faire en sorte que le patient développe ses aptitudes à prendre soin de lui-même (selon l'âge et le stade de développement).

Qui participe à l'éducation des patients?

- La famille joue un rôle clé dans la prise en charge de l'enfant ou du jeune atteint de diabète de type 1, et le travail d'éducation des patients est orienté vers la famille. Nous encourageons les membres de la famille élargie à participer.

Dans l'ensemble, quel niveau ou degré d'autogestion atteignent les patients?

- Les diverses compétences acquises varient en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant, des aptitudes en matière de résolution de problèmes de la famille et des mesures de soutien. Nous encourageons toutes les familles à développer des compétences d'autogestion.

De quelle façon l'autogestion est-elle appuyée? L'équipe est-elle disponible pour offrir des conseils, y compris en dehors des heures d'ouverture? Quels sont les outils utilisés? Des contrats sont-ils rédigés avec les patients?

- Le soutien d'un médecin est offert 24 heures sur 24.
- Les infirmières sont disponibles quatre jours par semaine, et la diététiste, cinq jours par semaine pendant les heures de travail.
- Les courriels, les messages téléphoniques et les télécopies sont vérifiés régulièrement.
- Il est également possible de joindre les membres de l'équipe au moyen d'un numéro de téléavertisseur ou de cellulaire après les heures normales de bureau, particulièrement pour les familles dont un membre a nouvellement reçu un diagnostic de diabète ou lors de l'initiation à l'utilisation des pompes.
- Les contrats écrits ont été mis à l'essai sans trop de succès avec des adolescents plus âgés et leur famille dans le passé, et ne sont donc plus utilisés.

De quelle façon l'équipe appuie-t-elle l'autogestion des problèmes de santé autres que le diabète?

- L'équipe se concentre principalement sur le diabète.
- Nous prenons en considération d'autres problèmes de santé comme la maladie cœliaque, l'hypothyroïdie, le syndrome de Down, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, l'autisme et d'autres maladies, mais il ne s'agit pas de la priorité de la clinique.

Dans quelle mesure l'autogestion est-elle appuyée? Justifiez votre réponse et expliquez en quoi l'objectif de l'autogestion a été réellement atteint.

- L'autogestion est l'objectif et le modèle que nous utilisons pour l'éducation et le suivi de nos patients. Le travail d'éducation est axé sur la gestion et le traitement du diabète, notamment le traitement des faibles taux de glycémie, le calcul des glucides, l'administration de l'insuline et l'ajustement du dosage, la surveillance de la glycémie et le traitement des taux de glycémie élevés.
- Le nombre de visites à l'hôpital à la suite de complications entourant la gestion du diabète après le diagnostic initial est minime, ce qui nous donne une bonne indication que les patients et leur famille gèrent plutôt bien le diabète.

Thème 3 : Approche de l'équipe

À votre connaissance, qui sont les membres de l'équipe de la clinique à l'interne et à l'extérieur?

Membres de l'équipe de la clinique :

- Tara McAfee, IA, EAD Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète (0,4 ETP);
- Allison Crowell, IA, EAD Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète (0,4 ETP);
- Lori Waller, IA Infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète – en disponibilité;
- Janet von Weiler, Dt. P., EAD Diététiste (0,2 ETP);
- Dre Susan Sanderson Endocrinologue pédiatre (6 h/semaine à la clinique +);
- Dre Marianne McKenna Pédiatre (3 h/mois à la clinique);
- Dr Marc Nicholson Pédiatre (3 h/mois à la clinique);
- Dre Wendy Alexander Pédiatre (3 h/mois à la clinique);
- Erin Connelly Soutien administratif pour la D^{re} Sanderson.

Membres de l'équipe à l'extérieur :

- deux psychologues pour enfants;
- travailleur social;
- médecin de famille;
- spécialiste de l'enfance;
- bibliothécaire du centre de ressources pour les patients et les familles;
- soutien administratif supplémentaire.

Quelles sont les qualifications professionnelles et la formation complémentaire des personnes susmentionnées? Avez-vous établi un mécanisme pour la formation?

- Tous les professionnels sont des membres agréés de leur association professionnelle et possèdent une spécialisation et une formation en pédiatrie et en diabète de type 1.
- Les infirmières enseignantes et la diététiste sont des éducatrices agréées en diabète et des formatrices agréées à l'utilisation de la pompe à insuline.

Quels sont les types de matériel didactique et d'activités d'éducation auxquels les membres de l'équipe ont recours pour se tenir à jour? Un soutien organisationnel est-il offert pour les activités d'éducation?

- la conférence nationale de l'Association canadienne du diabète (une fois tous les deux ans);
- la conférence annuelle provinciale des éducateurs spécialisés en diabète;
- les réunions et les ateliers locaux à l'intention des éducateurs spécialisés en diabète;
- les webinaires parrainés par l'ACD et la SED ou diverses autres sources au sein de l'industrie;
- les déjeuners-conférences et autres possibilités d'apprentissage offertes par des représentants de l'industrie;
- les journaux et les articles professionnels sur les soins du diabète et les pratiques exemplaires connexes.

Les congés de formation sont approuvés par l'intermédiaire du Réseau de santé Horizon conformément aux conventions collectives applicables.

Comment les rôles sont-ils définis?

Les rôles sont définis en fonction de notre profession et de notre domaine d'expertise.

Quel est le degré de chevauchement entre les rôles des membres de l'équipe?

Les rôles de chaque membre de l'équipe sont distincts, et leur chevauchement est minime. Les questions du patient ou de sa famille qui relèvent davantage de la compétence d'un autre professionnel sont redirigées.

Qui est le coordonnateur de l'équipe?

Personne n'est officiellement désigné à titre de coordonnateur de l'équipe. La coordination est un effort de groupe fondé sur une approche de collaboration. Différents membres de l'équipe peuvent assumer ce rôle pour un projet ou un problème donné selon leurs connaissances et leurs talents.

Qui est le chef de l'équipe? De quelle façon exerce-t-il ce rôle?

La D^{re} Susan Sanderson est la chef d'équipe. Les décisions et les mesures sont prises à l'aide d'une approche qui facilite la collaboration.

Décrivez le rôle des ressources communautaires en rapport avec l'équipe. Par quels moyens la communauté est-elle invitée à participer aux soins?

- participation et mobilisation du personnel des écoles;
- groupe de soutien aux familles – Silly Frogs;
- collaboration avec le ministère des Services sociaux au besoin;
- FRDJ;
- ACD.

Décrivez le rôle des ressources de l'hôpital en rapport avec l'équipe?

- salaires des membres de l'équipe;
- espace de travail et matériel;
- espace de la clinique;
- médecine de laboratoire.

Quel est le rôle de l'équipe dans les soins aux patients hospitalisés?

- L'éducation du patient et de la famille concernant l'hospitalisation liée au diabète.
- La résolution de problèmes et un soutien liés aux soins du diabète pendant les séjours à l'hôpital attribuables à d'autres problèmes.
- Les pédiatres sont directement responsables des soins médicaux quotidiens prodigués au patient.

Décrivez les moyens de communication informels entre les membres de l'équipe (y compris avec ceux de l'extérieur de la clinique). Quel est leur degré d'efficacité?

Ils sont très efficaces.

- Les membres de base de la clinique travaillent dans une zone centrale et discutent et communiquent ensemble tous les jours.
- Parmi les autres moyens de communication figurent le téléphone, le courriel et le télécopieur.
- Réunions d'équipe régulières.

Décrivez les moyens de communication formels entre les membres de l'équipe (y compris avec ceux de l'extérieur de la clinique). Quel est leur degré d'efficacité?

Ils sont très efficaces.

- Une tournée est effectuée une fois par semaine par des membres de l'équipe.
- Des réunions sont tenues assez régulièrement pour planifier la structure et l'installation de la clinique.
- Il y a fréquemment des discussions par courriel.

Sur quoi s'appuient les membres de l'équipe pour mener leurs interventions? Les membres utilisent-ils des lignes directrices, protocoles, feuilles de soins ou d'autres outils courants fondés sur des données probantes? Comment décidez-vous des outils à utiliser? De quelle façon les mises à jour des outils sont-elles intégrées aux pratiques de l'équipe?

- les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète;
- les Lignes directrices consensuelles de pratique clinique de la Société internationale pour le diabète de l'enfant et de l'adolescent;
- les feuilles de soins et les feuilles de travail de l'ACD;
- une révision et mise à jour continue de la pratique.

De quelle façon la communication entre les membres de l'équipe est-elle maintenue? Comment est-elle maintenue entre le coordonnateur, le chef et les membres de l'équipe?

Nous travaillons tous ensemble en étroite collaboration. Nous discutons également tous les jours.

Comment évaluez-vous les processus et les résultats des soins aux patients? À quelles fins les résultats de ces évaluations sont-ils utilisés?

- suivi d'une série de résultats de l'analyse de l'A1c;
- suivi des taux d'admission de l'hôpital;
- groupes de discussion;
- projet de recherche – enquête sur les familles dont un membre a nouvellement reçu un diagnostic (trois mois après le diagnostic);
- les renseignements recueillis sont examinés régulièrement et sont utilisés pour planifier les programmes et les services offerts par la clinique et se pencher sur les préoccupations non abordées.

De quelle façon assurez-vous la qualité des soins?

- En assurant un suivi étroit et en accordant une attention personnalisée aux besoins.

Quels sont les principaux services que vous offrez qui, selon vous, font vraiment une différence dans la vie de vos clients?

- Le suivi continu auprès des patients et des familles.
- Les soins et l'attention personnalisés.

Manque-t-il quelque chose? Aimerez-vous fournir des services qui ne sont pas offerts?

- Il serait grandement apprécié de bénéficier de services de secrétariat ou d'un soutien administratif pour fixer les rendez-vous des patients à la clinique et effectuer les rappels téléphoniques, car cette fonction est actuellement assumée par le personnel infirmier, dont le temps serait mieux utilisé s'il pouvait se concentrer sur les soins et l'éducation des patients plutôt que sur des fonctions administratives.
- La transition vers un programme de soins pour adultes est en cours de préparation depuis un certain temps, et il serait profitable pour les adolescents plus âgés et leur famille si nous investissions assez de temps et de ressources pour tester et lancer le programme.
- La thérapeute familiale qui faisait auparavant partie de l'équipe a apporté une précieuse contribution à de nombreuses familles. Lorsqu'elle a été réaffectée, elle n'a pas été remplacée au sein de l'équipe.
- Nous ne disposons pas du temps et des ressources nécessaires à l'incorporation des nouveaux outils didactiques comme les plans de conversation dans le programme de la clinique.

Thème 5 : Soutien offert par l'équipe

Disponibilité

À votre avis, quel est le niveau de disponibilité du service? Par exemple, le volume de services offerts par rapport à la demande?

- L'équipe répond aux besoins dans l'ensemble.

Quel est le délai d'attente pour un premier service?

- Dans les 24 heures suivant le diagnostic.

Quel est le délai d'attente pour les visites de suivi?

- Elles ont lieu dix jours, six semaines, trois mois après le diagnostic et ensuite sur rendez-vous selon l'horaire normal de la clinique.

Y a-t-il des services offerts par téléphone ou contact indirect?

- Oui. Nous répondons aux appels du lundi au jeudi et vérifions les messages vocaux toute la semaine.
- Nous interagissons également avec les patients et les familles par télécopieur et par courriel.

Accessibilité

Quelle est la durée du trajet pour les clients les plus éloignés du service?

- De quatre à cinq heures en voiture.

En moyenne, quelle est la durée du trajet pour les clients?

- D'une demi-heure à une heure et demie en voiture.

Dans quelle proportion environ la population servie peut-elle accéder aux services à l'aide du transport public?

- Environ 30 p. 100.

Comment les clients se rendent-ils à la clinique? Quel type d'aide est offert à ceux qui ont de la difficulté à se rendre à la clinique?

- En véhicule privé en règle générale, parfois en utilisant les transports en commun.
- Un financement est offert par l'intermédiaire du programme Fuel to Care d'Irving pour aider certaines familles avec les coûts.
- Des permis de stationnement sont offerts aux familles qui possèdent une carte santé du ministère du Développement social.

La clinique offre-t-elle des services à distance? Les clients de la clinique ont-ils recours à des services à distance (d'autres fournisseurs de services)?

- Nous communiquons avec le patient et la famille par téléphone, par télécopieur et par courriel .
- Nous avons utilisé la vidéoconférence avec certaines familles éloignées, par l'intermédiaire de leur établissement de soins de santé local.
- Les analyses de sang peuvent être effectuées près du domicile des clients.

De quelle façon les patients communiquent-ils avec la clinique?

- en personne;
- téléphone;
- courriel;
- télécopieur.

Combien de patients parmi ceux qui ont fixé un rendez-vous ne s'y présentent pas?

- De 20 à 25 p. 100. La plupart d'entre eux nous appellent avant leur rendez-vous à la clinique pour nous aviser qu'ils ne seront pas en mesure de venir.

Quelles sont les raisons données par ceux qui ne se présentent pas à leur rendez-vous?

- Conflit avec l'horaire de travail des parents (l'employeur ne leur permet pas de s'absenter pour des rendez-vous concernant les enfants).
- Calendrier scolaire – examens, etc.
- Difficultés liées au transport.
- Météo.

Quels sont les efforts déployés pour accroître la présence aux rendez-vous fixés?

- Un rappel téléphonique est effectué un mois à l'avance et une semaine avant le rendez-vous.
- L'horaire est souple pour répondre aux demandes lorsque c'est possible.

De quelle façon sont fixés les premiers rendez-vous? Qu'en est-il des rendez-vous de suivi? Comment procède-t-on pour confirmer les rendez-vous ou rappeler les rendez-vous aux patients?

- Les premiers rendez-vous et les rendez-vous de suivi sont fixés la journée de l'annonce du diagnostic, et un rappel téléphonique est effectué pour tous les rendez-vous subséquents.

Installations

Quelles sont les heures d'ouverture de la clinique?

- De 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au jeudi.

Quels types de consultations sont offerts (sur rendez-vous, sans rendez-vous, en personne, par téléphone ou par courriel)?

- Tout ce qui précède.

Quels types de consultations sont offerts (sur rendez-vous, sans rendez-vous, en personne, par téléphone ou par courriel)?

- D'une demi-heure à une heure d'attente selon la journée.

Quel est le temps d'attente pour une consultation fixée par rendez-vous?

- Environ un mois entre la nouvelle consultation offerte et la date du rendez-vous.
- Dans les 24 heures suivant un nouveau diagnostic.
- Le temps d'attente le jour du rendez-vous varie, mais se situe entre une demi-heure et 45 minutes.

De quelle façon la clinique répond-elle aux besoins spéciaux de certains patients, par exemple la déficience visuelle, la mobilité réduite, les personnes qui ont des enfants...?

- Nous répondons aux besoins spéciaux au cas par cas – les problèmes d'analphabétisme, les difficultés d'apprentissage, la déficience auditive ou visuelle, la dépendance à l'oxygène d'appoint, etc.
- Par définition, tous les clients de notre clinique sont des enfants ou des jeunes.

Abordabilité

Quelles autres dépenses le patient doit-il engager pour obtenir les soins appropriés (déplacement, stationnement, logement, besoins alimentaires, installations d'exercice, etc.)?

- Les parents doivent s'absenter du travail, et ces heures sont généralement non payées.
- Les frais de déplacement.
- Un logement pour la nuit pour certaines familles de l'extérieur de la ville.
- Le coût des soins du diabète – l'insuline, la surveillance de la glycémie, régimes alimentaires spéciaux, etc.

L'acceptabilité

Comment savez-vous que vous avez répondu aux besoins d'un client ou que faites-vous pour vous assurer que vous y répondez? De quelle façon mesurez-vous la satisfaction des clients et de leur famille?

- Dans le passé, nous avons mené des enquêtes et organisé des groupes de discussion avec les parents et les enfants ayant le diabète.
- À l'heure actuelle, nous effectuons une enquête dans le cadre d'un projet de recherche concernant la satisfaction à l'égard des premières interactions suivant le diagnostic.

Y a-t-il eu des plaintes au sujet des services de la clinique? Si oui, sur quels secteurs portaient-elles et qu'a-t-on fait pour les régler?

- Le temps d'attente dans la file d'inscription.
- Le temps d'attente au laboratoire d'analyse de sang.
- Nous avons discuté de ces problèmes à diverses reprises avec les deux services, et avons tenté d'apporter des améliorations dont le succès a été limité – les demandes à l'égard du système et les problèmes liés au personnel sont généralement à la source du problème.

De quelle façon la clinique tient-elle en compte des différences culturelles et linguistiques?

- Recours à des services de traduction au besoin.
- L'Association canadienne du diabète offre certains documents traduits.
- Nous tentons d'être à l'écoute des besoins individuels de tous nos patients.

De quelle façon la clinique tient-elle compte des problèmes d'alphabétisation?

- Un certain nombre d'outils visuels ont été créés par l'Association canadienne du diabète, et il en existe de nombreux autres provenant d'autres sources.
- Beaucoup d'outils visuels sont disponibles pour l'enseignement aux jeunes enfants qui ne savent pas encore lire et écrire.
- La clinique a élaboré un certain nombre d'outils comme des feuilles de calcul pour aider les personnes qui ont des difficultés à effectuer des calculs.



Hôpital de Moncton – Clinique de pédiatrie

135, avenue MacBeath
Moncton (N.-B.)
T : 506.857.5111

Type de clinique :
Pédiatrie

Profil de la clinique

La clinique de pédiatrie de Moncton se trouve dans l'Hôpital de Moncton, situé au 135, avenue MacBeath, à Moncton.

En tant que centre de soins intensifs et de traumatologie de niveau 2, l'Hôpital de Moncton est l'hôpital de recours aux Maritimes, accueillant les patients du Nouveau Brunswick, de l'Île du Prince Édouard et du nord de la Nouvelle Écosse qui ont besoin de soins actifs ou de soins de traumatologie. De plus, l'hôpital offre des soins généraux ainsi que les sous spécialités médico chirurgicales suivantes : neurochirurgie, oncologie, radiologie interventionnelle, services aux femmes et aux enfants (y compris les soins néonataux intensifs).

La clinique a vu le jour il y a environ douze ans avec le Dr Bensaleh, une infirmière éducatrice spécialisée en diabète et une diététiste. Elle compte maintenant six pédiatres et, au besoin, des spécialistes du milieu de l'enfant, des travailleurs sociaux et des psychologues. Depuis, une infirmière à temps partiel supplémentaire s'est également jointe à l'équipe.

Un changement majeur est survenu au cours des dernières années : l'utilisation de pompes à insuline et le besoin de formation relativement aux différents modèles de pompes.

Mandat de la clinique

La clinique a pour mission de rester à l'avant garde des nouveautés et d'aider les enfants et les jeunes adultes qu'elle dessert à passer au monde adulte. Son champ d'intérêt va au delà du besoin du patient; il inclut la famille du patient : « *how can we help the family unit?* » (« *Comment pouvons nous aider l'unité familiale?* »)

Comblent les besoins de la population

La clinique traite un total de 60 à 80 patients, lesquels sont généralement suivis tous les trois ou quatre mois. Habituellement, un patient et sa famille visitent une clinique structurée tous les quatre mois. Un pédiatre est présent à la clinique pendant treize jours tous les trois ou quatre mois. Les médecins tentent de prévoir des rendez vous de 45 minutes, mais lorsque tous les membres de l'équipe sont présents au même moment (famille, patient et fournisseurs de soins de santé), la rencontre dure habituellement une heure. Ils rencontrent habituellement six patients par jour.

En plus de voir les patients en personne, les patients peuvent également communiquer avec eux par téléphone et par courriel. S'ils le souhaitent, ils peuvent leur envoyer leur dossier par courriel une fois par semaine. Il est possible de rejoindre une infirmière autorisée en pédiatrie sur son téléavertisseur tous les jours 24 heures sur 24, car la famille doit être en mesure de communiquer avec quelqu'un qui connaît son dossier lorsqu'elle en a le plus besoin.

La clinique dessert la région couverte par le District scolaire anglophone est, qui inclut les écoles anglophones de Port Elgin à Richibucto, et de Richibucto à Riverside Albert. Il y a aussi quelques patients de Parrsboro et d'Amherst en Nouvelle-Écosse pour qui il est plus facile de se rendre à Moncton qu'à Halifax.

Une partie du service offert consiste à se rendre dans les écoles pour sensibiliser les enseignants dont un des élèves est atteint de diabète. La grande majorité des patients sont atteints d'un diabète type 1.

Comme la clinique s'occupe des patients pédiatriques atteints de diabète type 1, elle ne passe pas beaucoup de temps sur les comorbidités. Elle effectue toutefois des dépistages de la maladie coeliaque, de la glande thyroïde et du cholestérol, et dirige les patients vers un ophtalmologiste tous les deux ans.

Niveaux de prévention

**Primaire
(prévention de la
maladie, promotion
de la santé) :**

La clinique effectue peu de travaux relatifs aux patients prédiabétiques, car elle s'occupe principalement de patients atteints de diabète type 1. Des renseignements en matière de nutrition sont offerts dans les écoles.

**Secondaire
(dépistage et
diagnostic précoce) :**

Encore une fois, comme la clinique traite les patients atteints de diabète type 1, aucun travail n'est effectué dans ce domaine.

Tertiaire :

Il s'agit du niveau de service le plus important pour la clinique. Tous les nouveaux patients vont d'abord à l'hôpital, puis une recommandation générale est formulée à toute l'équipe.

Assurer le suivi :

Les absences aux rendez vous ne posent pas vraiment problème; lorsqu'elles surviennent, elles sont habituellement liées à la météo. Les bureaux des pédiatres envoient des rappels concernant les visites à la clinique.

Équipe de la clinique

**Membres de l'équipe
à l'interne :**

L'équipe est composée de six pédiatres, d'une infirmière éducatrice spécialisée en diabète, d'une diététiste et d'une infirmière à temps partiel.

**Membres de l'équipe
à l'extérieur :**

L'équipe est composée de spécialistes du milieu de l'enfant, de travailleurs sociaux, de psychologues et de pharmaciens.

Communication :

Les principaux membres de l'équipe se rencontrent une fois par semaine. La clinique a recours à un système de documents sur papier auquel tous les membres de l'équipe ont accès.

Modèle :

La clinique obéit à l'Association diabétique du Canada (ADC) relativement aux normes cliniques, mais elle se soumet également aux normes internationales. En ce qui a trait aux outils officiels, elle a adapté ceux du centre de soins de santé IWK à ses propres besoins. L'outil d'évaluation trimestrielle des patients atteints de diabète est un mélange d'autres outils. La principale caractéristique de cette clinique est que tous les membres de l'équipe rencontrent les patients ensemble, plutôt que de procéder à des rencontres individuelles avec chaque professionnel de la santé.

**Structure
de l'équipe :**

La clinique comprend un coordonnateur, mais elle est davantage dirigée en concertation et c'est la personne la plus impliquée auprès de l'enfant qui joue ce rôle. Un chef d'équipe est nommé pour chaque personne, et, la plupart du temps, c'est l'infirmière qui obtient le rôle de coordonnateur.

Autogestion

Rôle du patient :	Le patient a la responsabilité de contrôler et de prendre en charge sa santé avec l'aide de la clinique.
Relation entre les professionnels et les patients :	La clinique doit fournir à la famille les moyens et les connaissances dont elle a besoin pour prendre soin de son enfant. Elle conclut des contrats, renouvelés chaque année, avec certains adolescents qui utilisent des pompes à insuline, de sorte à encourager l'utilisation des pompes.
Éducation auprès des patients :	De sept à huit modules sont présentés en classe : qu'est ce que le diabète, qu'est ce que l'insuline, surveillance de la glycémie, décompte des glucides et nutrition, exercice et diabète, gestion des jours de congé de maladie, et diabète et école. La clinique a aussi recours à des plans de conversation. En ce qui a trait à la formation sur l'utilisation de la pompe, une séance préalable à l'utilisation de la pompe et une séance sur l'utilisation de la pompe sont offertes sous forme de rencontres individuelles avec le patient et sa famille.
Principaux services offerts :	Les patients ont la possibilité de communiquer avec leur infirmière en tout temps. « <i>There is an individualized care plan and when patients are done with us we hope they feel empowered to care and manage their health and diabetes.</i> » (« <i>Un plan de soins personnalisés est mis place, et, lorsqu'ils n'ont plus affaire à nous, nous espérons que les patients se sentent capables de prendre soin de leur santé et de gérer leur diabète.</i> »)
Proportion des patients contrôlés :	On croit que plus de la moitié des patients se prend en charge de façon raisonnable.

Disponibilité - Satisfaire à la demande

La clinique de pédiatrie est ouverte de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi. En cas de nouveau diagnostic pendant la fin de semaine, l'éducateur spécialisé en diabète se rendra sur place afin de rencontrer le patient et de calmer ses inquiétudes.

Services manquants :	« <i>We would love to have a transition clinic for those 19 to 25 who have different needs from children and adults and who do not fit into either group.</i> » (« <i>Nous aimerions disposer d'une clinique de transition pour les jeunes de 19 à 25 ans qui ont des besoins différents des enfants et des adultes, et qui ne correspondent à aucun des deux groupes.</i> ») « <i>How do I manage my diabetes as I am trying to figure out my life?</i> » (« <i>Comment gérer mon diabète alors que je tente de définir ma vie?</i> »)
Temps d'attente :	La clinique reste en contact avec les nouveaux patients tous les jours lorsqu'ils sont renvoyés de l'hôpital et que leur état est stable. Les familles communiquent principalement avec la clinique par courriel pendant la semaine pour envoyer les rapports de glycémie. Si la clinique ressent le besoin de ramener une famille entre les cliniques, elle peut obtenir un rendez vous dans un délai de deux semaines. Peu de familles se rendent à la clinique sans rendez vous. Le cas échéant, on tente de les rencontrer, si possible.

**Méthodes
d'offre de service :**

La clinique offre des services en personne, par téléphone et par courriel. Elle se rend également dans les écoles et propose une éducation en santé communautaire.

Distances :

Même si certaines personnes mettent environ une heure en voiture pour se rendre à la clinique, celle-ci n'a pas été mise au courant de problèmes majeurs en matière d'accès.

Comblent les besoins des patients

**Niveaux de
satisfaction :**

La clinique participe au sondage sur la satisfaction du Réseau de santé Horizon et demande une rétroaction pendant les rendez vous.

Dépenses :

Le Programme de pompes à insuline à usage pédiatrique (PPIP) lancé l'année passée a aidé, mais les bandelettes et les capteurs sont dispendieux. Par exemple, les capteurs coûtent 60 \$ et durent six jours. Par conséquent, les personnes les utilisent durant une période, consignent les données et apportent les ajustements nécessaires, puis cessent de les utiliser pendant un certain temps.

**Prise en compte des
besoins spéciaux :**

La clinique est adaptée aux personnes en fauteuil roulant et à celles ayant des problèmes de vue.

**Prise en compte des
différences culturelles
et des niveaux
d'alphabétisation :**

Pendant l'évaluation psychosociale qui a lieu à la première rencontre avec l'enfant et sa famille, on évalue le taux d'alphabétisation et les préférences ou différences culturelles. Celles-ci seront utilisées pour adapter l'enseignement et le plan de traitement.



**Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick**

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

T 1.877.225.2521

F 1.506.869.6282

E info@csnb.ca

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette

100, rue des Aboiteaux, local 2200

Moncton (N.-B.)

E1A 7R1