Proposition de stage pour étudiants en médecine/projet érudition pour résidents en médecine

Résumé du projet SOINS Diabète

Titre : Structuration et Organisation des soins INterprofessionelS des patients DIABÉTIques en GMF-U (SOINS Diabète)

Contexte : Le Projet SOINS est un nouveau modèle d'organisation des soins pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques qui s'appuie sur les composantes définies par le Chronic care Model (CCM) : 1) la promotion de l'autogestion, 2) le suivi du plan de traitement des patients par une infirmière clinicienne, 3) l'éducation des patients, 4) l'accès à des professionnels spécialisés, 5) une communication améliorée entre le patient et son équipe de soins, 6) l'utilisation d'un registre électronique de patients et d'outils d'aide à la prise de décision intégrée au dossier médical électronique et 7) l'implication de patients partenaires et des services communautaires.

L'implantation de cette Trajectoire de Soins sera effectuée en se basant sur le Model for Improvement intégrant la pratique réflexive et la mise en œuvre progressive de cycles Plan-Do-Study-Act (PDSA).

Objectifs : Les patients diabétiques seront ciblés pour la première phase d'implantation et d'utilisation du modèle. **Le but de ce projet sera de documenter l'implantation progressive et les effets du Projet SOINS Diabète au sein de 2 GMF-U et 2 GMF, afin de développer un guide d'implantation pour l'ensemble du Québec.**

Méthode : Pour ce faire, notre équipe utilisera le RE-AIM pour étudier la portée, l'efficacité, l'impact d'une intervention sur les résultats, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien de la TdeS. La portée et la mise en œuvre seront documentées par les données des DMÉ. L'efficacité du projet sera documenté par les indicateurs de l'INESSS, les niveaux d'autogestion et de détresse liée au diabète et les coûts associés. L'évaluation des changements sera documentée par les données disponibles dans les DMÉ. L'évaluation du modèle sera documenté par des entrevues et un sondage auprès des professionnels et des patients diabétiques. Finalement, le processus d'implantation sera documenté par l'utilisation d'outils de suivi et de la description détaillée des cycles PDSA.

Conclusion : Le projet permettra d'implanter et d'évaluer un modèle d'organisation des soins pour les patients diabétiques où les compétences de tous les professionnels sont reconnues et valorisées. Les patients auront un accès accru au soutien nécessaire en temps opportun, avec le bon professionnel de la santé.

Rôle du résident dans le cadre du projet d'érudition sur 1 à 2 ans (selon son choix):

Objectif : Travailler sur la gestion des données du projet (entrée de donnée standardisée), en partenariat avec l'agent d'amélioration continue de la qualité (AACQ) du milieu, afin d'être en mesure de générer des indicateurs permettant d'offrir de la rétroaction aux parties prenantes et

aux chercheurs, pour améliorer les soins de la population diabétique de type II incluse dans le projet.

Modalités :

- Définir avec les équipes cliniques la manière de compléter les DMÉ afin d'optimiser la collecte d'indicateurs (session à prévoir avec l'AACQ pour avoir un impact plus important et uniformisé / adoption consensuelle des recommandations à mettre en place pour les équipes cliniques)
- Définir avec les équipes cliniques les indicateurs à prendre en compte/prioriser pour rendre compte du suivi des patients DB de manière réaliste
- Réaliser la collecte de données en mesurant les indicateurs dédiés au suivi des personnes vivant avec le diabète de type II
- Inclure les résultats de la collecte à une démarche d'amélioration continue de la qualité pour :
 - Ajuster l'entrée de données dans les DMÉ pour optimiser la mesure des indicateurs
 - Optimiser l'utilisation d'un tableau de bord (DPTMED) de suivi des indicateurs de la population diabétiques destiné aux professionnels
 - Optimiser les pratiques cliniques de suivi des patients diabétiques de type II