

Cadre de référence du guichet unique en maladies chroniques pour le Nord-du-Québec



**CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES**



Janvier 2013

Rédaction :

Vincent Rajotte, agent de planification, de programmation et de recherche
Véronique Bourget, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels (DAMSSP)

En collaboration étroite avec les membres du comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques : voir Annexe II pour la liste des membres.

Ce document a en partie été inspiré de :

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT JEAN,
Cadre de référence de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques, Chicoutimi, ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2003, 26 p.

Pour obtenir une copie de ce document, vous adresser au :

Centre de documentation
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James)
312, 3^e Rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N5
Téléphone : 418 748-3575

Toute modification à ce document nécessite l'accord préalable du comité régional de lutte contre le cancer et les maladies chroniques.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SIXIÈME SÉANCE PUBLIQUE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, TENUE LE 15 JANVIER 2013 À 13 H, À
CHIBOUGAMAU

**POINT 16 CADRE DE RÉFÉRENCE DU GUICHET UNIQUE EN MALADIES
CHRONIQUES**
Résolution no CRSSSBJ-2013-01-078

Considérant que le cadre de référence vise à répondre à la complexité des besoins en lien aux maladies chroniques et aux facteurs de risque afférents, tout en facilitant la trajectoire des usagers;

Considérant que cette proposition a directement trait à une priorité régionale, à savoir les maladies chroniques et qu'elle permet de concrétiser un des projets compris au *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques*, adopté par le CRSSS de la Baie-James le 26 mai 2009 (résolution CRSSSBJ-2009-05-167);

Considérant que cette proposition correspond aux lignes directrices du document ministériel *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, présenté le 27 septembre 2012 à Montréal;

Considérant que cette proposition a pour but ultime de diminuer les fréquences de crises aiguës, d'hospitalisations ou d'admissions à l'urgence pour la clientèle ayant des maladies chroniques ou des facteurs de risque;

Considérant que cette proposition vise à optimiser l'utilisation des ressources en première ligne, à favoriser le travail interdisciplinaire entre professionnels de la santé et à promouvoir le rôle d'autogestion de l'utilisateur;

Considérant l'avis favorable des membres du comité de direction;

Considérant la recommandation de la présidente-directrice générale;

IL EST DÛMENT PROPOSÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- D'adopter le Cadre de référence du guichet unique en maladies chroniques pour le Nord-du-Québec comme présenté, afin qu'il puisse être appliqué dans les centres de santé du CRSSS de la Baie-James.

La présidente-directrice générale et
secrétaire du conseil d'administration,



Nathalie Boisvert

Liste des sigles et abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral

CRSSS de la Baie-James : Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

CT : Circonférence de taille

DAMSSP : Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels

DSIP : Direction des soins infirmiers et des programmes

DSP : Direction de santé publique

FMCQ : Fondation des maladies du cœur du Québec

GMF : Groupe de médecine familiale

HDL : Lipoprotéine de haute densité (*High density lipoprotein*)

HGO : Hypoglycémifiants oraux

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

INSPQ : Institut de la statistique du Québec

LDL : Lipoprotéine de basse densité (*Low density lipoprotein*)

MPOC : Maladies pulmonaires obstructives chroniques

MCV : Maladies cardiovasculaires

PI : Plan d'intervention

PSI : Plan de services individualisé (interdisciplinaire)

RQAM : Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC

SAD : Soutien à domicile

TA : Tension artérielle

Table des matières

Liste des sigles et abréviations	I
Introduction	1
<i>Portrait statistique</i>	1
Objectifs du guichet unique	3
Clientèles visées	4
Rôles des différents professionnels impliqués	5
<i>Infirmières pivots</i>	5
<i>Inhalothérapeutes</i>	7
<i>Kinésiologues</i>	7
<i>Nutritionnistes</i>	8
<i>Travailleurs sociaux</i>	8
Rencontres liées au guichet unique en maladies chroniques	9
Modalités d'accès	9
<i>Liens à assurer avec le médecin de famille</i>	10
Organisation des services au plan local	11
Schéma résumé du guichet unique en maladies chroniques	12
Exemples de trajectoires de soins selon la pathologie	13
<i>Diabète</i>	13
<i>Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)</i>	14
<i>Maladies cardiovasculaires (MCV)</i>	15
Références	16

Liste des graphiques et schémas2

Graphique 1 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	2
Schéma 1 : Mécanisme d'accès au guichet unique en maladies chroniques	10
Schéma 2 : Résumé du guichet unique en maladies chroniques	12

Annexes

Annexe I :	Les critères de référence aux divers professionnels du guichet <i>Service préventif en activités physiques</i> <i>Service d'inhalothérapie</i> <i>Service de nutrition clinique</i> <i>Services psychosociaux</i>
Annexe II :	Membres du comité régional de lutte contre le cancer et les maladies chroniques (juillet 2012)
Annexe III :	Questionnaire de satisfaction des usagers du guichet
Annexe IV :	Requête de référence
Annexe V :	Collecte de données

Introduction

Ce document vise à spécifier les lignes directrices du guichet unique pour la gestion des maladies chroniques dans la région du Nord-du-Québec. Un tel projet a été mis sur pied en accord avec ce qui avait été proposé dans le *Cadre de référence en maladies chroniques du Nord-du-Québec*, datant de 2009. La mise en place d'un tel guichet au CRSSS de la Baie-James a pour but ultime de desservir les usagers du système de santé ayant des facteurs de risque ou étant atteints de maladies chroniques par une approche plus concertée entre les différents professionnels. Une telle initiative est réalisée afin d'assurer un meilleur suivi et de considérer les nombreuses données selon lesquelles la réadaptation, appliquée aux maladies chroniques, est bienfaitrice pour les usagers et pour le système de santé de manière plus générale (Ofman, et al., 2004).

Ce projet a été élaboré en vue de répondre à certaines problématiques telles que le manque de continuité et de coordination des services et la duplication des tâches (engendrant une surcharge de travail dans le système et des retombées pour les usagers).

L'organisation des services ici concernée veut tendre vers une intégration des services dans chacun des centres de santé de la région. Aussi, pour arriver à une telle finalité, il faudra que les différents centres de santé, même s'ils pourront avoir une approche qui leur est propre de par les différentes ressources y étant disponibles, aient accès aux mêmes outils et se concertent au besoin pour en modifier ou en instaurer des nouveaux.

Pareillement, les interventions cliniques se verront axées sur une approche globale de la personne visant l'autogestion et l'adoption de saines habitudes de vie.

Portrait statistique

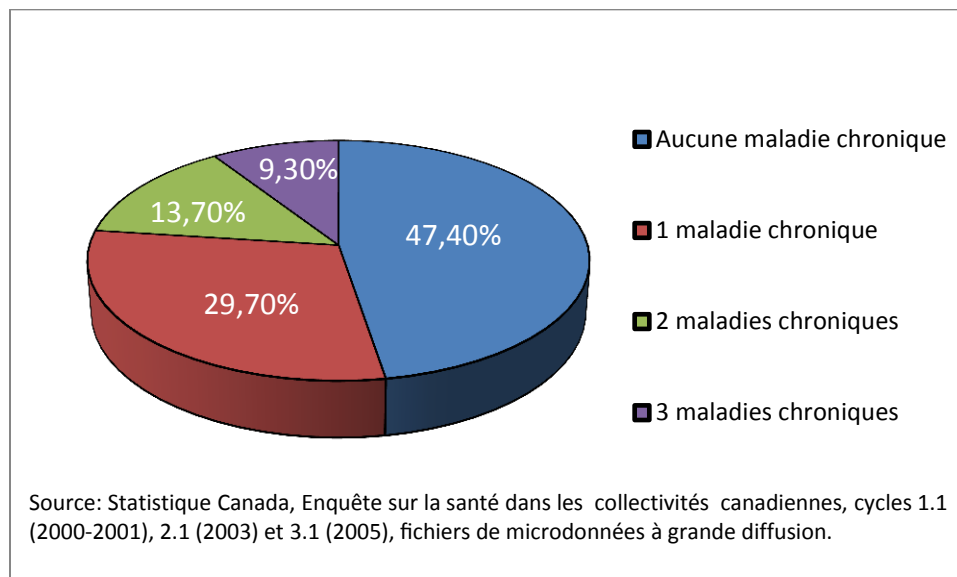
Tout d'abord, il est d'intérêt de définir ce qu'est une maladie chronique. Bien que plusieurs définitions existent à ce sujet, nous nous en tiendrons à ce qu'une publication de l'Institut de la statistique du Québec (INSPQ) propose. Ces maladies y étant caractérisées comme étant de longues durées, stables ou évolutives, qui ne peuvent être guéries, mais pour lesquelles la progression ou les symptômes peuvent être contrôlés dans bien des cas (Cazale & Dumitru, 2008). Au Nord-du-Québec, plusieurs facteurs de risques liés aux maladies chroniques ont fait l'objet de recensement. Ainsi, selon une enquête de 2009-2010, la population de 18 ans et plus y serait moins sédentaire, lors de la pratique de loisirs, que la moyenne québécoise (19,4 % versus 24,4 %) et elle comporterait moins de jeunes de 12 à 17 ans dits « peu actifs », « très peu actifs » et « sédentaires » également lors de leurs loisirs (19,6 % versus 31,8 %). Néanmoins, le pourcentage de la population de 12 ans et plus évitant des aliments à cause de leur teneur en gras, sel, cholestérol et calories (72,3 %) y est significativement inférieur à la valeur québécoise (79,1 %) (Mc Nicoll, 2012).

Aussi, selon la même enquête de 2009-2010, le nombre de fumeurs réguliers ou occasionnels de cigarettes de 12 ans et plus (28 %), le pourcentage de fumeurs réguliers fumant plus de 10 cigarettes par jour (70,3 %), ainsi que la population de 12 ans et plus ayant une consommation élevée d'alcool (28,9 %) sont comparables aux valeurs québécoises. Toutes aussi comparables aux pourcentages québécois, les valeurs d'indice de masse corporelle (IMC) recensées permettent d'indiquer que 57 % de la population de 18 ans et plus du Nord-du-Québec auraient un surplus de poids et que 19,3 % seraient obèses (Mc Nicoll, 2012).

Les maladies chroniques diagnostiquées, quant à elles, sont beaucoup plus complexes à recenser en raison du petit échantillonnage populationnel de la région. Malgré cela, il est tout de même possible d'estimer qu'en 2008-2009, 7,1 % des personnes de vingt ans et plus souffraient du diabète, que 14 % étaient hypertendues et que 10,7 % étaient asthmatiques (Mc Nicoll, 2012). Concernant les usagers atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et de maladies cardiaques, ils correspondent à respectivement 6 % et 5,2 % de la population québécoise (ces prévalences étant trop petites pour obtenir des statistiques significatives pour le Nord-du-Québec) (Statistique Canada, 2010).

Les statistiques avancées précédemment ne disent pas tout; plusieurs individus se retrouvent avec de la comorbidité, voire de la multimorbidité en étant atteints de plus d'une maladie chronique. Ainsi, en 2005 au Québec, s'il y avait 47,4 % de la population n'ayant aucune maladie chronique, 29,7 % en avait une, 13,7 % en avait deux et 9,3 % en avait trois ou plus. De telles statistiques soutiennent la pertinence que la lutte contre les maladies chroniques se fasse selon la globalité des conditions de l'usager et non selon un diagnostic spécifique. En fait, il a déjà été démontré que les interventions de prévention ou curatives ne visant qu'une seule maladie chronique ont des impacts moindres sur la santé et la qualité de vie des individus que celles visant une approche intégrant toutes les problématiques sanitaires de ces derniers (Glasgow, et al., 1999).

Graphique 1 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes



Objectifs du guichet unique

- Assurer un suivi pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou ayant plusieurs facteurs de risques dans des délais raisonnables, et ce, dans tous les centres de santé de la région.
- Faciliter le cheminement et la motivation des usagers à travers le continuum de services de la lutte contre les maladies chroniques en leur attribuant une infirmière pivot à laquelle ils peuvent se référer.
- Référer entre professionnels de manière optimale, selon le rythme et la motivation de l'utilisateur ainsi que les critères de référence établis par les intervenants des différentes professions impliquées.
- Augmenter l'efficacité par l'arrimage et la complémentarité des pratiques interprofessionnelles, selon la formation et l'accord préalable des intervenants. Cela évitant la collecte d'information redondante et la présentation répétitive de contenu.
- Promouvoir et renforcer le rôle d'autogestion des usagers sur leurs maladies et/ou leurs facteurs de risque.
- Favoriser le réseautage régional ainsi que le transfert de connaissances et d'expertise en plus d'uniformiser régionalement l'offre d'outils d'enseignement en lien avec la lutte contre les maladies chroniques.
- Centraliser et mettre à la disposition des professionnels l'information concernant les usagers (ne pas œuvrer en silos).
- Avoir une plateforme facilitant la mise en place de rencontres interdisciplinaires pour les cas plus complexes à prendre en charge.
- Diminuer les risques de crises aiguës et d'hospitalisations chez la clientèle atteinte de maladies chroniques et dont l'état pourrait être stable advenant un suivi régulier.
- Lorsque nécessaire, s'arrimer avec les services spécialisés offerts régionalement et extrarégionalement.

Clientèles visées

- Les usagers présentant d'importants facteurs de risques de maladies chroniques tels que :
 - Dyslipidémie;
 - Tabagisme;
 - Obésité;
 - Sédentarité;
 - Historique familial;
 - Glycémie à jeun marginale;
 - Intolérance au glucose;
 - Diabète gestationnel.

- Les personnes ayant un ou plusieurs des diagnostics chroniques suivants :
 - Asthme;
 - Diabète;
 - Hypertension artérielle (HTA);
 - Maladies cardiovasculaires (MCV);
 - MPOC (emphysème ou bronchite chronique);
 - Syndrome métabolique;
 - Obésité morbide.

Rôles des différents professionnels impliqués

Cette partie traitera principalement des rôles assignés aux infirmières pivots. En effet, sans réduire l'importance de la place qu'occuperont les autres professionnels impliqués dans le guichet unique, les infirmières pivots en maladies chroniques ont ici un rôle central qui doit bien être défini. Aussi, le rôle proposé va de pair avec la littérature, qui propose l'implantation d'un gestionnaire de cas en première ligne pour une meilleure continuité de la prise en charge des usagers nécessitant des soins chroniques (Schaefer & Davis, 2004).

Infirmières pivots

- Responsables du cheminement clinique au sein du guichet;
- Évaluer et s'assurer de répondre aux besoins de l'utilisateur et de sa famille;
- Coordonner et intégrer les activités cliniques;
- Offrir des services dans diverses cliniques d'enseignement (diabète, MPOC, MCV, etc.).

À la première rencontre, les infirmières pivots devront :

- Accueillir l'utilisateur et sa famille, expliquer le programme et ses objectifs d'auto prise en charge et de changement de comportements et préciser son rôle à titre d'infirmière pivot;
- Évaluer l'état de santé l'utilisateur dans sa globalité (biopsychosocial);
- Évaluer les besoins de l'utilisateur et ceux de sa famille;
- Remplir la collecte de données;
- Expliciter la pathologie (ou ce en quoi consistent et à quoi peuvent mener les facteurs de risques) à l'utilisateur et répondre à ses questions au besoin dans les limites de ce qui a été convenu avec les autres professionnels impliqués dans le guichet.
- Établir le plan d'intervention (PI) global avec l'utilisateur et déterminer les objectifs poursuivis. Ce PI pourrait bien évidemment faire l'objet de changements en cours de suivi. Dans des cas complexes, le médecin traitant et l'équipe interdisciplinaire peuvent être interpellés pour établir le PI (il pourra être offert à l'utilisateur d'être présent à de telles rencontres interdisciplinaires, à moins que l'équipe n'en juge autrement);
- Planifier et donner l'enseignement requis sur la maladie, selon la programmation clinique et amener l'utilisateur à améliorer ses habitudes de vie (rôle partagé avec d'autres professionnels);
- Indiquer comment elles peuvent être jointes et assurer à l'utilisateur qu'elles demeureront disponibles, à moins d'avis contraire, tout au long de l'épisode de soins ou de maladie.

En cours de programme, elles auront pour mandat de :

- Rédiger le PI, selon les objectifs poursuivis par l'utilisateur et en accord avec celui-ci; lorsque nécessaire, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, établir un plan commun (PSI).
- Référer aux différents professionnels, selon les critères établis (voir Annexe I) et s'assurer que l'utilisateur accède aux services requis;
- Diriger l'utilisateur vers le service professionnel qui répondra à son besoin et s'assurer que ce dernier soit comblé (dans la mesure où il consent à recevoir le service);
- Assurer le suivi et l'évaluation des interventions réalisées;
- Assurer les liens avec les médecins référents, lorsque requis;
- Tenter, par l'utilisation de l'approche motivationnelle, de maximiser les chances de l'utilisateur à adopter ou à maintenir des comportements bénéfiques pour sa situation;
- Établir les liens avec le Service de soutien à domicile (SAD) lorsque requis;
- Préparer et animer les rencontres interdisciplinaires (ayant lieu au besoin ou à une fréquence délimitée à l'avance, selon les besoins des différents centres impliqués);
- Collaborer, au besoin, à la mise en place de services et au développement de différents outils en lien avec le guichet.

Inhalothérapeutes

(À Matagami et à Lebel-sur-Quévillon, cette fonction est assurée par des infirmières pivots)

- Évaluer la fonction respiratoire de l'utilisateur;
- Enseigner aux usagers comment gérer une gamme de conditions médicales (asthme, MPOC, etc.) et utiliser l'appareillage en conséquence;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires et établir un plan commun (PSI) au besoin;
- Offrir des services dans diverses cliniques d'enseignement liées à la respiration (asthme, MPOC);
- Offrir aux usagers et aux autres professionnels de la santé une éducation liée à l'abandon tabagique.

Kinésilogues

- Identifier le niveau d'activité physique de l'utilisateur et déterminer ses besoins;
- Évaluer la volonté de changement de comportements;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires et établir un plan commun (PSI) au besoin;
- Évaluer et commenter les objectifs proposés par l'utilisateur;
- Fournir l'information et le soutien en lien à l'activité physique à l'utilisateur;
- Identifier un programme d'exercice lié aux objectifs et besoins identifiés;
- Voir les possibilités d'intégrer avec l'utilisateur l'activité physique dans son quotidien;
- Estimer la capacité cardiovasculaire et les risques de l'utilisateur à faire de l'activité physique de différentes intensités, lorsque requis;
- Au besoin, assurer un suivi et une progression du programme d'exercice;
- Faire part des notions de sécurité liées à la pratique d'activité physique (risque d'hypoglycémie, angine, etc.);
- Offrir des services dans diverses cliniques d'enseignement comportant un volet activité physique (diabète, MPOC, etc.).

Nutritionnistes

- Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé;
- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé;
- Rédiger les objectifs et recommandations en fonction des besoins nutritionnels généraux et spécifiques de l'usager;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires et établir un plan commun (PSI) au besoin;
- Offrir des services dans diverses cliniques d'enseignement comportant un volet nutrition (diabète, MPOC, MCV, HTA, etc.).

Pharmaciens

- Participer aux rencontres interdisciplinaires et établir un plan commun (PSI) au besoin;
- Renseigner les médecins et le personnel en soins infirmiers sur les choix thérapeutiques, le mode d'action des médicaments, les nouvelles indications thérapeutiques, les doses optimales, les modes d'administration, les effets indésirables, les risques liés à la manipulation de certains médicaments, etc.

Travailleurs sociaux

- Évaluer la problématique, les besoins et les capacités de l'usager et de ses proches;
- Effectuer une analyse contextuelle de la problématique;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires et établir un plan commun (PSI) au besoin;
- Tenter d'évaluer la ou les sources du problème sur lesquels l'usager peut avoir un contrôle et de trouver des solutions en conséquence;
- Mettre en place un PI réalisé en partenariat avec l'usager;
- Stimuler l'usager à déployer ses habiletés;
- Offrir des services dans diverses cliniques d'enseignement comportant un volet psychosocial (diabète, MPOC, MCV, etc.).

Rencontres liées au guichet unique en maladies chroniques

Le guichet unique fera l'objet d'un suivi au comité régional des maladies chroniques. À cet effet, un point concernant le guichet unique sera ajouté à chaque rencontre (quatre fois par année). En effet, toutes les infirmières pivots de la région siègent à ce comité, de même que des représentants de chaque profession impliquée dans le guichet (voir l'Annexe II pour connaître les membres du comité). Ces rencontres sont présidées par le responsable régional du dossier au CRSSS de la Baie-James. À l'intérieur de ce point, les discussions porteront entre autres sur les orientations du guichet unique, les problématiques vécues, les objectifs à atteindre, l'évaluation du processus (indicateurs à utiliser), ainsi que les formations suggérées. Trois indicateurs devront être suivis, c'est-à-dire : le nombre de personnes référées, la charge de travail des différents intervenants (listes d'attente), de même que la satisfaction des usagers (questionnaire disponible à l'Annexe III). Finalement, dans un souci d'amélioration continue et selon le besoin, des rencontres supplémentaires du comité (ou de certains membres intéressés) seront possibles, si une demande est formulée à cet égard.

Modalités d'accès

L'accès au guichet unique sera possible lors de demandes faites par requête médicale (voir l'Annexe III Requête de référence) ou par des professionnels associés au guichet (nutritionniste, kinésologue, inhalothérapeute, travailleur social, etc.). Toutes les demandes seront acheminées aux infirmières pivots qui communiqueront avec l'utilisateur dans les plus brefs délais, selon le degré de sévérité, pour fixer une première rencontre. Au cours de cette rencontre initiale, une évaluation des besoins sera faite par le biais de la collecte de données (voir l'Annexe V). Suite à cette évaluation, l'infirmière pivot dirigera la personne vers le professionnel et/ou clinique(s) d'enseignement approprié(s). Enfin, elle poursuivra ses rôles de suivi et de coordination de l'ensemble des services professionnels offerts durant toute la trajectoire de soins.

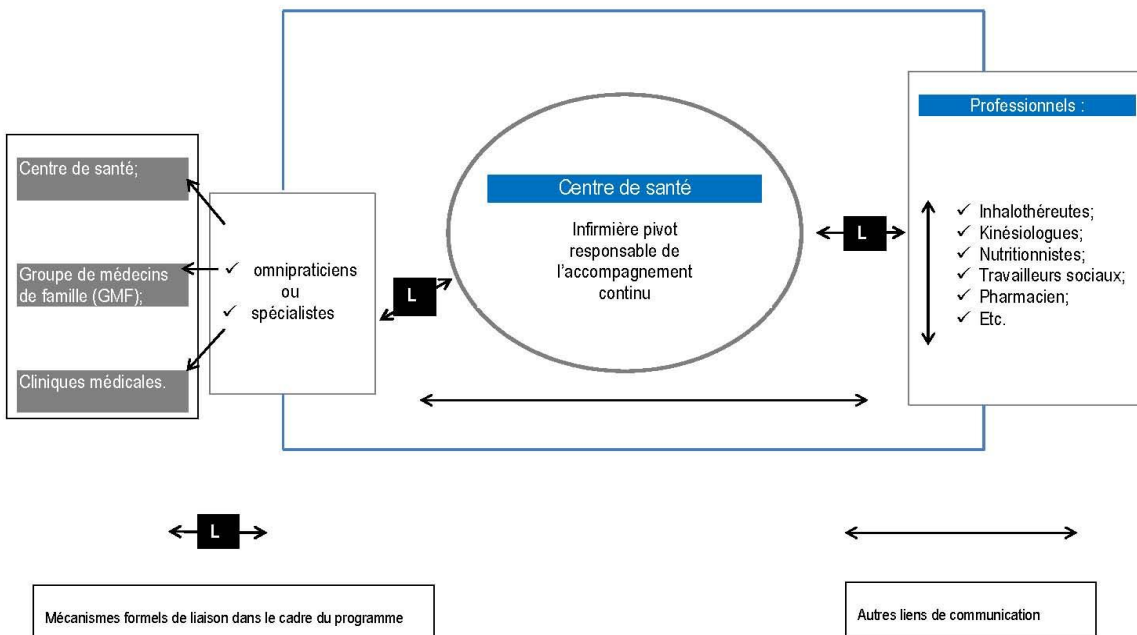
Sur un ton plus utopique, il est indubitablement souhaitable que les personnes présentant des facteurs de risques de maladies chroniques puissent s'autoréférer à un tel guichet. Or, il faudra évaluer le degré d'utilisation des ressources monopolisées par le guichet unique avant d'aller vers cette avenue. Le projet s'amorcera donc seulement avec des références passant a priori par un médecin ou par un professionnel de la santé.

Lorsqu'il fait l'objet d'une demande au guichet unique en maladies chroniques, l'utilisateur doit préalablement avoir été informé par le médecin de son diagnostic médical et consentir à être référé. Une fois que l'utilisateur est référé et s'il en éprouve le désir, il peut être accompagné de sa famille aux différentes étapes de sa démarche.

Liens à assurer avec le médecin de famille

Le maintien d'un lien avec le médecin traitant est capital. Aussi, lors de la première rencontre avec l'infirmière pivot, cette dernière remplira une collecte de données et la fera parvenir au médecin. Par la suite, des notes pourront être envoyées advenant des ajustements de traitement. En parallèle, le médecin traitant pourra toujours être mis au fait de l'avancement du suivi de l'usager, puisque l'infirmière pivot tiendra constamment le dossier de l'usager à jour et elle demeurera disponible pour transmettre un suivi au médecin.

Schéma 1 : Mécanisme d'accès au guichet unique en maladies chroniques



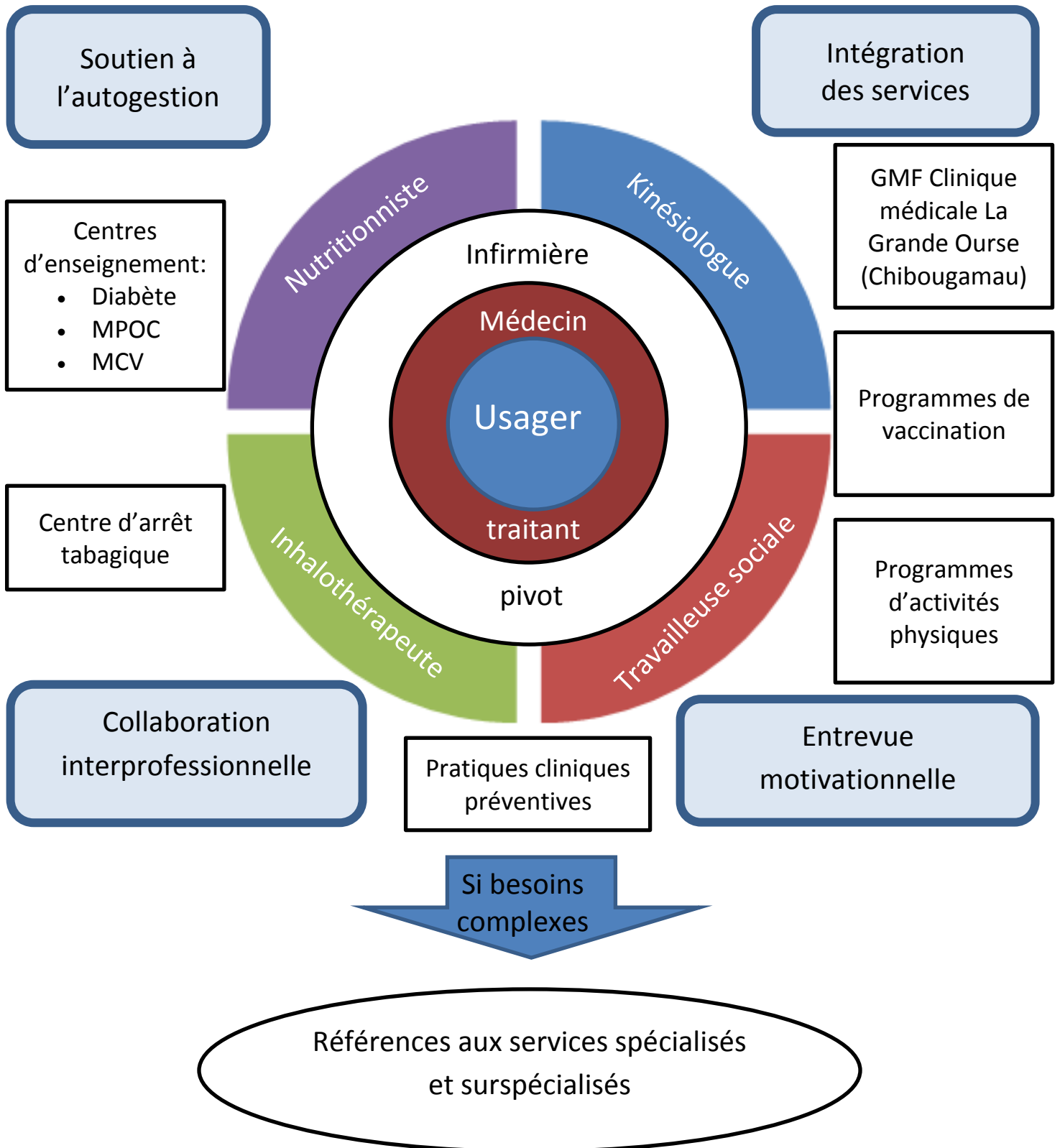
Source : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN, *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*, Chicoutimi, ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 11 avril 2003 (mise-à-jour 6 février 2008), p. 17

Organisation des services au plan local

Il ne sera en aucun cas possible de définir un modèle unique d'organisation des services cliniques en maladies chroniques de par les différentes particularités et ressources disponibles dans chacun des centres de santé sur le territoire. Néanmoins, les modèles d'organisation qui devront être développés localement devront suivre les grands principes subséquents :

- Avoir une infirmière ayant un rôle pivot en maladies chroniques et considérant les besoins de l'utilisateur dans leur globalité.
- Assurer une latitude à ce que des rencontres interdisciplinaires puissent avoir lieu lorsqu'un des professionnels impliqués juge qu'une rencontre est nécessaire.
- Utiliser le formulaire de cueillette de données et la requête de référence utilisés régionalement.
- Lorsque les usagers sont référés au guichet, l'infirmière pivot doit s'assurer qu'un suivi des interventions réalisées et à faire soit effectué auprès du médecin traitant.
- Répondre aux critères et aux rôles assignés à chacun des professionnels dans le présent cadre de référence.

Schéma 2 : Résumé du guichet unique en maladies chroniques
(applicable plus spécifiquement à Chibougamau)



Exemples de trajectoires de soins selon la pathologie

Diabète

RÉFÉRENCE MÉDICALE

Clientèle :

- Diabète (type 1 et type 2);
- Début d'insulinothérapie ou en ajustement de traitement;
- Diabète secondaire à la prise fréquente de stéroïdes;
- À risque élevé de développer un diabète de type 2 :
 - Intolérance au glucose;
 - Anomalie de la glycémie à jeun;
 - Antécédent ou diabète gestationnel.

PROGRAMMATION CLINIQUE

Première visite	<p>Entrée dans le programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière pivot procède à une rencontre en individuel et elle remplit la collecte de données. Elle commence l'enseignement de la maladie, remet ses coordonnées et indique demeurer disponible tout au long de l'épisode de soins ou de maladie. • L'infirmière élabore un PI et vérifie si les suivis se feront en rencontre de groupe par le biais de la clinique de diabète et/ou en individuel. Elle fait la coordination des soins et des services nécessaires (références aux professionnels concernés). • Possibilité d'ajouter une ou des visites individuelles ou relances téléphoniques. • Transmet le suivi au médecin concernant le plan d'intervention individualisé.
Deuxième visite	<p>Rencontre de groupe (si groupe à l'intérieur d'un mois) ou en individuel :</p> <p><u>En groupe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trois journées d'évaluation et d'enseignement interdisciplinaire (médecin, infirmière pivot, nutritionniste, kinésiologue, travailleur social, pharmacien). • Suivi fait au médecin. <p><u>En individuel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'enseignement et le soutien nécessaire à l'adaptation de la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie par le biais des rencontres individuelles ou par suivi téléphonique. • Rencontres interdisciplinaires, au besoin. • Coordination et continuité des soins et des services nécessaires entre les professionnels et les partenaires. • Possibilité de proposer d'ajouter une ou des visites individuelles ou de faire des suivis ou relances téléphoniques.
3 mois	<p><u>En groupe (nutrition, kinésiologue et infirmière pivot)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Application du suivi systématique, répondre aux questions. Bonifier l'enseignement. • Soutien nécessaire à l'adaptation de la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie.
6 mois	<p><u>En groupe (nutrition, kinésiologue et infirmière pivot)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Application du suivi systématique, répondre aux questions, bonifier l'enseignement. • Soutien nécessaire à l'adaptation de la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie.
12 mois	<p><u>En groupe (interdisciplinaire)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Application du suivi systématique, répondre aux questions. Bonifier l'enseignement. • Transmet le suivi auprès du médecin à l'aide du compte rendu interdisciplinaire. • Soutien nécessaire à l'adaptation de la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie.

Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

RÉFÉRENCE MÉDICALE

Clientèle :

- Bronchite chronique;
- Emphysème.

PROGRAMMATION CLINIQUE

<p><i>Première visite</i></p>	<p>Entrée dans le programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière pivot procède à une rencontre en individuel et remplit la collecte de données. Elle commence l'enseignement de la maladie, remet ses coordonnées et indique demeurer disponible tout au long de l'épisode de soins ou de maladie. • L'infirmière élabore un PI et vérifie si les suivis se feront en rencontre de groupe par le biais du programme de réadaptation pulmonaire et/ou en individuel. Elle coordonne les soins et les services nécessaires (références aux professionnels concernés). • Possibilité d'ajouter une ou des visites individuelles ou relances téléphoniques. • Transmet le suivi au médecin concernant le plan de traitement individualisé.
<p><i>Deuxième visite</i></p>	<p>Rencontre de groupe et/ou en individuel :</p> <p><u>En groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cours avec enseignement interdisciplinaire (inhalothérapeute, nutritionniste, kinésologue et infirmière pivot) et séances de conditionnement physique supervisées (kinésologue et inhalothérapeute). • Suivi fait au médecin. <p><u>En individuel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'enseignement et le soutien nécessaire à l'adaptation de la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie par le biais des rencontres individuelles ou par suivi téléphonique. • Rencontres interdisciplinaires, au besoin. • Coordination et continuité des soins et des services nécessaires entre les professionnels et les partenaires.

Maladies cardiovasculaires (MCV)

RÉFÉRENCE MÉDICALE

Clientèle :

- HTA;
- Dyslipidémie;
- Angine stable ou instable;
- Infarctus;
- Insuffisance cardiaque.

PROGRAMMATION CLINIQUE

<p>Première visite</p>	<p>Entrée dans le programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’infirmière pivot fait une rencontre en individuel et remplit la collecte de données. Elle commence l’enseignement de la maladie, remet ses coordonnées et indique demeurer disponible tout au long de l’épisode de soins ou de maladie. • L’infirmière élabore un plan de traitement individualisé et regarde si les suivis se feront en rencontre de groupe par le biais du programme « La vie à cœur » de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ), cours théoriques et/ou en individuel. Elle coordonne les soins et les services nécessaires (références aux professionnels concernés). • Transmet le suivi au médecin concernant le plan de traitement individualisé. • Pour le HTA, arrimage avec le GMF (pour la clientèle de Chibougamau).
<p>Deuxième visite</p>	<p>Rencontre de groupe (si groupe à l’intérieur d’un mois) ou en individuel :</p> <p><u>En groupe (La vie à cœur de la FMCQ)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre sessions d’enseignement interdisciplinaire (médecin, infirmière pivot, nutritionniste, kinésiologue, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute). <p><u>En individuel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l’enseignement et possibilité d’ajouter une ou des visites individuelles ou relance téléphonique. • Rencontre interdisciplinaire au besoin.
<p>6 mois</p>	<p><u>En groupe (La vie à cœur de la FMCQ)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une session de suivi (bilan lipidique, retour sur l’enseignement et réponse aux questions).

Références

GLASGOW, RE, et autres. *If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness*, [En ligne], 1999, Bethesda MD, National Center for Biotechnology Information, [www.ncbi.nih.gov/pubmed/10499137] (consulté en octobre 2012).

MCNICOLL, Marie-Claude. *Tableau synthèse des indicateurs de santé (document de travail)*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2012, [s.p.].

OFMAN, JJ, et autres. *Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases ? A systematic review*, [En ligne], 2004, Bethesda MD, National Center for Biotechnology Information, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300966] (consulté en octobre 2012).

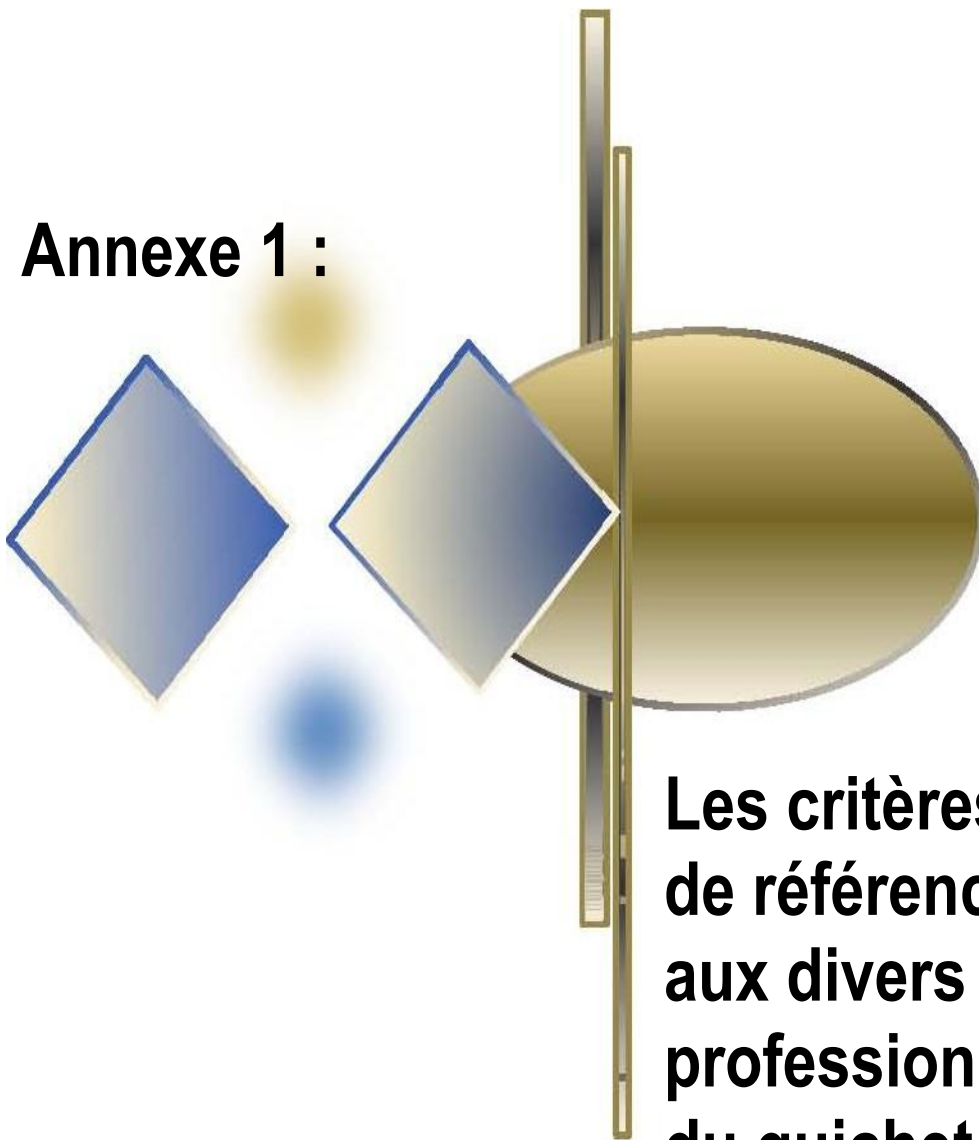
SCHAEFER, J et C, DAVIS. *Case management and the chronic care model : a multidisciplinary role*, [En ligne], 2004, Bethesda MD, National Center for Biotechnology Information, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15192504] (consulté en octobre 2012).

STATISTIQUE CANADA. *Prévalence des principaux problèmes de santé chronique. Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, Statistique Canada, 2010. [s.p.].

ZOOM SANTÉ, Montréal, Institut de la statistique du Québec, mars 2008. Accessible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_mars08.pdf

ZOOM SANTÉ, Montréal, Institut de la statistique du Québec, no 17, janvier 2009. Accessible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_janv09.pdf

Annexe 1 :



**Les critères
de référence
aux divers
professionnels
du guichet**

Annexe I

LES CRITÈRES DE RÉFÉRENCE AUX DIVERS PROFESSIONNELS DU GUICHET

Service préventif en activité physique

Clientèles visées :

- Avec facteurs de risque de maladies chroniques (3 facteurs de risques et plus ou avec syndrome métabolique)
- Avec maladie chronique (diabète 1 et 2, MPOC, asthme, MCV)

Facteurs de risques

Âge	F > 55 ans ou ménopausée ou H > 45 ans
Hérédité	Père/Frère/Fils < 55 ans ou Mère/Sœur/Fille < 65 ans
Tension artérielle élevée	≥ 140/90 mmHg
Tabagisme	Fumeur ou arrêt depuis moins de 6 mois
Dyslipidémie	Chol-T > 5,2 mmol/L ou LDL > 3,4 mmol/L ou HDL < 1,03 mmol/L
Intolérance au glucose	Glycémie ≥ 6,1 mmol/L
Obésité	IMC > 30 ou CT : H > 102 cm ou F > 88 cm
Sédentarité	< 30 min d'activité physique modérée < 5x/sem.

* Soustraire un facteur de risque si HDL > 1,63 mmol/L

Syndrome métabolique

Obésité abdominale	CT : H > 102 cm ou F > 88 cm
Triglycérides	≥ 1,7 mmol/L
HDL-cholesterol	H < 1,00 mmol/L ou F < 1,3 mmol/L
Tension artérielle élevée	≥ 130 / ≥ 85 mmHg
Intolérance au glucose	Glycémie ≥ 6,1 mmol/L

* La présence de trois facteurs ou plus identifie le syndrome métabolique

Contre-indications absolues à la pratique de l'activité physique

- Angine instable;
- TA systolique > 200 mmHg ou diastolique > 110 mmHg;
- Chute de TA > 20 mmHg associée à des symptômes;
- Sténose aortique sévère;
- Maladie systémique aiguë ou fièvre;
- Arythmie significative non contrôlée;
- Tachycardie sinusale non contrôlée;
- Insuffisance cardiaque décompensée (exacerbation récente);
- Bloc A-V de 3^e degré;
- Péricardite ou myocardite active;
- Embolie récente;
- Thrombophlébite;
- Diabète non contrôlé : type 1, glycémie > 14 avec cétones, type 2, glycémie > 17 sans cétone pour exercice vigoureux;
- Condition orthopédique sévère.

La présence d'un seul de ses facteurs suffit pour que l'utilisateur soit exclu temporairement du programme d'activité.

Contre-indications relatives à la pratique d'activités physiques :

- Rétinopathie pré proliférative et proliférative (consultation en ophtalmologie prérequis);
- Neuropathie périphérique sévère (traitement médical avant de débiter);
- Neuropathie autonome sévère (évaluation cardiovasculaire avant de débiter);
- Diabète de type 1 : glycémie > 14 sans cétone;
- Diabète de type 2 : glycémie > 17 ou selon le jugement clinique.

Intervention

- Entretien motivationnel pour augmenter ou consolider la motivation;
- Évaluation de la condition physique avec conseils pour l'améliorer (pour clientèle avec facteurs de risques);
- Conseils pour un mode de vie plus actif;
- Identification des objectifs en activité visés par l'utilisateur;
- Entente sur le plan d'action en activités physiques;
- Possibilité de prescrire un programme d'exercices individualisé;
- Suivis.

Programme de conditionnement physique supervisé

- Pour la clientèle atteinte d'une maladie chronique;
- Se déroulant sur une période de 4 à 12 semaines;
- Rencontres 2 à 3 fois/semaine;
- Durée de 1h/séance;
- En centre de conditionnement physique;
- Ratio clients/kinésiologue : 5 : 1.

Service d'inhalothérapie (ou infirmières pivots à Matagami et à Lebel) :

Offre de service	Conditions préalables à une référence
Centre d'enseignement sur l'asthme	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic d'asthme;- Plan d'action signé du médecin;- Test d'allergies (à venir ou fait) si asthme allergique.
MPOC et maladies pulmonaires restrictives	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic MPOC établi par des tests de fonction respiratoire;- Plan d'action signé du médecin;- Évaluation de la condition physique pour les cas sévères.
Centre d'abandon tabagique	<ul style="list-style-type: none">- Être un fumeur et consentir à participer au centre d'abandon.
Autres maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">- Besoin d'une pompe et des explications afférentes.

Service de nutrition clinique

Critères de référence pour une consultation en nutrition clinique

(clientèle diabétique)

<p>1. Nouveau diagnostic</p> <p>Si l'usager a au moins un des diagnostics suivants, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Diabète;- Intolérance au glucose;- Anomalie de la glycémie à jeun.
<p>2. Changement de médication</p> <p>Si le client est déjà atteint de la maladie (diabète ou prédiabète), mais que sa médication change, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Introduction de HGO à risque d'hypoglycémie (client n'ayant jamais reçu ce type de médication);- Changement de médication pour HGO à risque d'hypoglycémie;- Introduction d'une dose d'insuline (rapide ou ultrarapide);- Insulinothérapie intensive.
<p>3. Changement de la situation médicale</p> <p>Si le client est déjà atteint de la maladie (diabète ou prédiabète), mais que sa situation médicale change, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Augmentation du nombre d'hypoglycémies ($\geq 25\%$);- Augmentation du nombre d'hyperglycémies ($\geq 25\%$);- HbA1c > 9%;- Débalancement général*.

4. Évaluation et action à entreprendre

Cet usager a besoin d'une consultation en nutrition; remplissez une requête de services professionnels et inscrivez le ou les critères de consultation en nutrition.

* Mentionnez sur la requête le contexte du débalancement général.

N.B. Pour toutes autres situations ne se trouvant pas dans la liste de référence, contactez la nutritionniste avant de remplir une requête de services professionnels.

Critères de référence pour une consultation en nutrition clinique
(clientèle MCV)

<p>1. Diagnostic</p> <p>Si l'utilisateur a au moins un des diagnostics suivants, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infarctus; - Insuffisance cardiaque; - Angine; - Athérosclérose; - AVC.
<p>2. Facteurs modifiables en lien avec la nutrition</p> <p>Si l'utilisateur a deux facteurs et plus, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité (IMC >30) et tour de taille à risque (homme >102cm, femme >88cm); - Diabète - Intolérance au glucose; - Anomalie de la glycémie à jeun; - Intolérance au glucose et anomalie de la glycémie à jeun; - Hypertension; - Dyslipidémies.
<p>3. Facteurs de risques</p> <p>Si le client a quatre facteurs et plus, notez et poursuivez au point 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Âge (homme ≥ 45 ans, femme ≥ 55 ans ou ménopausée); - Tabagisme actif; - Sédentarité; - Sexe masculin; - Hérité familiale; - < 55 ans chez un homme apparenté au premier degré (père, frère); - < 65 ans chez une femme apparentée au premier degré (mère, sœur).

4. Évaluation et action à entreprendre

Cet usager a besoin d'une consultation en nutrition; remplissez une requête de services professionnels et inscrivez le ou les critères de consultation en nutrition.

N.B. Pour toutes autres situations ne se trouvant pas dans la liste de référence, contactez la nutritionniste avant de remplir une requête de services professionnels.

Source : Fondation des maladies de cœur et manuel de nutrition clinique 2006

Critères de référence pour une consultation en nutrition
(clientèle MPOC)

<p>1. Résultat de l'albumine sérique</p> <p>Si l'usager a une albumine <30, notez et poursuivez au point 6.</p>	<p>- Albumine sérique : _____</p>															
<p>2. Histoire du poids</p> <p>Si l'usager a une perte de poids significative ou sévère, notez et poursuivez au point 6.</p> <table border="1" data-bbox="240 598 857 793"> <thead> <tr> <th>Temps</th> <th>Significative (%)</th> <th>Sévère (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 sem</td> <td>1 – 2</td> <td>> 2</td> </tr> <tr> <td>2 – 3 sem</td> <td>2 – 3</td> <td>> 3</td> </tr> <tr> <td>1 mois</td> <td>5</td> <td>> 5</td> </tr> <tr> <td>6 mois et +</td> <td>< 10</td> <td>> 10</td> </tr> </tbody> </table>	Temps	Significative (%)	Sévère (%)	1 sem	1 – 2	> 2	2 – 3 sem	2 – 3	> 3	1 mois	5	> 5	6 mois et +	< 10	> 10	<p>- Perte de poids récente non voulue?</p> <p>o Si oui, combien ? _____ (kg)</p> <p>o En combien de temps ? _____ (sem, mois, années)</p> <p>o Poids actuel (kg) : _____</p> <p>o Taille (cm) : _____</p> <p>o Calculez le % de perte de poids :</p> <p>o $(\text{Poids habituel} - \text{poids actuel}) \times 100 = \text{Poids habituel}$</p>
Temps	Significative (%)	Sévère (%)														
1 sem	1 – 2	> 2														
2 – 3 sem	2 – 3	> 3														
1 mois	5	> 5														
6 mois et +	< 10	> 10														
<p>3. Indice de masse corporelle (IMC)</p> <p>Si l'usager a un IMC <18,5, notez et poursuivez au point 6.</p>	<p>o Calculez l'IMC : $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (m)}} = \text{_____}$</p>															
<p>4. Symptômes particuliers</p> <p>Si l'usager a au moins un de ces symptômes, notez et poursuivez au point 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée depuis 2 jours ; - Vomissements depuis 2 jours; - Apports alimentaires réduits (½ portion normale depuis 4 jours); - Perte d'appétit de plus de 5 jours à la maison. 															
<p>5. Diagnostic</p> <p>Si l'usager a au moins un des diagnostics suivants, notez et poursuivez au point 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Malabsorption intestinale (maladie cœliaque, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, syndrome de l'intestin court); - Plaies, ulcères de décubitus; - Cachexie; - Diabète; - Hypertension artérielle; - Dyslipidémie; - Obésité (IMC ≥ 30); - Ostéoporose; - Cirrhose; - Dysphagie; - Insuffisance rénale; - Pancréatite chronique. 															

6. Évaluation et action à entreprendre

Cet usager a besoin d'une consultation en nutrition; remplissez une requête de services professionnels et inscrivez le ou les critères de consultation en nutrition

N.B. Pour toutes autres situations ne se trouvant pas dans la liste de référence, contactez la nutritionniste avant de remplir une requête de services professionnels.

Source : Rev. Pneumol. Clin, 1999;5;2 : 155-167 et Service de nutrition, Hôpital Laval, septembre 2006

Critères de référence pour les services psychosociaux

Signes et symptômes pouvant indiquer un besoin d'aide psychosociale/psychologique pour la personne ou pour les proches aidants.
Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer ce qui décrit le mieux votre situation depuis les trois derniers mois :

0 = aucune présence 10 = présence extrême

Anxiété/angoisse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tristesse/sentiments dépressifs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Colère/frustration	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentiment de solitude	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Notes/commentaires :

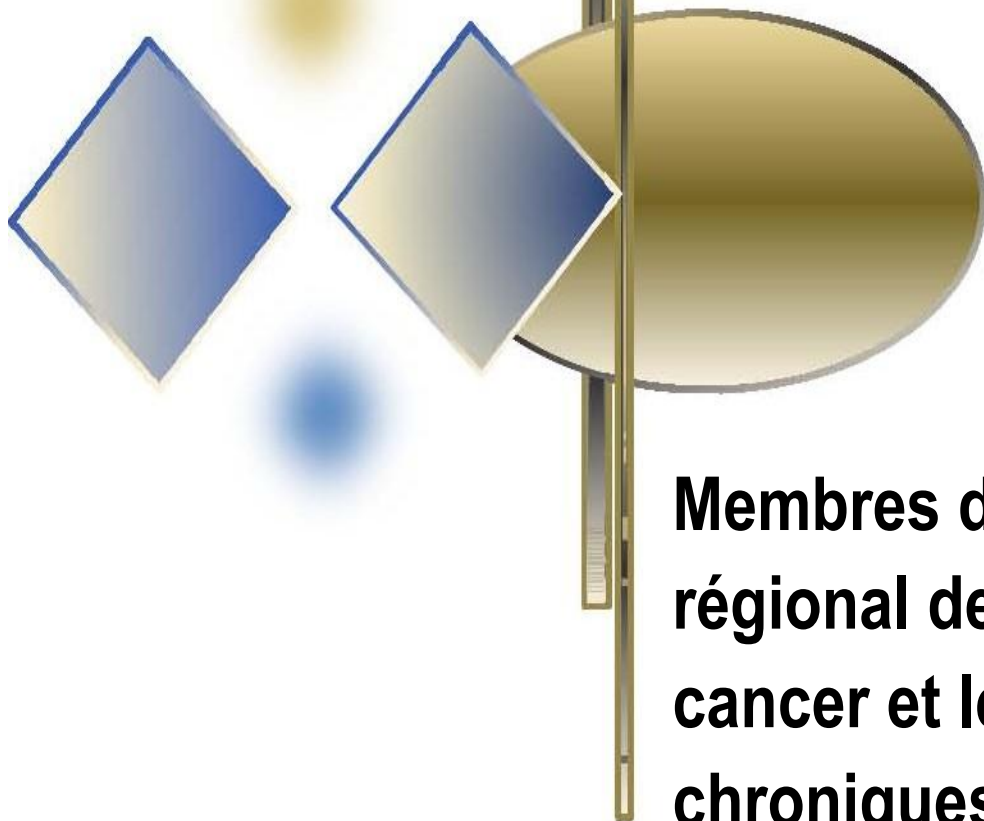
Comment réagissent vos proches aidants à votre situation ?

Anxiété/angoisse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tristesse/sentiments dépressifs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Colère/frustration	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentiment de solitude	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Souhaitez-vous recevoir de l'aide pour l'un des problèmes mentionnés ci-dessus ?

Sources : Outil de dépistage de la détresse (ODD) du Programme d'oncologie Chibougamau
Rapport d'intervention psychosociale d'estimation de la dangerosité
Collecte de données psychosociale, centre d'enseignement du diabète de Chibougamau

Annexe 2 :



**Membres du comité
régional de lutte contre le
cancer et les maladies
chroniques (juillet 2012)**

Annexe II

Membres du comité régional de lutte contre le cancer et les maladies chroniques (janvier 2013)

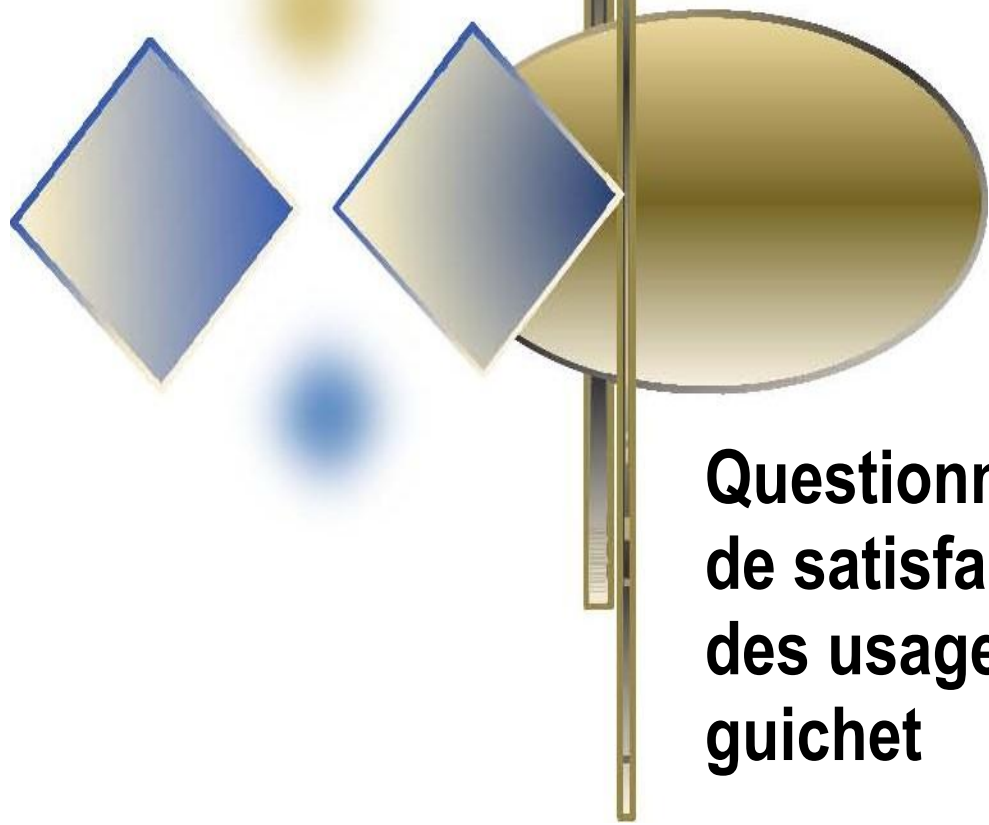
Membres permanents :

- Alain Bergeron, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique (DSP)
- Alexandre Gagné, chef de programmes et de services, Centre de santé Lebel et Centre de santé Isle-Dieu
- Annie Savage, pharmacienne au CRSSS de la Baie-James
- Caroline Fortin, technicienne en travail social au Centre de santé de Chibougamau
- Diane Charette, infirmière clinicienne au Centre de santé de Radisson
- Gilles Lafontaine, médecin au Centre de santé Lebel
- Isabelle Lavoie, nutritionniste au Centre de santé de Chibougamau
- Julie Paquin, nutritionniste au Centre de santé Lebel
- Karine Deslongchamps, infirmière pivot au Centre de santé Isle-Dieu
- Karine Gauthier, kinésiologue au Centre de santé de Chibougamau
- Line Bélanger, infirmière pivot au Centre de santé de Chibougamau
- Line Harvey, coordonnatrice des programmes, Direction des soins infirmiers et des programmes (DSIP)
- Marise Lévesque, infirmière pivot au Centre de santé Lebel
- Martine Lauzon, infirmière pivot au Centre de santé René-Ricard
- Nancy Bonneau, chef des programmes au Centre de santé de Radisson
- Nancy Plourde, inhalothérapeute au Centre de santé de Chibougamau
- Normand Allard, chef de programmes et de services au Centre de santé Isle-Dieu
- Sylvie Perreault, chef des programmes et des services au Centre de santé de Chibougamau et de Chapais
- Véronique Bourget, agente de programmation, de planification et de recherche, DAMSSP
- Vincent Rajotte, agent de programmation, de planification et de recherche, DAMSSP

Membre non permanent :

- Caroline Frigon, infirmière affiliée au GMF Clinique médicale la Grande Ourse à Chibougamau

Annexe 3 :



**Questionnaire
de satisfaction
des usagers du
guichet**

Annexe III

Questionnaire de satisfaction des usagers du guichet



SONDAGE sur la qualité du guichet unique en maladies chroniques de la région du Nord-du-Québec

À TOUS NOS USAGERS ET LEURS PROCHES

Bonjour,

Nous visons continuellement à améliorer les services que nous vous offrons.

Afin d'arriver à un tel objectif, nous désirons connaître votre opinion sur la qualité des services reçus.

Pourquoi?

- Votre qualité de vie est notre raison d'être
- Nous voulons nous améliorer
- Nous sommes prêts à changer
- Nous prendrons des mesures concrètes adaptées à nos ressources

Ce sondage est confidentiel et anonyme. Il ne requiert que quelques minutes.

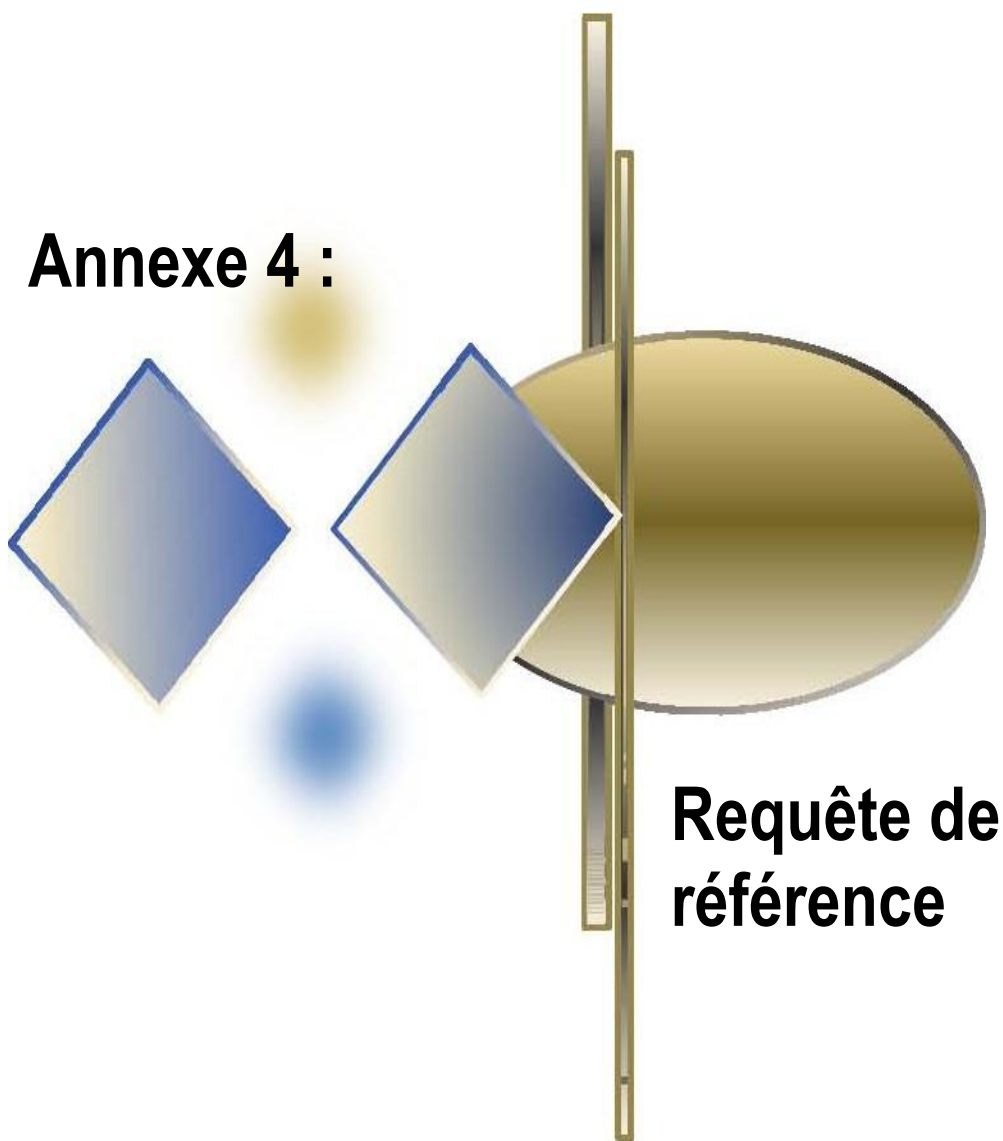
Merci beaucoup de votre collaboration,

*Le comité régional de lutte contre le cancer et les maladies chroniques,
CRSSS de la Baie-James*

SONDAGE sur la qualité de nos services dans le cadre du guichet unique en maladies chroniques

Peu ou jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non applicable		
1	2	3	4	N/A		
Questions			Encerclez			
1) Le personnel de l'accueil (agente administrative) était chaleureux.	1	2	3	4	N/A	
2) La façon dont les membres de l'équipe se sont présentés à moi (nom, titre, rôle...) a été satisfaisante.	1	2	3	4	N/A	
3) Je considère que le temps d'attente avant d'avoir une rencontre avec l'infirmière pivot en maladies chroniques est raisonnable.	1	2	3	4	N/A	
4) Mes proches ont pu participer aux rencontres pour lesquelles j'ai souhaité qu'ils participent.	1	2	3	4	N/A	
5) Les autres services auxquels je peux me référer sont connus.	1	2	3	4	N/A	
6) J'ai pu joindre l'infirmière pivot par téléphone pour les renseignements dont j'avais besoin.	1	2	3	4	N/A	
7) L'infirmière pivot m'a encouragé(e) à exprimer mes préoccupations ou mes symptômes.	1	2	3	4	N/A	
8) J'observe que les médecins, infirmières, intervenants psychosociaux, nutritionnistes et autres professionnels de la santé travaillent en équipe.	1	2	3	4	N/A	
9) Les membres de l'équipe de soins se sont assurés que je disposais des ressources et équipements nécessaires à ma sécurité en lien avec les services du réseau.	1	2	3	4	N/A	
10) Les informations sur mon état de santé m'ont été transmises discrètement sans que d'autres personnes ne puissent entendre.	1	2	3	4	N/A	
11) L'information que j'ai reçue concernant le but des tests et examens diagnostics prescrits était suffisante.	1	2	3	4	N/A	
12) L'information que j'ai reçue du pharmacien sur les effets secondaires possibles sur les médicaments prescrits était précise.	1	2	3	4	N/A	
13) Le soutien que ma famille et moi avons reçu était approprié.	1	2	3	4	N/A	
14) Les professionnels ont été attentifs à la description de ma condition et m'ont expliqué(e) les marches à suivre pour minimiser les effets ou risques de maladies chroniques.	1	2	3	4	N/A	
15) Les professionnels m'ont indiqué que j'ai un rôle capital à jouer dans la gestion de ma condition et en quoi cela pouvait consister.	1	2	3	4	N/A	
16) En général, je suis satisfait des soins et services reçus au CRSSS de la Baie-James	1	2	3	4	N/A	
17) Je perçois que le personnel du CRSSSBJ est préoccupé par la qualité des soins qui me sont offerts.	1	2	3	4	N/A	
18) Je conçois que le suivi fait peut permettre de stabiliser davantage l'état de l'utilisateur du service et d'ainsi diminuer son nombre d'admissions à l'urgence.	1	2	3	4	N/A	

Annexe 4 :



**Requête de
référence**

Annexe IV

Requête de référence



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

REQUÊTE DE RÉFÉRENCE GUICHET UNIQUE EN MALADIES CHRONIQUES

SERVICES EN DIABÈTE

Selon l'évaluation de l'infirmière clinicienne, le client sera orienté selon ses besoins et sa condition clinique vers l'enseignement de base, l'enseignement individualisé ou enseignement de groupe.

- Type 1 Type 2 Autres types de diabète Diabète de novo (date : _____)
- Etat pré diabétique : Intolérance au glucose Anomalie de la glycémie à jeun
- Conditions associées : Dyslipidémie Insuffisance cardiaque Rétinopathie Neuropathie
 Néphropathie HTA MCAS MVAS Insuffisance rénale
- Amorce d'insulinothérapie
- Modification des doses d'insuline par l'infirmière clinicienne selon une ordonnance individuelle (joindre l'ordonnance)
- Cibles glycémiques particulières _____

CLIENTÈLE ATTEINTE OU À RISQUE DE DÉVELOPPER UNE MALADIE CHRONIQUE

Suivi intégré et suivi systématique multidisciplinaire des maladies chroniques

- MPOC MCV Risque élevé : Syndro métabolique Dépistage (HGOP)
- HTA Dyslipidémie Sédentarité Tabagisme
- Obésité Asthme (si comorbidité) Obésité abdominale Maladies vasculaires périphériques.

Autres pathologies : _____

Commentaires : _____

PRÉREQUIS POUR L'ACCÈS AU PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉ (SUPERVISION ASSURÉE PAR KINÉSIOLOGUE)

Examens d'entrée au programme : (pour tout diagnostic de maladie chronique)

Épreuve d'effort (< 1 an) pour accéder au programme d'activité physique à effort modéré.

En attente d'un résultat récent, le client peut débiter le programme, mais à intensité faible.

Autorisations

- Après évaluation médicale, j'autorise le client à entreprendre un programme d'activité physique adapté.
- Après évaluation médicale, j'autorise à ce qu'une épreuve d'effort soit effectuée par le client avant de débiter ce programme (joindre copie si disponible).

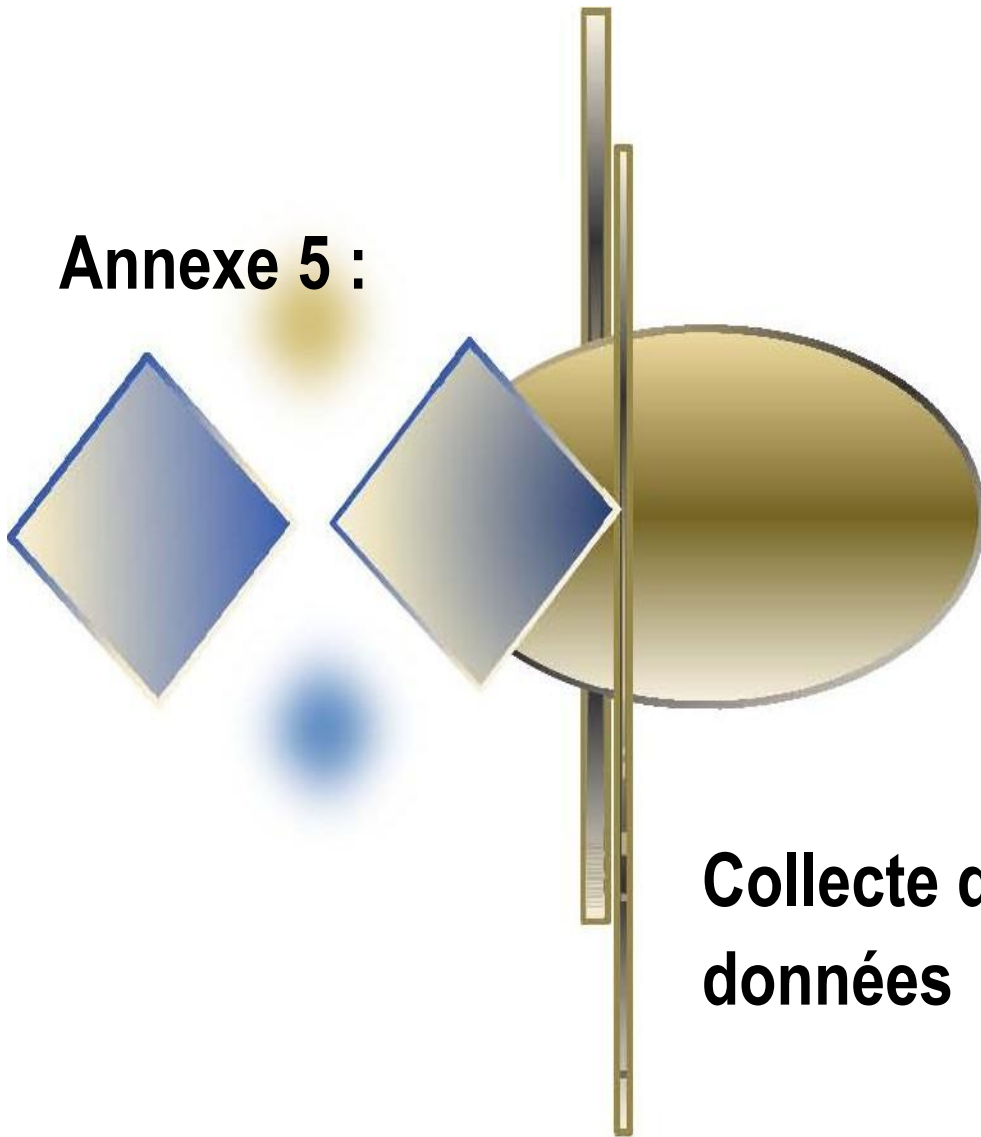
Restriction : _____

Médecin

Date

REMETTRE CETTE REQUÊTE À L'AGENTE ADMINISTRATIVE RESPONSABLE DES MALADIES CHRONIQUES DE VOTRE CENTRE DE SANTÉ RESPECTIF

Annexe 5 :



**Collecte de
données**

Annexe V

Collecte de données



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

COLLECTE DE DONNÉES GUICHET UNIQUE EN MALADIES CHRONIQUES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Raison de consultation (Motif de la demande) et date du dx : _____

Âge du patient : _____

Conditions associées : MVAS MCAS MPOC HTA Diabète
 IRC Dyslipidémie
 Autres : _____

Médecin de famille : _____

Spécialiste : _____

HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Médication (prescrite et sans ordonnance)	Dose et fréquence	Depuis quand	Effets secondaires

Essais antérieurs : _____

Connaît-il les actions de sa médication (incluant les effets secondaires et contre-indications)? _____

Respect de la posologie : Oui Non Raison (spécification) : _____

Dispill dosette autonome

Assurance médicament : RAMQ Privé : _____

Allergies et/ou intolérances (médicales, alimentaires, environnementales, types, réactions) : _____

Antécédents de santé personnels et familiaux : _____

HABITUDES DE VIE

Tabac : Non Cessé – Depuis quand? _____ Oui – Depuis quand? _____

CAT : Non Oui Nombre de cigarettes : ____ / _____

Alcool : Non Oui – Depuis quand? _____ Consommation(s) : ____/semaine

Drogue : Non Oui – Depuis quand? _____ Quelle drogue :

Fréquence de consommation : _____

Caféine : Non Oui – Nombre de consommations/semaine : _____

Boisson énergisante : Non Oui – Nombre de consommations/semaine : _____

Connaissance du GAC : Non Oui Partielle Nombre de repas/jour : _____
Particularité/diète : _____

Faites-vous plus de 150 minutes d'activités physiques modérées/semaine : _____ Non ____ min./sem. Oui

SITUATION PSYCHOSOCIALE

Habite seul(e) avec conjoint(e) Autre : _____

Appartement (_____) Maison (nombre d'étages : _____)

Domicile adapté : Oui Non

Autonome : AVD AVQ

Activités qui ne sont plus praticables à cause du dx : _____

Conduite automobile : _____

PSYCHOSOCIAL

Signes et symptômes pouvant indiquer un besoin d'aide psychosociale/psychologique pour la personne ou pour les proches aidants

Sur une échelle de 1 à 10, s.v.p. indiquer ce qui décrit le mieux votre situation depuis les 3 derniers mois

0 = aucune présence

10 = présence extrême

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anxiété/angoisse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tristesse/sentiments dépressifs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Colère/frustration	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de stress	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentiment de solitude	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires : _____

Comment réagissent vos proches aidants à votre situation?

Anxiété/angoisse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tristesse/sentiments dépressifs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Colère/frustration	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de stress	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentiment de solitude	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Souhaitez-vous recevoir de l'aide pour l'un des problèmes mentionnés ci-dessus? Oui Non

Stades d'adaptation à la maladie : (Cocher le stade où se retrouve le patient et noter les signes qui le démontrent)

Déni	Révolte	Négociation	Résignation	Acceptation
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids : _____ Kg Poids habituel : _____ Kg Taille : _____ cm
 Tour de taille : _____ cm IMC : _____ insuffisant Normal Embonpoint Obésité
 Perte de poids récente non voulue? Oui Combien? _____ Non
 En combien de temps? _____

Particularités gastro-intestinales (nausées, vomissements, diarrhée, ↓ appétit)

TA (bras gauche) : ____/____ mmHg TA (bras droit) : ____/____ mmHg FC : ____/min.
 Respiration : ____min. Saturation : ____% Pacemaker Oui Non

Risque de développer une maladie cardiaque sur 10 ans : _____

Monofilament : pied droit _____ pied gauche _____

Autres : _____

LABORATOIRE

Examens de laboratoire	Date/résultat	Examens de laboratoire	Date/résultat
TG (< 1,7)		Glycémie veineuse à jeun (3,6-6,0)	
HDL		Chlorure (100-109)	
LDL		Urée (1,8-6,5)	
Créatinine (45-85)		Potassium (3,6-4,8)	

LABORATOIRE			
Examens de laboratoire	Date/résultat	Examens de laboratoire	Date/résultat
DFGe (> 60)		Sodium (137-145)	
Microalbuminurie			
HbA1c (0,4-6,6)			
HGOP (à jeun et 2 h post)			

VACCINATION

Vaccin antigrippal : _____ Vaccin antipneumococcique : _____

Vaccin dcaT : _____

Quels sont vos objectifs à atteindre en lien avec votre état de santé? _____

Quel est votre plus grand défi (ou inquiétude) qui pourrait entraver la réalisation de vos objectifs en ce moment?

Si vous aviez une seule question à poser, quelle serait-elle? _____

Enseignement	Référence
--------------	-----------

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Activité physique régulière | <input type="checkbox"/> Service de nutrition |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Service de kinésiologie |
| <input type="checkbox"/> Base d'une saine alimentation | <input type="checkbox"/> Accueil psychosocial |
| <input type="checkbox"/> Arrêt tabagique | <input type="checkbox"/> Centre d'abandon du tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Physiopathologie de la/les
problématique(s) de santé | <input type="checkbox"/> Inhalothérapie |
| <input type="checkbox"/> Vaccination | <input type="checkbox"/> Centre d'enseignement du diabète |
| <input type="checkbox"/> Contrôle des facteurs de risques | <input type="checkbox"/> Centre de vaccination |
| <input type="checkbox"/> Mesure à prendre selon symptômes | <input type="checkbox"/> Service de physiothérapie |

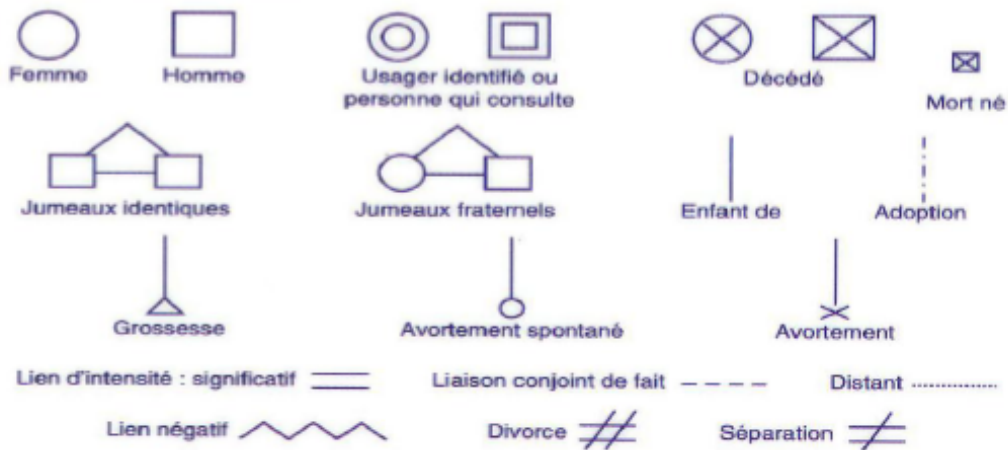
Plan : _____

Suivi : _____

Commentaires : _____

GÉNOGRAMME ET ÉCOCARTE

Symboles génogramme



Tiré du document : Claire THIBEAULT, *Modèle en soins infirmiers McGill : Boîte à outils*, Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill et Université McGill, 2009, p. 90-93.

Signature : _____

