



Exemple de réussite :

Gestion des maladies chroniques par l'Équipe de santé familiale New Vision

Situation :

L'Équipe de santé familiale New Vision est un cabinet de soins primaires de Kitchener (Ontario) surchargé. En moyenne, les résultats obtenus pour les patients du cabinet atteints de diabète de type 2 ne sont pas conformes aux lignes directrices de pratiques cliniques. L'équipe s'est rendu compte qu'elle devait modifier son système de gestion des maladies chroniques pour améliorer les soins prodigués aux patients. Au début, elle a concentré ses efforts sur une liste de 70 patients atteints de diabète de type 2 clients d'un médecin chevronné.

Objectif :

Satisfaire ou surpasser les recommandations des directives sur les pratiques cliniques exemplaires afin d'améliorer les résultats pour les patients atteints de diabète de type 2.

Mesures :

Lire la section Résultats qui décrit les quatre processus et les cinq mesures utilisés par l'Équipe New Vision.

Changements :

- Établissement d'un plan de soins pour les patients atteints de diabète de type 2 afin de modifier la façon dont ils se prennent en charge :
- patients nouvellement diagnostiqués ou qui contrôlent mal leur diabète de type 2 ou sont en état prédiabétique et ont été orientés vers un programme d'information sur le diabète dirigé par une diététiste autorisée.
- Une infirmière praticienne et une diététiste autorisée ont assuré un suivi personnalisé au cours du mois qui a suivi la séance de groupe, puis un suivi constant jusqu'à ce que l'état des patients se stabilise.
- Une fois l'état des patients stabilisé, des rendez-vous ont été pris pour que les patients rencontrent tous les trois mois à tour de rôle une infirmière praticienne et un médecin.
- Modification du formulaire d'évaluation utilisé par le personnel afin d'y inclure les questions nécessaires pour recueillir les renseignements sur les patients nécessaires pour le dossier médical électronique.
- Création d'un registre du diabète afin d'identifier les personnes qui n'ont pas été examinées pendant plus de six mois, de faire des analyses de sang et d'organiser les rendez-vous de suivi.
- Achat de matériel médical (Neuropen®) qui a permis aux professionnels paramédicaux du cabinet d'examiner les pieds des patients, qui devaient ôter leurs chaussures et leurs chaussettes dès leur arrivée dans le cabinet.
- Établissement de tableaux normalisés pour tous les professionnels paramédicaux leur permettant de suivre les dates des derniers examens des yeux et des pieds des patients et discussion des objectifs des patients en matière d'autogestion.
- Adoption d'une approche collective de prestation des soins afin de mettre à profit toutes les compétences de chaque soignant.

Équipe AQ :

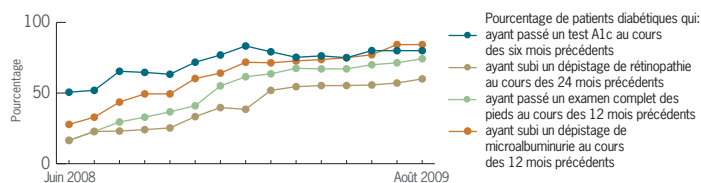
L'équipe New Vision comprend 10 médecins, deux infirmières praticiennes, trois infirmières autorisées, trois infirmières auxiliaires autorisées, un pharmacien, une diététiste et deux travailleurs sociaux en association avec le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation.

Résultats :

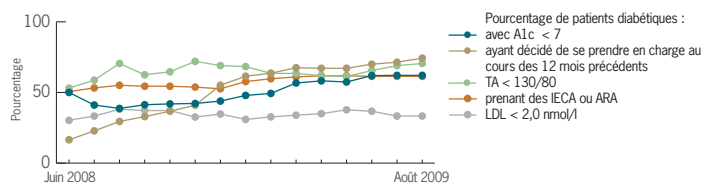
L'équipe New Vision a amélioré les résultats dans toutes les mesures, sauf une, en moins de 18 mois.

Pourcentage de patients diabétiques qui ont suivi les tests suivants :	Objectif visé	Point de départ	Août 2009
A1c ≤ 7	>60 %	50 %	62 %
LDL ≤ 2.0 nmol/l	>65 %	17 %	33 %
TA $\leq 130/80$	>55 %	51 %	71 %
Prend des IECA ou des ARA	>60 %	30 %	61 %
Dépistage de la rétinopathie au cours des 24 mois précédents	>90 %	17 %	60 %
Examen complet des pieds au cours des 12 mois précédents	>90 %	17 %	74 %
Test A1C au cours des 6 mois précédents	>90 %	51 %	80 %
Dépistage de la microalbuminurie au cours des 12 mois précédents	>65 %	28 %	84 %
Objectifs d'autogestion documentés en 12 mois	>70 %	17 %	74 %

Indicateurs des mesures d'amélioration de la gestion du diabète, Équipe de santé familiale New Vision



Indicateurs des mesures d'amélioration de la gestion du diabète, Équipe de santé familiale New Vision



Étapes suivantes :

L'équipe New Vision continuera de s'appliquer à améliorer les résultats cliniques, y compris les niveaux LDL (mesure qui ne s'est pas améliorée), en utilisant les cycles d'amélioration de la qualité Planification-Exécution-Étude-Action. Par exemple, l'équipe teste des liens avec des optométristes communautaires pour faciliter le partage des résultats des examens de dépistage de la rétinopathie diabétique. L'Équipe de santé familiale s'efforcera également de maintenir les changements et d'en faire profiter ses autres patients diabétiques; en outre, elle instaurera des modèles similaires pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.