Manuel des politiques et des procédures pour les programmes financés d'éducation des adultes sur le diabète

Production conjointe

du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et
des réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario

Mise à jour : Mars 2016

Ontario

Table des matières

Table des matières 2

Préface 1
- Historique de l'éducation des adultes en matière de diabète en Ontario 1

1.0 Introduction 3
- 1.1 Objectif et utilisation du présent manuel 3
- 1.2 Terminologie concernant les principaux intervenants 4
- 1.3 Rôles des bailleurs de fonds 5
  - 1.3.1 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée 5
  - 1.3.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé 5
- 1.4 Responsabilités des bailleurs de fonds 6
  - 1.4.1 Offre de modèles de production de rapports et de suivi 6
  - 1.4.2 Communication des exigences 6
  - 1.4.3 Transmission des coordonnées et des renseignements de présentation 7
  - 1.4.4 Évaluation des objectifs et des plans annuels 7
  - 1.4.5 Évaluation des rapports trimestriels 7
  - 1.4.6 Détermination du code de centre fonctionnel pour les rapports de système d'information de gestion 7

2.0 Politiques générales 9
- 2.1 Mission et portée 9
- 2.2 Personnel 10
- 2.3 Qualité 10
- 2.4 Accessibilité 11
- 2.5 Protection de la vie privée et confidentialité 11
- 2.6 Gestion des fonds 11
- 2.7 Récupération et réaffectation des fonds 12
- 2.8 Vérifications de programme 13
- 2.9 Vérification des finances 13

3.0 Procédure d'élaboration et de présentation du plan annuel 14
- 3.1 Élaboration du plan annuel 14
  - 3.1.1 Partie 1 – Annexe A 14
  - 3.1.2 Partie 2 – Annexe B 18
  - 3.1.3 Partie 3 – Annexe C 20
  - 3.1.4 Partie 4 – Formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme 21
- 3.2 Présentation du plan annuel 21
- 3.3 Examen et approbation du plan annuel 21

4.0 Procédure d'élaboration et de présentation des rapports trimestriels 23
- 4.1 Élaboration des rapports trimestriels 23
  - 4.1.1 Partie 1 – Rapport trimestriel d'évolution du plan de travail 23
  - 4.1.2 Partie 2 – États financiers trimestriels 24
  - 4.1.3 Partie 3 – Rapport d'activités trimestriel 24
- 4.2 Présentation des rapports trimestriels 28
- 4.3 Examen des rapports trimestriels 29

Glossaire 30

Préface

Historique de l'éducation des adultes en matière de diabète en Ontario

En 1992, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) annonçait, parmi ses priorités stratégiques, une réforme des services aux diabétiques et, en consultation avec les fournisseurs de soins de santé, les conseillers en soins aux diabétiques et les personnes touchées par cette maladie, mettait au point un plan stratégique et un énoncé de vision à l'appui de cette réforme provinciale. Les objectifs du plan étaient les suivants :

- offrir un accès équitable à des soins professionnels de qualité tout en misant sur l'éducation et les soins ambulatoires;
- établir des liens avec les centres de recherche;
- mettre en place des normes de soins cohérentes.

Le plan précisait également ce dont l'Ontario avait besoin pour prévenir et retarder le diabète et ses complications, c'est-à-dire :

- une surveillance systématique des diabétiques afin de repérer rapidement les risques de complications;
- une intervention précoce permettant de gérer et de prévenir la plupart des complications;
- une prise en charge globale du diabète par des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé;
- l'éducation des diabétiques et des professionnels de la santé pour assurer une surveillance et une prise en charge adéquates;
- la promotion de modes de vie sains pour réduire les facteurs de risque, comme le tabagisme, l'obésité, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice;
- une recherche continue, particulièrement sur les techniques de dépistage, les traitements et la prestation de services.

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOLD), annoncée en juin 2008, est une approche globale visant l'expansion des programmes de lutte contre le diabète ainsi que l'amélioration de la santé des Ontariens diabétiques et des soins de santé qu'ils reçoivent. Dans sa mise en œuvre de la SOLD, le gouvernement a tiré parti des investissements existants dans les initiatives de prévention et de soins à tous les niveaux du système de santé pour améliorer la capacité, l'accessibilité et la qualité des services et des soins aux diabétiques en Ontario.

Les initiatives de la SOLD continuent à :

- tirer profit des investissements nouveaux ou existants dans les soins liés au diabète pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services et des soins aux diabétiques;
- accroître la capacité du système de santé en renforçant la prévention et en améliorant la gestion de la maladie, afin de favoriser la santé et de ralentir la progression du diabète.

En 2013, le MSSLD a transféré aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) la responsabilité de la plupart des ententes de financement relatives aux programmes d'éducation sur le diabète (PED), c'est-à-dire des ententes concernant les programmes de centres de santé communautaire (CSC), des hôpitaux et des services communautaires de soutien (SCS). Le MSSLD continue de superviser les PED financés dans les équipes de santé familiale (ESF) par l'intermédiaire de la Direction des soins primaires. La Direction de la mise en œuvre du MSSLD

supervise principalement les PED d'organismes fournisseurs de services et d'organismes de soins de santé pour les Autochtones et les Premières nations.

Les RLISS et le MSSLD continuent de favoriser l'harmonisation de leurs programmes respectifs pour que les PED soient mis en œuvre de manière coordonnée et intégrée.

1.0 Introduction

1.1 Objectif et utilisation du présent manuel

Le présent manuel a été conçu principalement pour le personnel et les intervenants des PED financés par le MSSLD ou un des RLISS de l'Ontario en vue d'offrir des services aux adultes. Il décrit les politiques et les procédures actuelles établies et mises en œuvre conjointement par les RLISS et le MSSLD. Ce document remplace toutes les versions précédentes. L'objectif du manuel est double :

- **clarifier les rôles, les responsabilités et les attentes des bailleurs de fonds** – Les données antérieures et les rôles et responsabilités des bailleurs de fonds favorisent la compréhension et la normalisation de la prestation et de l'administration des PED financés par le MSSLD ou un RLISS en Ontario. Il est essentiel que les attentes soient clairement énoncées afin que les nombreux intervenants fassent preuve d'uniformité dans la supervision et la reddition de comptes. Le manuel est un outil utile pour guider les nouveaux membres du personnel des PED dans tous les organismes concernés;

- **donner une interprétation normalisée des exigences en matière de rapport** – La définition et la description claires des données à recueillir permettent d'obtenir des renseignements fiables sur l'éducation en matière de diabète à l'échelle de la province. Des données de qualité permettent d'améliorer la planification des programmes au niveau organisationnel, régional et provincial.

Les organismes autofinancés en matière de rémunération de personnel et de programmes de lutte au diabète sont invités à utiliser ce manuel, au besoin. Les modèles et les outils de production de rapports peuvent aussi être offerts si les responsables de programmes veulent s'en servir pour leurs suivis et leurs rapports. Communiquez avec votre RLISS pour obtenir ces outils en version électronique.

Une version électronique du présent document peut vous être fournie par le MSSLD ou tout RLISS de l'Ontario. Il est aussi offert électroniquement, en français et en anglais.

1.2 Terminologie concernant les principaux intervenants

Les expressions ci-dessous sont utilisées dans le document pour désigner les principaux intervenants de l'éducation en matière de diabète.

Programmes d'éducation sur le diabète (PED) – Programmes dont au moins une partie du financement est assuré par un RLISS ou par le MSSLD directement pour l'offre de soins aux diabétiques et d'aide à la population diabétique adulte. Comme le précise l'introduction, on encourage les programmes d'éducation sur le diabète qui sont entièrement financés à même le budget global d'un organisme à suivre les présentes politiques et procédures, même s'ils ne sont pas obligés de s'y conformer. Les programmes dont au moins une partie du financement est assuré par un RLISS ou le MSSLD pour couvrir les dépenses en soins aux diabétiques adultes, ci-après désignés par le sigle PED, sont visés par les politiques et les procédures du manuel.

Organisme hôte – Organisme (p. ex. hôpital, organisme de soins primaires, organisme communautaire ou organisme pour les Autochtones ou les Premières nations) qui reçoit des fonds d'un RLISS ou du MSSLD dans le but exprès de fournir des soins aux diabétiques et du soutien aux diabétiques adultes. Les fonds alloués à cet effet sont versés par les RLISS et le MSSLD à des organismes qui mettent en œuvre et gèrent ces programmes et qui en rendent compte. L'organisme bénéficiaire est parfois appelé un « fournisseur administrateur des services de santé » ou un « organisme de paiement de transfert ». Aux fins du présent document, l'expression « organisme hôte » s'entend de tout organisme qui reçoit des fonds et doit rendre compte à un RLISS ou au MSSLD de sa prestation de soins aux diabétiques.

Bailleur de fonds – Différents organismes gouvernementaux sont responsables du financement et de la supervision des PED de la province. Le financement provient toujours, en premier lieu, du MSSLD, mais il est affecté aux programmes de diverses façons. Les ESF qui reçoivent des fonds du MSSLD pour l'éducation en matière de diabète doivent rendre compte au Ministère (Direction des soins primaires). Les collectivités autochtones et des Premières nations ainsi que les autres fournisseurs de soins de santé qui reçoivent des fonds du MSSLD pour l'éducation en matière de diabète doivent rendre compte au Ministère (Direction de la mise en œuvre). Les centres de santé communautaire, les hôpitaux et les services communautaires de soutien qui reçoivent des fonds pour l'éducation en matière de diabète doivent rendre compte au RLISS de leur région. Aux fins du présent document, l'expression « bailleur de fonds » s'entend de la direction du MSSLD ou du RLISS qui octroie des fonds à un programme pour la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète.

Tableau 1 : Résumé des organismes hôtes des PED et de leur bailleur de fonds respectif

Organismes hôtes	Bailleurs de fonds
Centres de santé communautaire (CSC)	RLISS
Hôpitaux	RLISS
Services communautaires de soutien (SCS)	RLISS
Équipes de santé familiale (ESF)	Direction des soins primaires du MSSLD
Organismes pour les Autochtones ou les Premières nations ou autre organisme de soins de santé	Direction de la mise en œuvre du MSSLD

1.3 Rôles des bailleurs de fonds

1.3.1 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Les principales fonctions du MSSLD sont :

- l'établissement d'une orientation stratégique globale et de priorités provinciales pour le système de santé;
- l'élaboration de lois, de règlements, de normes, de politiques et de directives à l'appui de cette orientation stratégique;
- la surveillance, à l'échelle régionale, du rendement du système de santé et de la santé des Ontariennes et des Ontariens ainsi que la communication des résultats connexes;
- la planification et l'établissement de modèles et de niveaux de financement pour le système de santé.

En ce qui concerne l'éducation en matière de diabète en Ontario et les soins aux diabétiques en général, le MSSLD :

- finance et supervise les PED dont l'organisme hôte est une ESF ou un organisme pour les Autochtones ou les Premières Nations;
- octroie aux RLISS des fonds consacrés à l'éducation en matière de diabète dans des hôpitaux, des services communautaires de soutien et des centres de santé communautaire;
- finance les RLISS pour appuyer leur rôle de gestion, de planification et de coordination régionales de tous les PED.

1.3.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Les principales fonctions des RLISS sont :

- l'établissement de l'orientation régionale du système de santé, selon les besoins et les forces cernés à l'échelle locale et les priorités provinciales globales;
- la planification, le financement et l'intégration du système de santé local conformément à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*;
- la surveillance, à l'échelle régionale, du rendement du système de santé et de la santé des Ontariennes et des Ontariens ainsi que la communication des résultats connexes;
- le financement et la supervision d'hôpitaux, de centres de santé communautaire, d'établissements de soins de longue durée, d'organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, de centres d'accès aux soins communautaires et de services communautaires de soutien.

En ce qui concerne l'éducation en matière de diabète en Ontario et les soins aux diabétiques en général, les RLISS :

- financent et supervisent les PED dont l'organisme hôte est un hôpital, un centre de santé communautaire ou un service communautaire de soutien;
- sont responsables de la gestion, de la planification et de la coordination, à l'échelle régionale, des services et des programmes de lutte contre le diabète financés par le Ministère, conformément aux priorités provinciales.

1.4 Responsabilités des bailleurs de fonds

Les politiques et les procédures décrites dans les sections suivantes reflètent les responsabilités des bailleurs de fonds. Afin de favoriser la conformité des PED à ces politiques et à ces procédures, les bailleurs de fonds doivent prendre les mesures de supervision et de soutien décrites ci-dessous.

1.4.1 Offre de modèles de production de rapports et de suivi

Les bailleurs de fonds fournissent les fichiers électroniques suivants pour favoriser le respect des exigences annuelles et trimestrielles en matière de rapport :

- **modèle pour l'annexe A** (en format Microsoft Word) : Comprend tous les éléments requis pour remplir la description de programme et le plan de travail annuel (annexe A), le plan de travail annuel contenant des colonnes séparées qui font partie des rapports trimestriels d'évolution du plan de travail;
- **modèle pour l'annexe B** (en format Microsoft Excel) : Comprend tous les éléments requis pour remplir le budget annuel (annexe B), ainsi que des feuilles de calcul qui font partie des états financiers trimestriels;
- **modèle pour l'annexe C** (en format Microsoft Excel) : Comprend tous les éléments requis pour fournir les objectifs annuels (annexe C), ainsi que des feuilles de calcul et un onglet de sommaire pour les rapports d'activités trimestriels;
- **modèle de formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme** (en format Microsoft Word) : Comprend tous les éléments pour remplir le formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme.

1.4.2 Communication des exigences

Le bailleur de fonds transmet les dates limites de présentation des PED. Celles-ci peuvent faire l'objet d'une entente entre le bailleur de fonds et le PED, mais au bout du compte le bailleur de fonds détermine les dates de présentation, de façon à pouvoir lui-même respecter les exigences en matière de rapport qui lui sont imposées. Le bailleur de fonds doit informer les responsables des PED des dates de présentation des documents suivants :

- la description du programme et le plan de travail annuel proposé (annexe A), en format Microsoft Word;
- le budget annuel proposé (annexe B), en format Microsoft Excel;
- la copie signée du budget annuel proposé (annexe B), en format PDF;
- les objectifs annuels concernant les activités (annexe C), en format Microsoft Excel;
- le formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme, en format Microsoft Word;
- les rapports trimestriels, c'est-à-dire :

  i) le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail, en format Microsoft Word;
  ii) les états financiers trimestriels, en format Microsoft Excel;
  iii) la copie signée des états financiers trimestriels, en format PDF;
  iv) le rapport d'activités trimestriel, en format Microsoft Excel.

Les rapports et les autres documents doivent être remis au plus tard aux dates précisées. Toute demande visant à repousser une échéance doit être faite et approuvée par écrit avant la date limite de présentation.

D'autres outils et modèles en matière de suivi peuvent être fournis relativement aux exigences en

matière de rapport des programmes. Les responsables des PED doivent communiquer avec leur bailleur de fonds pour s'enquérir de tout outil supplémentaire à leur disposition.

Ces modèles peuvent aussi servir aux organismes dont le budget de base ou le budget global prévoit le financement de programmes de lutte contre le diabète, pour leur suivi interne. Les fournisseurs de services de santé intéressés peuvent communiquer avec leur RLISS pour obtenir ces modèles en version électronique.

1.4.3 Transmission des coordonnées et des renseignements de présentation

Le bailleur de fonds doit informer l'organisme hôte de la manière dont il peut être joint et de l'adresse à laquelle il doit envoyer ses rapports. En général, les rapports sont envoyés par courriel.

1.4.4 Évaluation des objectifs et des plans annuels

L'établissement d'objectifs est nécessaire pour comprendre en quoi consiste la réussite globale des PED à l'échelle régionale ou provinciale. Il est entendu que la clientèle visée par les programmes est très variée et que ses besoins diffèrent d'une région à l'autre. Comme l'incidence du diabète s'accroît au sein de la population adulte, les PED sont tenus de continuellement étendre leurs services à de nouveaux clients. Les objectifs proposés par les PED dans leurs plans annuels sont évalués par les bailleurs de fonds en tenant compte des ressources disponibles en personnel et des besoins de la collectivité. Ces objectifs sont évalués et révisés par les bailleurs de fonds en fonction de leur responsabilité d'assurer l'accès équitable à des programmes de qualité dans toute la région. Les bailleurs de fonds travaillent en collaboration à l'analyse des objectifs présentés tant à l'échelle interrégionale que provinciale. Les résultats des analyses peuvent ensuite servir d'assise à l'établissement de nouveaux objectifs de programme.

1.4.5 Évaluation des rapports trimestriels

L'évaluation des documents présentés et des demandes concernant les PED est un aspect clé de la supervision et de la reddition de comptes. La réussite des PED est évaluée en fonction de l'évolution de l'application du plan de travail approuvé ainsi que des activités du PED par rapport aux prévisions en matière de clientèle. Chaque bailleur de fonds peut employer une méthode d'évaluation de programme différente. Au besoin, les commentaires sont remis aux responsables des PED, et toute préoccupation ou question concernant les présentations doit leur être transmise.

1.4.6 Détermination du code de centre fonctionnel pour les rapports de système d'information de gestion

Les Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada (Normes SIG) sont des normes nationales utilisées dans l'ensemble du système de santé. Elles servent à recueillir et à présenter les données financières et statistiques sur les activités quotidiennes des organismes de santé. Les bailleurs de fonds des PED déterminent, en collaboration avec la Direction des données sur la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le code de centre fonctionnel approprié que chaque organisme hôte ou type d'organisme hôte (p. ex. les hôpitaux ou les centres de santé communautaire) doit utiliser pour la communication de toutes les données financières et statistiques des SIG. Ce code de centre fonctionnel est transmis aux PED par leur bailleur de fonds ou spécifié dans l'entente de responsabilisation en matière de services ou la lettre de confirmation de financement annuel des PED. Les rapports de SIG sont distincts des rapports annuel et trimestriels des PED décrits dans ce manuel. Malgré cette différence, les données des rapports de SIG et celles des autres rapports des

PED devraient correspondre presque en tout point.

2.0 Politiques générales

2.1 Mission et portée

2.1.1 Les PED aident les personnes à améliorer leur santé et favorisent les saines habitudes de vie, y compris par la gestion du diabète ou des possibilités de diabète comme maladie chronique ainsi que par la prévention ou l'atténuation des effets des complications secondaires chez les personnes atteintes de diabète.

2.1.2 Les PED offrent des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète aux personnes de 18 ans ou plus. Ces services peuvent être offerts aux personnes de moins de 18 ans, selon le cas, si les conditions suivantes sont réunies :

- le bailleur de fonds et l'organisme hôte ont conjointement déterminé que l'admission ou le passage hâtif à un programme pour adultes est nécessaire parce que les services pédiatriques d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète qui répondraient aux besoins du client ne sont pas offerts dans la collectivité;
- le PED pour adultes dispose des ressources et de l'expertise nécessaires pour offrir des soins de manière efficace et sécuritaire.

2.1.3 Les PED sont axés sur la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète aux personnes diagnostiquées comme étant diabétiques ou prédiabétiques. Les services et les autres activités de prévention primaire du diabète peuvent aussi être offerts aux personnes non diagnostiquées, mais à risque de développer la maladie. Des renseignements sur la prévention primaire peuvent être offerts aux personnes à risque si les conditions suivantes sont réunies :

- le bailleur de fonds et l'organisme hôte ont déterminé conjointement que les mesures de prévention primaire répondent aux besoins de la collectivité et lui sont bénéfiques;
- le PED dispose des ressources et de l'expertise nécessaires pour offrir les soins de manière sécuritaire et efficace, sans nuire à l'accessibilité ni à la qualité des soins aux personnes diagnostiquées comme étant diabétiques (p. ex. sans augmentation du temps d'attente).

2.1.4 Les PED mettent l'accent sur l'offre de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète de niveau élémentaire à intermédiaire à l'aide d'un modèle basé sur les besoins de la collectivité. Les services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète de niveau supérieur peuvent être offerts dans le cadre d'un PED financé par un RLISS ou le MSSLD lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- le bailleur de fonds et l'organisme hôte ont conjointement mis en lumière une lacune ou un besoin dans la collectivité qui nécessite des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète de niveau supérieur;
- le PED dispose des ressources et de l'expertise nécessaires pour offrir des soins de manière efficace et sécuritaire.

2.2 Personnel

2.2.1 Les services des PED sont assurés par une équipe multidisciplinaire de professionnelles et de professionnels de la santé qualifiés qui compte au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) équivalent temps plein ainsi qu'une diététiste professionnelle ou un diététiste professionnel (Dt.P.) équivalent temps plein.

2.2.2 L'organisme hôte ne doit pas réduire l'équipe permanente du PED ni modifier le ratio ETP des IA, des Dt.P. et des travailleuses et travailleurs sociaux (TS) sans l'autorisation du bailleur de fonds. Toute demande de modification de l'effectif doit être présentée au bailleur de fonds par écrit. Celle-ci doit comprendre une justification du changement et décrire la façon dont le changement sera géré et dont la grande qualité des services aux patients sera maintenue pendant le changement. Ces demandes ne sont prises en compte par le bailleur de fonds que lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- le bailleur de fonds et l'organisme hôte ont déterminé conjointement qu'une lacune existante peut être comblée en modifiant le ratio de personnel;
- l'inclusion de nouveaux employés de différentes disciplines ou la modification du ratio de personnel sera très utile à l'atteinte des meilleurs résultats sur la santé des diabétiques ou des personnes à risque de développer la maladie.

2.2.3 Un organisme hôte peut accroître les ressources en personnel d'un PED en lui attribuant des sommes imputées à son budget général.

2.2.4 L'organisme hôte doit s'assurer que les membres du personnel des services de santé détiennent un permis ou les qualifications professionnelles nécessaires à la pratique de leur profession en Ontario conformément aux lois et aux règlements en vigueur.

2.2.5 L'organisme hôte élabore et met en œuvre des procédures de reconnaissance des qualifications du personnel du programme. Au moment de l'embauche, de l'avancement ou de la réattestation d'un employé, l'organisme hôte doit vérifier les titres de compétence et conserver une copie des documents importants à cet égard dans le dossier de la personne concernée.

2.3 Qualité

2.3.1 Les PED offrent des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète fondés sur une expertise clinique. Les services offerts par les PED reflètent les pratiques exemplaires décrites dans les dernières recommandations de l'Association canadienne du diabète en ce qui concerne la pratique clinique et l'éducation en matière de diabète. Les responsables des PED sont invités à consulter les lignes directrices de pratique clinique en vigueur, les ressources en ligne ainsi que les outils et les publications de l'Association canadienne du diabète.

2.3.1 Les responsables des PED doivent s'assurer que les soins offerts sont de grande qualité et cliniquement efficaces, c'est-à-dire qu'ils permettent aux clients d'atteindre un état optimal de santé et de bien-être. Les indicateurs de qualité doivent être mesurés ou vérifiés par le personnel au moins une fois par exercice. Une vérification ou une évaluation peut notamment porter sur :

- les indicateurs des résultats cliniques figurant dans les dossiers de santé personnels;
- les indicateurs de satisfaction de la clientèle;
- les indicateurs de processus visant la prestation de services, les tendances relatives à l'effectif et la satisfaction du personnel;
- les résultats associés aux tendances de pratique et à la conformité avec les normes professionnelles (p. ex. normes établies par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ou l'Ordre des diététistes de l'Ontario);

- les indicateurs d'accessibilité figurant dans les rapports d'activités trimestriels (p. ex. temps d'attente, nombre de personnes ayant reçu un service, services d'approche offerts).

2.3.2 Les résultats des vérifications de la qualité servent à orienter la planification des PED. Les plans de programme visant l'amélioration de la qualité doivent tenir compte des lacunes ou des possibilités cernées dans la vérification ou l'évaluation.

2.3.3 L'organisme hôte rend disponible l'information portant sur la méthode et sur les résultats des vérifications de la qualité afin qu'elle puisse être examinée au besoin par le bailleur de fonds. L'organisme hôte procède à des vérifications révisées ou de suivi de la qualité à la demande du bailleur de fonds.

2.4 Accessibilité

2.4.1 Il doit être facile pour les membres de la collectivité de profiter des PED, y compris pour les patients externes, les personnes sans fournisseur de soins primaires et les nouveaux arrivants dans la collectivité. Les IA, les Dt.P. et les TS financés peuvent toujours être consultés sans recommandation officielle. Lorsqu'une recommandation ou des antécédents médicaux sont demandés par un spécialiste ou par l'équipe pour fournir des soins, un processus centré sur le patient est établi pour obtenir ces renseignements rapidement et sans rediriger de client ne requérant pas de soins actifs vers les services d'urgence.

2.4.2 Les PED sont accessibles et leurs heures d'ouverture sont fixées en fonction des besoins de la clientèle et de la collectivité. Si possible, les services sont offerts le soir et la fin de semaine.

2.4.3 Les services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète offerts dans le cadre des PED sont gratuits.

2.4.4 Les responsables des PED situés dans l'une des 25 régions désignées en vertu de la *Loi sur les services en français* ou y offrant leurs services veillent à ce que les services au public tiennent compte des besoins de la population francophone qu'ils servent.

2.4.5 Les responsables des PED doivent repérer et éliminer tout obstacle à l'accès équitable et sécuritaire aux services. Les PED doivent se conformer aux exigences de la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*.

2.5 Protection de la vie privée et confidentialité

2.5.1 Les responsables des PED établissent et appliquent des politiques et des procédures de protection de la vie privée et du droit à la confidentialité de la clientèle en conformité avec les lois, règlements, règles et ordonnances applicables à l'échelle fédérale, provinciale et municipale, y compris la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario*.

2.6 Gestion des fonds

2.6.1 Les responsables des PED financés par le MSSLD doivent obtenir une autorisation écrite avant de transférer des fonds d'un compte ou d'un poste budgétaire à un autre, à moins d'avis contraire de la part du bailleur de fonds.

2.6.2 Les PED financés par un RLISS et dont l'organisme hôte est un centre de santé communautaire ou un fournisseur de services communautaires de soutien doivent se conformer à la *Politique financière communautaire*. Les PED financés par un hôpital doivent adopter des pratiques de gestion financière similaires. Dans le cadre de ces politiques et pratiques de gestion financière, les

PED financés par un RLISS peuvent réaffecter l'excédent projeté relatif à un poste budgétaire à un autre compte ou à un autre poste de l'enveloppe budgétaire du PED sans autorisation préalable du bailleur de fonds. Cette réaffectation doit améliorer ou renforcer la capacité du PED à atteindre les objectifs de service des PED approuvés, et les surplus ne peuvent être affectés à des dépenses non liées au PED.

2.6.3 Les responsables des PED ne peuvent en aucun cas reporter des fonds à un exercice ultérieur. Cette interdiction s'étend aux réaffectations approuvées, qui doivent être utilisées au plus tard le dernier jour de l'exercice (31 mars).

2.6.4 Les responsables des PED ne divulguent les dépenses que lorsqu'elles ont trait aux éléments couverts conformément aux limites imposées par les politiques du bailleur de fonds et de l'organisme hôte. La *Politique financière communautaire* du RLISS et la *Directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil* du MSSLD décrivent notamment ces limites. Les dépenses qui ne peuvent être payées à même les fonds reçus du MSSLD ou d'un RLISS comprennent ce qui suit :

- les dépenses qui dépassent le montant établi dans le budget approuvé;
- les frais de délivrance de permis;
- les prêts et les dons;
- les dépenses relatives aux collectes de fonds;
- les dépenses relatives aux cadeaux, au divertissement et aux fêtes du personnel, aux fleurs, etc.;
- les honoraires professionnels;
- les coûts de stationnement au lieu de travail habituel.

2.6.5 Les responsables des PED qui prévoient un excédent à la fin d'un exercice donné doivent faire part du montant excédentaire projeté au bailleur de fonds avant la fin du troisième trimestre (31 décembre) de l'exercice.

2.7 Récupération et réaffectation des fonds

2.7.1 Il est possible de récupérer les fonds relatifs à un PED en cours d'exercice s'il est établi qu'il y a un excédent budgétaire et que le montant en question ne pourra pas être utilisé par le programme.

2.7.2 Le MSSLD ou les RLISS font des rapprochements de fonds non dépensés à la fin de l'exercice, après l'examen de l'état de rapprochement annuel de l'organisme hôte. De plus, les intérêts créditeurs sur les fonds de fonctionnement reçus du bailleur de fonds sont traités comme un revenu remboursable. Le bailleur de fonds informe l'organisme hôte du montant à récupérer ainsi que de la méthode et de la date de remboursement. Une sous-utilisation du budget au cours d'un exercice, ainsi que la récupération qui s'ensuit à la fin de celui-ci n'entraînent pas nécessairement une réduction du budget de l'exercice suivant, sauf si la sous-utilisation témoigne d'une tendance à la baisse des besoins.

2.7.3 Les responsables des PED financés par le MSSLD doivent demander par écrit au bailleur de fonds la permission de réaffecter tout excédent relatif au budget projeté. Dans le cas des PED financés par le MSSLD, les demandes peuvent porter, notamment, sur la réaffectation d'un excédent à un autre poste budgétaire ou sur l'affectation d'un excédent à une autre fin ou à une dépense ponctuelle. Les demandes de réaffectation de fonds doivent être soumises au bailleur avant le 31 décembre de l'exercice. Dans la plupart des cas, les demandes ne sont acceptées que si elles démontrent que la réaffectation proposée contribuera à l'atteinte d'objectifs liés à l'éducation en matière de diabète et à la gestion du diabète.

2.7.4 Les PED financés par un RLISS qui prévoient un excédent à la fin d'un exercice doivent en aviser leur RLISS le plus tôt possible au cours du 3e trimestre. Les montants excédentaires peuvent être

réaffectés à d'autres programmes de lutte contre le diabète, suivant le processus mis en place par le RLISS.

2.8 Vérifications de programme

2.8.1 Le bailleur de fonds est autorisé à mener des inspections, y compris à procéder à une vérification complète ou partielle du PED et de ses activités ou à demander à ses mandataires de faire une telle vérification en son nom. Les responsables et les organismes hôtes doivent permettre l'évaluation des PED, y compris des documents financiers et administratifs. Cette permission est accordée au bailleur de fonds ou à son mandataire, à la demande du bailleur de fonds, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- le bailleur de fonds informe l'organisme hôte de la tenue de la vérification au moins 24 heures à l'avance;
- la vérification doit se dérouler pendant les heures d'ouverture normales de l'organisme hôte.

2.9 Vérification des finances

2.9.1 Les organismes hôtes peuvent intégrer la vérification des PED à leur vérification financière globale. Ils doivent alors s'assurer que les états financiers vérifiés à l'échelle organisationnelle contiennent les détails nécessaires sur les revenus et les dépenses de programme, aux fins de communication au bailleur de fonds, selon les affectations budgétaires d'origine. Dans certains cas, le PED doit faire l'objet d'une vérification distincte afin d'obtenir de l'information suffisamment détaillée. Une partie du montant affecté aux PED sert à couvrir les frais de vérification encourus.

2.9.2 Les hôpitaux agissant à titre d'organismes hôtes peuvent recevoir des fonds à la fois pour un PED destiné aux adultes et pour un PED pédiatrique. La vérification des programmes peut alors être intégrée à la vérification financière globale de l'organisme. Cependant, dans un tel cas, l'organisme hôte doit s'assurer que les états financiers vérifiés à l'échelle organisationnelle contiennent les détails nécessaires sur les revenus et les dépenses de chaque programme, aux fins de communication au bailleur de fonds, selon l'affectation budgétaire d'origine.

3.0 Procédure d'élaboration et de présentation du plan annuel

3.1 Élaboration du plan annuel

L'organisme hôte doit présenter un dossier de planification annuelle de PED avant le début de l'exercice. La production de ce document doit respecter l'échéance fixée par le bailleur de fonds conformément aux exigences de communication décrites à la section 1.4.2 de ce manuel. Un modèle peut être fourni par le bailleur de fonds pour chacun des éléments ci-dessous. Les cinq éléments constituant le dossier de planification annuelle sont :

- la description du programme et le plan de travail annuel proposé (annexe A), en format Microsoft Word;
- le budget annuel proposé (annexe B), en format Microsoft Excel;
- la copie signée du budget annuel proposé (annexe B), en format PDF;
- les objectifs annuels concernant les activités (annexe C), en format Microsoft Excel;
- le formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme, en format Microsoft Word.

3.1.1 Partie 1 – Annexe A

3.1.1.1 Le plan de travail annuel du PED (annexe A) reflète le travail des ressources en personnel allouées au PED par le MSSLD ou un RLISS ainsi que celui des autres ressources du PED financées par l'organisme hôte. Le travail de toutes les ressources humaines est intégré dans la description du programme et dans le plan de travail annuel.

3.1.1.2 L'annexe A comprend les deux sections suivantes :

i) la description du programme, c'est-à-dire des établissements de prestation et des services du PED;
ii) le plan de travail annuel, qui répertorie les activités et les résultats prévus ainsi que les dates fixées pour l'atteinte des objectifs.

Les renseignements permettant de remplir ces sections sont fournis ci-dessous.

i) Description du programme

3.1.1.3 Les responsables des PED fournissent une description de l'établissement principal et des établissements satellites d'éducation en matière de diabète. Les expressions « établissement principal du PED » et « établissement satellite du PED » sont définies dans le glossaire du manuel.

ii) Plan de travail annuel

3.1.1.4 Le travail à accomplir pendant l'exercice est décrit en fonction des objectifs. Seules les trois premières colonnes doivent être remplies. Les quatre autres colonnes sont réservées aux rapports trimestriels. Les trois colonnes faisant partie du plan de travail annuel portent respectivement sur les aspects suivants :

- activités ou stratégies – brève description des activités, des stratégies ou des projets en fonction des objectifs. Les descriptions portent sur des mesures précises et concrètes prises pour améliorer le programme. Les bailleurs de fonds s'intéressent tout particulièrement aux nouveautés ou aux changements qui toucheront le programme pendant l'exercice à venir;
- résultats anticipés – description des améliorations qui seront apportées aux activités ou aux stratégies. La précision est de rigueur, et les mesures des résultats ou des processus, qui permettront de déterminer si les objectifs ont été atteints, doivent être quantitatives;
- dates ou trimestres de début ou de fin – dates ou trimestres projetés pour le début et la fin de chaque activité du plan de travail. Les bailleurs de fonds pourront établir leurs attentes concernant l'évolution trimestrielle en fonction de ces dates.

3.1.1.5 Les PED orientent leurs activités sur les objectifs décrits dans le modèle de l'annexe A. Ces objectifs ne peuvent être modifiés ni supprimés. Tout objectif supplémentaire du programme peut être décrit dans la colonne portant sur les résultats anticipés.

3.1.1.6 Les responsables des PED doivent décrire, dans le plan de travail annuel, les nouveautés, les changements ou les améliorations qui favoriseront la prestation quotidienne des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète. Les activités habituelles qui sont bien ancrées dans le modèle du programme doivent elles aussi être mentionnées dans la description générale, à l'annexe A.

3.1.1.7 Les responsables des PED doivent suivre les exemples fournis pour remplir l'annexe A. Ces exemples ne sont pas conçus pour illustrer les attentes relatives au travail à accomplir. Ils présentent simplement des tournures de phrase que les responsables des programmes peuvent employer pour décrire leur travail. Le tableau ci-dessous présente des exemples pour l'annexe A.

Exemples pour l'objectif 1 – Améliorer ou garantir l'accès aux services du PED

Activités ou stratégies pour atteindre l'objectif	Résultats escomptés – Quelle sera l'amélioration?	Date de début et de fin du projet
Exemple : Participation à un salon de la santé dans la collectivité des Premières nations XX. Distribution de matériel de prévention et de dépistage ainsi que de formulaires d'accès direct aux personnes intéressées.	**Exemple :** Amélioration de l'accessibilité dans les collectivités des Premières nations pour les personnes qui ne connaissent pas les services du PED. 60 personnes ramènent de la documentation à la maison, et 10 personnes prennent rendez-vous d'elles-mêmes après l'activité.	**Exemple :** Salon de la santé, sept. 2014.
Exemple : Mise en place d'une politique de dépistage par	**Exemple :** Amélioration de l'accès au dépistage pour les	**Exemple :** Élaboration de la

test A1C pour tous les patients participant à un programme de réadaptation cardiologique et les malades hospitalisés en santé mentale.	personnes qui ne seraient pas autrement diagnostiquées. Sur 50 patients testés, 12 sont diagnostiqués, dont 7 acceptent de participer au PED.	politique au T1, mise en place et mesures au T2.
Exemple : Collaboration avec des optométristes et des ophtalmologistes locaux pour veiller à ce que les patients atteints de rétinopathie diabétique se font offrir les services d'un PED.	**Exemple :** Amélioration de l'accès au PED pour les personnes n'ayant pas eu recours à des services jusqu'à maintenant. 25 nouveaux patients recommandés au PED par des optométristes locaux.	**Exemple :** Distribution d'information au T1, mesure des recommandations à partir du T2.
Exemple : Mise en place d'un processus centralisé de recommandation ou utilisation d'un formulaire connexe dans les services d'urgence d'hôpitaux locaux pour toute personne requérant des services liés à l'hyper ou à l'hypoglycémie ou à des ulcères du pied.	**Exemple :** Améliorer l'accès pour les personnes qui ne connaissent pas les PED et qui gèrent mal leur diabète sucré. 16 nouveaux patients du PED recommandés par les services d'urgence locaux pendant l'exercice.	**Exemple :** Nouveau formulaire de recommandation en place au T1, début des mesures au T2.
Exemple : Offre de services de PED dans 3 foyers de soins de longue durée locaux. Offre de mentorat et de soutien au personnel de SLD pour la gestion des cas complexes de diabète.	**Exemple :** Amélioration de l'accès aux services de PED pour les personnes âgées bénéficiant de SLD. 20 visites par le PED à 12 clients des foyers de SLD pendant l'exercice.	**Exemple :** Début des visites dans les foyers au T3.

Exemples pour l'objectif 2 – Gestion efficace du diabète et prévention des complications secondaires

Activités ou stratégies pour atteindre l'objectif	Résultats escomptés – Quelle sera l'amélioration?	Date de début et de fin du projet
Exemple : Tenue de 5 ateliers pour les personnes âgées ayant un diagnostic récent de diabète de type 2 (minimum de 40 participants).	**Exemple :** Amélioration de la confiance des clients relativement à l'autogestion de leur diabète (selon l'enquête auprès des patients). 80 % des patients qui se disent « plus confiants ».	**Exemple :** Ateliers de mars à sept. 2013
Exemple : Vérification des dossiers de 50 patients diagnostiqués pendant l'année précédente afin d'établir si les clients ont « compris » l'A1C grâce à la méthode de reformulation de l'information.	**Exemple :** Augmentation du % de dossiers qui confirment la compréhension de l'A1C grâce à la méthode de reformulation de l'information.	**Exemple :** Vérification des dossiers au T1, mise en œuvre des recommandations au T2.
Exemple : Élaboration d'une procédure d'examen des pieds deux fois par année pour les	**Exemple :** Amélioration du processus de recensement des clients présentant un risque de	**Exemple :** Procédure élaborée aux T1 et

clients présentant un risque élevé. Établissement d'une liste des ressources locales à distribuer aux clients recensés ayant besoin de soins des pieds spécialisés.	problèmes de pieds. Meilleure compréhension des patients selon les commentaires des patients. 40 % des patients déclarent : « J'ai appris quelque chose qui modifiera la façon dont je soigne mes pieds. »	T2, mise à l'essai et évaluation aux T3 et T4.
Exemple : Dépistage de la dépression chez tous les patients, aux six mois. Recommandation des services appropriés, au besoin.	**Exemple :** Amélioration de la capacité à s'adapter (selon l'enquête auprès des patients) et meilleure compréhension de la capacité des clients qui reçoivent du soutien de travailleurs sociaux à se donner des objectifs personnels.	**Exemple :** Début du dépistage au T1, analyse de l'enquête et vérification des dossiers terminées au T4.

Exemples pour l'objectif 3 – Renforcement des meilleures pratiques et de la capacité clinique

Activités ou stratégies pour atteindre l'objectif	Résultats escomptés – Quelle sera l'amélioration?	Date de début et de fin du projet
Exemple : Participation de deux éducatrices ou éducateurs agréés en diabète à la conférence de l'ACD de 2014.	**Exemple :** Amélioration des connaissances du personnel en matière de meilleures pratiques. Des membres du personnel offrent deux séances de transfert de connaissances aux autres employés du PED après la conférence.	**Exemple :** Présentations au personnel en nov. et déc. 2014.
Exemple : Le PED offre un stage de 4 semaines à 2 étudiantes ou étudiants nutritionnistes participant au programme de stages X.	**Exemple :** Amélioration des connaissances des étudiantes ou des étudiants ainsi que de leur capacité future d'aider les diabétiques. Atteinte de 100 % des objectifs d'apprentissage des deux étudiantes ou étudiants.	**Exemple :** Étudiant 1, oct. 2014, étudiant 2, août 2014.
Exemple : Participation de tous les PED de la région à des rencontres trimestrielles.	**Exemple :** Meilleur partage des ressources locales et des meilleures pratiques entre les PED, suivant les commentaires dans l'évaluation des rencontres.	**Exemple :** Rencontre en avr., en juil. et en oct. 2014 ainsi qu'en janv. 2015.
Exemple : Offre de formation à chaque nouveau médecin dans la région, y compris d'un aperçu des services locaux de lutte contre le diabète.	**Exemple :** Nouveaux médecins mieux au fait des services locaux et des processus de recommandation. 10 recommandations au PED pour chaque nouveau médecin	**Exemple :** Médecin mobilisé dès son arrivée dans la région.

	formé.	
Exemple : Participation à la communauté de pratique du maillon santé pour s'assurer que les recommandations et les meilleures pratiques en matière de diabète sont intégrées à la planification des soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique.	**Exemple :** Amélioration de la capacité de la collectivité à aider les diabétiques ou les personnes à risque de souffrir de la maladie. Intégration de la recommandation d'un PED ou d'une formation en autogestion à la planification de 5 maillons santé.	**Exemple :** Participation continue à la communauté de pratique, plans de recommandation terminés d'ici le T4.

3.1.1.8 Chaque activité, stratégie et projet ne doit être décrit qu'**une seule fois** dans le plan de travail, même lorsque plusieurs objectifs y sont rattachés (comme c'est souvent le cas). Afin d'éviter toute confusion, tous les objectifs associés à une même activité doivent être décrits dans la section des résultats anticipés pour celle-ci. Par exemple, une ressource ajoutée pour améliorer l'accès de la clientèle aux services peut en même temps accroître la collaboration professionnelle, parce que sa mise au point nécessite des efforts communs.

3.1.1.9 Les responsables des PED peuvent prévoir autant d'activités qu'ils le souhaitent pour atteindre un objectif précis. Des lignes peuvent être ajoutées ou supprimées au besoin. Certains programmes comportent quelques stratégies ou projets importants, tandis que d'autres sont caractérisés par de nombreuses mesures de moindre envergure menant à la réalisation de leurs objectifs. Au besoin, les responsables des PED peuvent demander conseil au bailleur de fonds pour vérifier s'ils fournissent suffisamment de détails.

3.1.1.10 Les résultats attendus ainsi que les dates de début et de fin doivent être précisés pour chacune des activités mentionnées. Les quatre autres colonnes (rapport trimestriel d'évolution) ne doivent pas être remplies à cette étape-ci, puisqu'elles sont réservées à la production des rapports trimestriels.

3.1.2 Partie 2 – Annexe B

3.1.2.1 L'annexe B comprend les quatre sections suivantes :

i) sommaire budgétaire;
ii) salaires et avantages sociaux;
iii) dépenses de fonctionnement;
iv) dépenses extraordinaires.

Les renseignements permettant de remplir ces sections sont fournis ci-dessous.

i) Sommaire budgétaire

3.1.2.2 Les responsables des PED doivent préciser l'exercice, le nom de l'organisme hôte ou de l'organisme de paiement de transfert ainsi que le numéro du Système intégré de gestion de l'information financière (SIGIF) dans le sommaire budgétaire afin que ces données apparaissent dans les autres feuilles de calcul. Les valeurs des trois autres sections du budget sont entrées automatiquement dans le tableau du sommaire budgétaire.

ii) Salaires et avantages sociaux

3.1.2.3 Dans le cas des PED financés par le MSSLD, le montant provenant du Ministère doit être saisi dans le tableau de la partie A (fonds reçus du MSSLD ou d'un RLISS par un PED) concernant les salaires et les avantages sociaux. Si l'organisme hôte apporte aussi une contribution financière en matière de salaires et d'avantages sociaux, ces ressources supplémentaires doivent être consignées dans la partie B (fonds reçus de l'organisme hôte pour un PED). Dans le cas des PED financés par le MSSLD, seul le nombre d'équivalents temps plein (ETP) correspondant aux ressources supplémentaires doit être fourni. Ainsi, la valeur financière des salaires et des avantages sociaux payés par l'organisme hôte n'a pas à être mentionnée. Les responsables des programmes peuvent expliquer les anomalies et les détails supplémentaires concernant les salaires et les avantages sociaux dans la section à cet effet, s'il y a lieu.

3.1.2.4 Dans le cas des PED financés par un RLISS, le montant des fonds provenant du RLISS doit être saisi dans le tableau de la partie A (fonds reçus du MSSLD ou d'un RLISS pour un PED) concernant les salaires et les avantages sociaux. Si l'organisme hôte apporte aussi une contribution financière en matière de salaires et d'avantages sociaux, ces ressources supplémentaires doivent être consignées dans la partie B (fonds reçus de l'organisme hôte pour un PED). Dans le cas des PED financés par un RLISS, le montant alloué par l'organisme hôte doit être décrit sous la forme à la fois d'ETP et d'une valeur financière des salaires et des avantages sociaux payés. Les responsables des programmes peuvent expliquer les anomalies et les détails supplémentaires concernant les salaires et les avantages sociaux dans la section à cet effet, s'il y a lieu.

iii) Dépenses de fonctionnement

3.1.2.6 Dans le cas des PED financés par le MSSLD, le montant des fonds provenant du Ministère doit être saisi dans le tableau de la partie A (fonds reçus du MSSLD ou d'un RLISS pour un PED) concernant les dépenses de fonctionnement. Si l'organisme hôte affecte lui aussi des fonds aux dépenses de fonctionnement, ceux-ci n'ont pas besoin d'être mentionnés. La partie B (fonds reçus de l'organisme hôte pour un PED) n'a donc pas à être remplie.

3.1.2.7 Dans le cas des PED financés par un RLISS, le montant des fonds provenant du RLISS doit être saisi dans le tableau de la partie A (fonds reçus du MSSLD ou d'un RLISS pour un PED) concernant les dépenses de fonctionnement. Si l'organisme hôte apporte aussi une contribution financière en matière de dépenses de fonctionnement, cette contribution ainsi que sa valeur doivent être précisées dans la partie B (fonds reçus de l'organisme hôte pour un PED).

3.1.2.8 Les responsables des PED doivent consigner les données sur les dépenses sous les postes de fonctionnement appropriés. En cas de manque d'espace, les données peuvent être saisies sur les lignes supplémentaires. Si une dépense ne peut être imputée à un poste de fonctionnement existant, elle doit être mentionnée sous la rubrique « Autre » et accompagnée d'une courte description. Les détails supplémentaires et la description d'éléments qui ne correspondent pas aux postes de fonctionnement préétablis peuvent être inscrits dans la section prévue pour les notes.

3.1.2.9 Les montants de taxe de vente non remboursables doivent être inclus dans le coût des divers éléments des dépenses de fonctionnement.

iv) Dépenses extraordinaires

3.1.2.10 Les détails concernant les demandes ponctuelles considérées comme indispensables à l'atteinte des objectifs du programme doivent figurer sous l'onglet consacré aux dépenses uniques. Une description approfondie des motifs à l'origine de chacune de ces dépenses doit être fournie. L'explication doit porter, notamment, sur les raisons pour lesquelles ces dépenses ne peuvent être financées à même le budget de fonctionnement du programme ainsi que sur leur pertinence relativement aux services de lutte contre le diabète fournis. Le bailleur de fonds prend en considération les exigences et le contexte particuliers du programme dans son examen des demandes de dépenses extraordinaires. Les propositions de prix pour les dépenses extraordinaires dépassant 5 000 $ doivent être consignées au dossier.

3.1.3 Partie 3 – Annexe C

3.1.3.1 Les objectifs annuels concernant les activités (annexe C) reflètent aussi bien le travail des ressources en personnel allouées aux PED par le MSSLD ou un RLISS que celui des autres ressources du PED financées par l'organisme hôte, comme en témoignent les données consignées à l'annexe B.

3.1.3.2 Les objectifs annuels proposés concernant les activités doivent tenir compte des besoins particuliers de la clientèle et demeurer réalistes en ce qui concerne le développement et l'amélioration de programme.

3.1.3.3 L'annexe C comprend les trois sections suivantes :

i) ressources en personnel (nombre d'ETP);
ii) clients servis;
iii) interactions cliniques avec la clientèle (clients individuels et de groupe).

Les renseignements permettant de remplir ces sections sont fournis ci-dessous.

i) Ressources en personnel (nombre d'ETP)

3.1.3.4 Les responsables des PED doivent saisir le nombre proposé de ressources en personnel ETP (financées par le MSSLD, un RLISS ou bénéficiant d'un financement global). Ce nombre doit correspondre à celui inscrit dans la feuille de calcul de l'annexe B portant sur les salaires et les avantages sociaux.

ii) Clients servis

3.1.3.5 Deux objectifs doivent être proposés à l'égard des clients servis :

- un nombre total de NOUVEAUX clients servis pendant l'exercice;
- un nombre total de clients EXISTANTS servis pendant l'exercice.

iii) Interactions cliniques avec la clientèle (clients individuels et de groupe)

3.1.3.6 Deux objectifs doivent être proposés à l'égard des interactions cliniques avec la clientèle :

- un nombre total d'interactions cliniques avec des clients individuels pendant l'exercice;
- un nombre total d'interactions cliniques avec des groupes pendant l'exercice.

3.1.4 Partie 4 – Formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme

3.1.4.1 Les coordonnées doivent être à jour afin que le bailleur de fonds et les responsables des PED puissent communiquer entre eux rapidement et de la bonne manière. Le formulaire à jour des coordonnées des personnes-ressources du programme comprend six sections :

i) renseignements généraux sur le programme;
ii) adresse postale;
iii) coordonnées pour le programme;
iv) coordonnées relatives aux finances;
v) coordonnées de la direction;
vi) coordonnées pour le conseil.

3.1.4.2 Une personne-ressource liée au programme doit être inscrite dans chaque section du modèle de formulaire.

3.1.4.3 La dénomination de l'organisme hôte ou du fournisseur administrateur des services de santé ainsi que son numéro du SIGIF doivent figurer dans le formulaire.

3.1.4.4 Les responsables des PED doivent aviser le bailleur de fonds de tout changement apporté pendant l'exercice aux renseignements du formulaire et lui communiquer l'information à jour. Ces renseignements peuvent être fournis n'importe quand pendant l'exercice.

3.2 Présentation du plan annuel

3.2.1 Les noms de fichiers doivent respecter les conventions d'appellation suivantes (sans espaces) :

Exercice-Nomdurapport-PEDNomdelorganisme

- p. ex. 2015-2016-AnnexeA-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-AnnexeB-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-AnnexeB-Signée-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-AnnexeC-PEDHôpitalABC

3.2.2 Les responsables des PED doivent s'assurer qu'un fondé de pouvoir de l'organisme hôte approuve et signe le budget annuel proposé. Une copie supplémentaire du budget doit être produite sous forme de document numérisé ou de document PDF portant la signature du signataire autorisé.

3.2.3 Les responsables des PED doivent présenter des plans annuels au bailleur de fonds conformément aux exigences de communication de la section 1.4.2 de ce manuel. Les plans doivent être envoyés à l'adresse courriel fournie par le bailleur de fonds.

3.3 Examen et approbation du plan annuel

3.3.1 Le bailleur de fonds examine le plan de travail annuel proposé, le budget annuel proposé et les objectifs annuels proposés concernant les activités et demande à l'organisme hôte ou aux responsables des PED d'y apporter des modifications ou de les présenter de nouveau, s'il y a lieu.

3.3.2 L'organisme hôte et les responsables des PED apportent les modifications demandées au plan de travail annuel proposé, au budget annuel proposé ainsi qu'aux objectifs annuels proposés concernant les activités.

3.3.3 Le bailleur de fonds approuve le plan de travail annuel (annexe A), le budget annuel (annexe B) et les objectifs annuels concernant les activités (annexe C) lorsqu'ils répondent à toutes ses exigences.

3.3.4 Le bailleur de fonds doit renvoyer les annexes A, B et C portant la mention « Approuvé » et la date d'approbation. Les annexes A, B et C approuvées forment la base des exigences en matière de reddition de comptes de l'organisme hôte et, par conséquent, du PED pour l'exercice à venir concernant l'allocation de fonds. Les trois documents, résumés ci-dessous, font partie intégrante des exigences de reddition de comptes liant l'organisme hôte au bailleur de fonds.

- Annexe A (approuvée) : Comprend la description de programme et le plan de travail annuel.
- Annexe B (approuvée) : Comprend le budget annuel.
- Annexe C (approuvée) : Comprend les objectifs annuels concernant les activités.

3.3.5 Le bailleur de fonds fournit à l'organisme hôte une lettre de financement ou un document semblable décrivant les livrables et les dates d'échéance pour l'organisme et le PED. Ces renseignements sont décrits dans la section 1.4.2 du manuel.

4.0 Procédure d'élaboration et de présentation des rapports trimestriels

4.1 Élaboration des rapports trimestriels

L'organisme hôte présente quatre documents à la fin de chaque trimestre au nom des responsables des PED. Ces documents doivent être présentés à la date fixée par le bailleur de fonds, conformément aux exigences de communication décrites à la section 1.4.2 de ce manuel. Il existe un modèle pour chacun des documents (sauf la copie signée de l'annexe B). Ces modèles, qui font partie des fichiers électroniques des annexes, doivent être remplis. Les modèles de rapport trimestriel doivent être remplis comme compléments aux fichiers électroniques des annexes A, B et C. Les quatre documents qui font partie du dossier trimestriel sont :

- le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail (colonnes ajoutées à l'annexe A), en format Microsoft Word;
- les états financiers trimestriels (onglets additionnels dans le fichier de l'annexe B), en format Microsoft Excel;
- la copie signée des états financiers trimestriels, en format PDF;
- le rapport d'activités trimestriel (onglets additionnels dans le fichier de l'annexe C), en format Microsoft Excel.

4.1.1 Partie 1 – Rapport trimestriel d'évolution du plan de travail

4.1.1.1 Les responsables des PED remplissent et présentent un rapport trimestriel d'évolution du plan de travail pour permettre au bailleur de fonds de faire le suivi des livrables associés à l'allocation de fonds au programme.

4.1.1.2 Le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail reflète à la fois le travail des ressources en personnel allouées aux PED par le MSSLD ou un RLISS ainsi que celui des autres ressources du PED fournies par l'organisme hôte. Il est entendu qu'il est difficile de séparer le travail d'un groupe qui bénéficie à la fois de fonds affectés à des fins particulières et d'un financement global.

4.1.1.3 Le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail doit être préparé à l'aide des colonnes laissées vides dans le modèle de l'annexe A approuvée. Ces colonnes, associées aux différents trimestres, figurent sur le côté droit de l'annexe A approuvée (rapport d'évolution trimestriel).

4.1.1.4 Les responsables des PED doivent fournir un résumé comprenant un compte rendu de l'état de chaque activité du plan de travail annuel approuvé. Ce compte rendu porte sur les réalisations, les jalons ou les objectifs atteints, les leçons tirées et les impondérables qui ont eu une incidence sur l'une ou l'autre des activités. Les quatre colonnes doivent être remplies avant la fin de l'exercice. Elles reflètent la manière dont les activités ont permis d'atteindre les objectifs pendant l'exercice.

4.1.1.5 Les responsables des PED ne doivent pas modifier la version originale de la description de programme ni celle du plan de travail annuel, puisque ces documents ont été approuvés dans l'annexe A. Les rapports d'évolution déjà présentés pour les trimestres antérieurs d'un exercice donné ne doivent pas être modifiés non plus.

4.1.2 Partie 2 – États financiers trimestriels

4.1.2.1 Les responsables des PED préparent des états financiers trimestriels afin de donner au bailleur de fonds un compte rendu précis des dépenses relatives au programme.

4.1.2.2 Les états financiers trimestriels doivent être préparés à l'aide des feuilles de calcul additionnelles prévues à cet effet dans le modèle de l'annexe B. Le fichier à utiliser contient divers onglets (feuilles de calcul) : des instructions, un glossaire, les quatre onglets de l'annexe B et les quatre onglets additionnels destinés aux rapports trimestriels.

4.1.2.3 Les responsables des PED doivent préciser les dépenses courantes et les dépenses projetées pour le reste de l'exercice. Le modèle Excel comprenant le budget approuvé doit être utilisé pour préparer les états financiers trimestriels. De cette manière, les données concernant le budget sont entrées automatiquement et les écarts peuvent être calculés. Le nom de l'organisme hôte, l'exercice et le numéro du SIGIF saisis dans l'onglet du sommaire budgétaire apparaissent automatiquement dans tous les états financiers trimestriels. À la fin de l'exercice, les quatre feuilles de calcul trimestrielles ont été remplies et reflètent l'allocation de fonds prévus au budget pour l'année.

4.1.2.4 Ni le budget approuvé de l'annexe B ni les données fournies pour les trimestres précédents ne doivent être modifiés pendant la préparation des états financiers trimestriels.

4.1.2.5 Les responsables des PED financés par un RLISS doivent remplir à la fois la partie A (financement relatif au diabète provenant du MSSLD ou d'un RLISS) et la partie B (financement global de l'organisme hôte consacré au PED) dans les états financiers trimestriels afin de rendre compte des fonds dépensés pour l'éducation en matière de diabète et la gestion du diabète par le RLISS et l'organisme hôte.

4.1.2.6 Les responsables des PED financés par le MSSLD doivent remplir seulement la partie A (financement relatif au diabète provenant du MSSLD ou d'un RLISS) et non la partie B (financement global de l'organisme hôte consacré au PED) dans les états financiers trimestriels afin de rendre compte des fonds dépensés pour l'éducation en matière de diabète et la gestion du diabète uniquement par le MSSLD.

4.1.2.7 Tous les écarts, positifs ou négatifs, de plus de cinq pour cent (± 5 %) par rapport au budget cumulatif approuvé dans toute catégorie de dépenses doivent être justifiés par écrit par les PED. La feuille calcule automatiquement les écarts en fonction des valeurs saisies. Une section adjacente réservée aux notes est prévue pour la justification des écarts.

4.1.2.8 Un fondé de pouvoir de l'organisme hôte doit approuver et signer chacun des états financiers trimestriels présentés.

4.1.3 Partie 3 – Rapport d'activités trimestriel

4.1.3.1 Les responsables des PED produisent un rapport d'activités trimestriel pour permettre au bailleur de fonds de faire le suivi des livrables de travail et de l'activité des clients.

4.1.3.2 Le rapport d'activités trimestriel reflète aussi bien le travail des ressources en personnel allouées aux PED financés par le MSSLD ou un RLISS que le travail de toutes les autres ressources fournies par l'organisme hôte. Il est entendu qu'il est difficile de séparer le travail d'un groupe qui bénéficie à la fois de fonds affectés à des fins particulières et d'un financement global.

4.1.3.3 Le rapport d'activités trimestriel comprend les sections suivantes :

i) ressources en personnel;
ii) clients servis;
iii) nouveaux clients dirigés vers le programme par une source;
iv) interactions cliniques avec les clients;
v) annulations et défections;
vi) temps d'attente;
vii) autres activités et événements.

Les renseignements permettant de remplir ces sections sont fournis ci-dessous.

i) Ressources en personnel

4.1.3.4 Les responsables des PED entrent le pourcentage des ressources en personnel ETP prévues au budget qui ont contribué au travail et aux activités réalisés au cours du trimestre. Les ETP prévus au budget qui ont été alloués par le MSSLD ou un RLISS ainsi que par l'organisme hôte sont automatiquement inscrits à partir de la feuille de calcul de l'annexe C. Le pourcentage des ressources en personnel ayant contribué au travail dans le cadre des programmes permet au bailleur de fonds de prendre connaissance des absences prolongées ou des postes vacants qui peuvent avoir une incidence sur les activités. Dans la majorité des cas, le pourcentage doit être de 100 %. Le bailleur de fonds tient compte de tout écart important en matière de recrutement de personnel signalé dans cette section lorsque vient le moment de passer en revue les réalisations du plan de travail et les activités du rapport d'activités trimestriel. Si la valeur entrée dans le champ sur les ressources en personnel totales disponibles est inférieure aux ressources en personnel totales prévues au budget de façon continue et qu'il en résulte une incapacité à atteindre les objectifs du programme, le bailleur de fonds peut communiquer avec l'organisme hôte pour discuter des changements qui s'imposent au PED ou à son financement. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions et des exemples concernant le calcul des ressources en personnel totales disponibles.

ii) Clients servis

4.1.3.5 Les responsables des PED entrent le nombre de nouveaux clients et de clients existants inscrits au programme qui n'en ont pas bénéficié au cours des trimestres précédents du même exercice. **Aucun client (nouveau ou existant) ne doit être compté plus d'une fois par exercice pour tout PED.** Dans les rares cas où une personne est inscrite à deux PED distincts et reçoit des services dans le cadre des deux programmes au cours du même trimestre, le client sera probablement compté dans chacun des programmes, ce qui est acceptable (et souvent inévitable) relativement aux statistiques. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des nouveaux clients et des clients existants.

4.1.3.6 Les données sur le nombre de clients sont entrées en fonction des rangées et des colonnes fournies dans le modèle de rapport d'activités trimestriel. Les catégories

comprises dans ces rangées et colonnes sont définies dans le glossaire du manuel. Les nombres inscrits dans chacun des champs du modèle doivent correspondre aux clients qui répondent aux critères énoncés dans les définitions des catégories comprises dans les rangées et les colonnes correspondant à l'intersection des champs de saisie.

4.1.3.7 Les responsables des PED entrent le nombre de nouveaux clients et de clients existants dans chacune des quatre sections qui présentent les caractéristiques de chaque client. Ces sections comprennent le type de maladie, le traitement, l'âge et le genre des nouveaux clients et des clients existants. Puisque les clients sont comptés dans chacune de ces quatre sections, le total des nouveaux clients et des clients existants est le même pour le total des clients par type, par traitement, par âge et par genre. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des éléments des quatre sections (type, traitement, âge et genre).

4.1.3.8 Les responsables des PED se fient à leur jugement et à leur expertise pour choisir la catégorie qui correspond au type et au traitement décrivant le mieux le diagnostic et le traitement du client aux fins statistiques. Une seule catégorie de type, de traitement, d'âge et de genre doit être choisie pour chaque client servi. Il existe de nombreuses distinctions entre les troubles de santé de chaque client. Les catégories ci-dessus ne sont donc pas destinées à une utilisation clinique; elles permettent plutôt au bailleur de fonds de faire une évaluation générale des statistiques, des volumes et des tendances relativement aux activités.

iii) Nouveaux clients dirigés vers le programme par une source

4.1.3.9 Les responsables des PED font le suivi et rendent compte des sources de nouveaux clients dirigés vers le programme. La source de la recommandation doit être spécifiée pour chaque nouveau client. Certains clients dirigés peuvent avoir été accueillis sans avoir reçu de services, parce qu'ils ont refusé de prendre un rendez-vous, ne s'y sont pas présentés ou l'ont annulé sans l'avoir reporté. Par conséquent, le total des nouveaux clients dirigés doit être au moins équivalent au total des nouveaux clients, mais peut être légèrement supérieur en raison des clients dirigés qui n'ont pas reçu de services. Le total des nouveaux clients dirigés n'est jamais inférieur au total de nouveaux clients.

iv) Interactions cliniques avec les clients

4.1.3.10 Les responsables des PED doivent saisir le nombre d'interactions cliniques entre un membre du personnel clinique et des clients dirigés pouvant être inscrites dans un tableau. On distingue les interactions cliniques entre, d'une part, un ou plusieurs fournisseurs et un client individuel et, d'autre part, un ou plusieurs fournisseurs et un client de groupe. Le modèle électronique et le glossaire du manuel expliquent en détail ce qui constitue un client, une interaction clinique, une interaction clinique avec un client individuel et une interaction clinique avec un client de groupe.

4.1.3.11 Seules sont comptées les interactions cliniques entre des clients et des cliniciens financés par le MSSLD ou un RLISS ainsi que par l'organisme hôte, suivant les ressources en personnel totales prévues au budget du rapport d'activités trimestriel. Si un employé temporaire ou contractuel se joint au programme pour remplacer un membre du personnel prévu au budget qui est en congé autorisé, ses activités doivent être comptées. La contribution aux valeurs comprises dans le rapport du programme de tout médecin ou employé nommé à court terme dont l'ajout fait excéder les ressources en personnel totales prévues au budget ne peut être incluse.

4.1.3.12 Les données sur les interactions cliniques avec un client sont saisies en fonction des rangées et des colonnes fournies dans le modèle de rapport d'activités trimestriel. Les catégories comprises dans ces rangées et colonnes sont définies dans le glossaire du manuel. Les nombres inscrits dans chacun des champs du modèle doivent correspondre aux clients qui répondent aux critères énoncés dans les définitions des catégories comprises dans les rangées et les colonnes correspondant à l'intersection des champs de saisie.

4.1.3.13 Les responsables des PED font le suivi et rendent compte des interactions cliniques entre un ou plusieurs membres du personnel clinique et un client individuel selon le type de ressources en personnel clinique offert durant la visite. **La prestation de services de chacun des cliniciens, y compris lorsqu'ils rencontrent un même client consécutivement ou simultanément, peut compter comme une seule interaction clinique dans la colonne correspondant à leur catégorie de personnel respective.** Le nombre de clients qui bénéficient de l'expertise de chaque membre de l'équipe peut ainsi être connu. **Les cliniciens qui font le suivi manuel des interactions ou qui se servent de feuilles de calcul décentralisées risquent de comptabiliser des clients en double dans la section correspondant au nombre de clients.** Des précisions supplémentaires sur la façon d'éviter de compter deux fois les clients sont fournies dans la définition de l'expression « interaction clinique avec un client individuel » du glossaire.

4.1.3.14 Les responsables des PED font le suivi et rendent compte des interactions cliniques avec les clients de groupe pour chaque client reçu dans un cadre d'interaction clinique de groupe qu'il est possible d'inscrire dans un tableau. Les interactions cliniques avec un client de groupe ne doivent pas être calculées en fonction des ressources en personnel offrant le service, puisque différents membres d'une équipe travaillent habituellement ensemble afin d'animer les diverses séances d'un groupe. Par conséquent, un membre du personnel doit enregistrer les participants du groupe au nom de tout le personnel ayant participé. **Chaque participation d'une personne à une séance de groupe particulière compte comme une interaction clinique distincte avec un client de groupe.** Des précisions supplémentaires sur la façon de compter les clients qui participent à plusieurs séances d'un groupe sont fournies dans la définition d'« interaction clinique avec un client de groupe » du glossaire.

4.1.3.15 Les responsables des PED entrent les interactions cliniques avec des clients individuels et des clients de groupe dans chacune des cinq sections, soit la forme d'interaction avec le client, le type, le traitement, l'âge et le genre. Les clients étant comptés dans chacune de ces sections, le nombre total d'interactions cliniques est égal à celui des totaux pour la forme d'interaction, le type, le traitement, l'âge et le genre. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des éléments qui constituent ces cinq groupes.

4.1.3.16 Les responsables des PED se fient à leur jugement et à leur expertise pour choisir la catégorie qui correspond au type et au traitement décrivant le mieux le diagnostic et le traitement du client aux fins statistiques. Il existe de nombreuses distinctions entre les troubles de santé de chaque client. Les catégories ci-dessus ne sont donc pas destinées à une utilisation clinique; elles permettent plutôt au bailleur de fonds de faire une évaluation générale des statistiques, des volumes et des tendances relativement aux activités. Les titres correspondant aux types et aux traitements sont abrégés, et il est conseillé de consulter les définitions complètes dans le glossaire du manuel ou celui du modèle électronique. Ces définitions détaillées décrivent comment classer les clients qui reçoivent plusieurs traitements différents pour la gestion de leur diabète.

v) Annulations et défections

4.1.3.17 Le compte des annulations et des défections permet au bailleur de fonds de constater les capacités en personnel sous-utilisées dans ces cas et de trouver des façons d'augmenter l'efficacité. Il ne sert cependant pas à consigner les rendez-vous qui sont reportés au moment de l'annulation. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des annulations et des défections.

4.1.3.18 Les annulations et les défections relatives aux interactions cliniques avec des clients individuels et des clients de groupe font l'objet d'un suivi et d'un compte rendu. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des interactions cliniques avec un client individuel et avec un client de groupe.

vi) Temps d'attente

4.1.3.19 Les responsables des PED font le suivi et rendent compte du nombre de jours entre la réception d'une recommandation écrite ou téléphonique et la prise de rendez-vous.

vii) Autres activités et événements

4.1.3.20 Les responsables des PED font le suivi et rendent compte des autres activités et événements qu'ils organisent ou auxquels leur participation est importante. Les autres activités et événements sont ceux qui ne peuvent être définis comme des interactions cliniques avec des clients individuels et de groupe pouvant être inscrites dans un tableau. Les participants à ces activités et à ces événements ne sont comptés ni dans le nombre de clients ni dans les interactions cliniques. Le nombre d'événements et le nombre total de participants doivent être inclus dans le tableau sur les autres activités et événements du rapport d'activités trimestriel.

4.1.3.21 Le compte rendu des autres activités et événements se fait en fonction des catégories du modèle. Les résultats, les objectifs ou les précisions supplémentaires concernant ces activités ou événements peuvent être décrits dans le plan de travail annuel et dans le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail. Les activités ou les événements qui ne peuvent être classés dans l'une des catégories prédéfinies peuvent aussi être décrits dans le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail. Le modèle électronique et le glossaire du manuel fournissent des précisions sur la définition des catégories correspondant aux autres activités et événements.

4.2 Présentation des rapports trimestriels

4.2.1 Le nom des rapports trimestriels doit respecter les conventions d'appellation suivantes (sans espace) :

Exercice-Tn°Nomdurapport-PEDNomdelorganisme

- p. ex. 2015-2016-T1Financier-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-T2Financier-Signé-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-T2Évolutiondutravail-PEDHôpitalABC
- p. ex. 2015-2016-T2Activités-PEDHôpitalABC

4.2.2 Un fondé de pouvoir de l'organisme hôte doit approuver et signer chacun des états financiers

trimestriels présentés. Une copie supplémentaire du rapport financier doit être transmise sous forme de document numérisé ou de document PDF portant la signature du signataire autorisé.

4.2.3 Les responsables des PED doivent présenter des rapports trimestriels au bailleur de fonds conformément aux exigences de communication de la section 1.4.2 de ce manuel. Les rapports doivent être envoyés à l'adresse courriel fournie par le bailleur de fonds.

4.3 Examen des rapports trimestriels

4.3.1 Le bailleur de fonds examine le rapport d'activités trimestriel, les états financiers trimestriels et le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail. Il communique avec l'organisme hôte s'il a des préoccupations ou s'il a besoin d'un complément d'information.

Glossaire

Les descriptions ci-dessous doivent servir à la planification, au suivi et au compte rendu des finances et des activités des programmes d'éducation sur le diabète (PED) afin de regrouper les données sur la prestation des services à des fins statistiques. L'information destinée à orienter les décisions cliniques ou la sensibilisation doit toujours provenir d'une source compétente.

Bailleur de fonds – Organisme gouvernemental qui finance le programme d'éducation sur le diabète (PED) et auquel le programme doit rendre des comptes (p. ex. le MSSLD ou un RLISS).

Organisme hôte du PED – Bénéficiaire du financement provenant du bailleur de fonds pour la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète. L'organisme bénéficiaire est parfois appelé un « fournisseur administrateur des services de santé » ou un « organisme de paiement de transfert ». Le numéro de Système intégré de gestion de l'information financière (SIGIF) de l'organisme hôte, du fournisseur administrateur des services de santé ou de l'organisme de paiement de transfert doit figurer dans tous les plans annuels, budgets et rapports trimestriels.

Programme d'éducation sur le diabète (PED) – Complément aux services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète financé entièrement ou en partie par le MSSLD ou un RLISS et mis en œuvre par l'organisme hôte. Les programmes financés sont offerts par au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et par au moins une diététiste professionnelle ou un diététiste professionnel (Dt.P.).

Établissement principal du PED – Principal établissement d'où est géré le PED. Chaque PED est géré à partir d'un seul établissement principal.

Établissement satellite du PED – Établissement permanent dont les responsables du PED sont propriétaires ou locataires, ou établissement fourni en nature par un autre organisme. Ces locaux sont réservés à l'usage presque exclusif du PED, de façon continue. L'établissement est inscrit comme étant un bureau de PED ou est généralement considéré comme tel par la population locale. Par exemple, des locaux à bureaux (en plus de l'établissement principal) d'une équipe de santé familiale (ESF) qui sont loués deux jours par semaine pour des activités d'un PED non associé à l'ESF sont considérés comme un établissement satellite de l'établissement principal du PED. Tous les autres services offerts en personne aux clients à l'extérieur du bureau principal (p. ex. dans la collectivité ou dans les bureaux d'un professionnel de la santé) sont des services dits « d'approche » et ne doivent pas être consignés dans cette section.

Ressources en personnel prévues au budget financées par le MSSLD ou un RLISS – Ressources approuvées en personnel financées par le MSSLD ou un RLISS et destinées à la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète. Ces ressources sont celles financées et allouées aux programmes selon le résumé des contributions annuelles approuvées de l'annexe B.

Ressources en personnel prévues au budget financées par l'organisme hôte – Ressources approuvées en personnel financées par l'organisme hôte à même son budget global et indépendamment du financement accordé par le MSSLD ou un RLISS. Ce sont les ressources supplémentaires de l'organisme hôte financées par celui-ci et consacrées au programme dans le résumé des contributions annuelles approuvées de l'annexe B. Elles travaillent avec les ressources en personnel financées par le MSSLD ou un RLISS ou les appuient dans la prestation des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète. Les ressources en personnel financées par l'organisme hôte peuvent correspondre à l'une des catégories de ressources suivantes :

- ressources en personnel supplémentaires qui travaillent avec le personnel financé par le MSSLD ou un RLISS pour fournir elles aussi des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète;

- ressources en personnel financées par le MSSLD ou un RLISS dont les heures supplémentaires (supplément salarial) consacrées à la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète sont financées par l'organisme hôte en plus de l'allocation attribuée par le MSSLD ou un RLISS. Les heures supplémentaires payées par l'organisme hôte qui ne contribuent pas aux objectifs ni aux activités du PED ne sont pas comptées dans les ressources en personnel financées par l'organisme hôte.

Ressources en personnel totale prévues au budget – Somme des ressources en personnel prévues au budget financées par le MSSLD ou un RLISS et des ressources en personnel prévues au budget financées par l'organisme hôte.

Pourcentage (%) des ressources en personnel disponibles – Pourcentage total des ressources en personnel ETP allouées financées par le MSSLD ou un RLISS ou par l'organisme hôte qui contribuent au travail et aux activités au cours du trimestre. Les cas particuliers que sont les congés prolongés, les postes vacants ou les autres manques d'effectifs qui durent depuis plus d'un mois et qui pourraient avoir des conséquences sur l'atteinte des objectifs du plan de travail ou des activités sont consignés ici. Cette valeur est calculée proportionnellement à la capacité normale. Par exemple, le poste d'un membre d'une équipe formée d'une ou d'un IA ETP et d'une ou d'un Dt.P. ETP absent pendant un mois (sur les trois du trimestre) est considéré comme comblé à 66 %, alors que l'autre poste est considéré comme comblé à 100 %. Dans la plupart des cas, tout le personnel est disponible et en mesure de travailler, et cette valeur est égale aux ressources en personnel totales prévues au budget. Le total des ressources en personnel disponibles peut être supérieur aux ressources en personnel totales prévues au budget si un employé nommé à court terme qui n'était pas prévu au budget contribue aux activités et est compté dans le rapport de statistiques et le plan de travail (p. ex. un étudiant). Afin d'évaluer les volumes équitablement dans des programmes d'ampleurs différentes, le bailleur de fonds peut diviser les activités incluses dans le rapport par les ressources en personnel disponibles pour obtenir une mesure des activités par ressource. Par conséquent, seules les ressources qui contribuent aux activités du programme doivent être incluses dans les ressources en personnel totales disponibles.

Type de ressources en personnel – Aux fins d'établissement du budget et de compilation de statistiques, six catégories générales ont été créées pour désigner les ressources en personnel, qui peuvent être financées soit par le MSSLD ou un RLISS, soit par l'organisme hôte. Les catégories de ressources en personnel sont :

Infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA) – Infirmière autorisée ou infirmier autorisé ou infirmière praticienne ou infirmier praticien qui offre des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète et qui est membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Cette catégorie n'inclut pas les infirmières et les infirmiers qui se consacrent uniquement aux soins des pieds dans le cadre du programme.

Diététiste professionnelle ou diététiste professionnel (Dt.P.) – Diététiste professionnelle ou diététiste professionnel qui offre des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète et qui est membre de l'Ordre des diététistes de l'Ontario.

Travailleuse sociale ou travailleur social (TS) – Travailleuse sociale ou travailleur social qui offre du soutien relatif à l'éducation en matière de diabète et à la gestion du diabète et qui est membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario.

Soins des pieds – Podologue, podiatre ou IA qui se consacre à la prestation de soins des pieds dans le cadre du PED et qui est membre de son ordre professionnel respectif.

Kinésiologue- L'exercice de la kinésiologie consiste à évaluer la mobilité et la capacité fonctionnelle du corps humain ainsi qu'à rétablir et à gérer celles-ci de façon à maintenir, à rétablir ou à améliorer cette mobilité et cette capacité fonctionnelle. Le titre de « kinésiologue » est protégé en Ontario. Seuls les membres de l'Ordre peuvent s'appeler des kinésiologues ou se

qualifier de kinésiologues. Les membres doivent utiliser les titres approuvés de « kinésiologue », de « kinésiologue inscrit » ou la désignation « R. Kin » lorsqu'ils fournissent des services. L'ancienne désignation, soit « kinésiologue autorisé », ne peut plus être utilisée en Ontario.

Autre ressource clinique – Professionnel paramédical de la santé qui offre des services et du soutien relatifs à l'éducation en matière de diabète et à la gestion du diabète et qui ne peut être classé dans les catégories énumérées ci-dessus. Il peut s'agir de physiologistes de l'exercice, de pharmaciens, de professionnels de la vue, etc. Les activités de médecin spécialiste ne doivent pas être incluses dans les statistiques communiquées.

Secrétariat – Secrétaires, commis et autres employés administratifs qui soutiennent le programme par la prise de rendez-vous, la consignation de renseignements aux dossiers et l'entrée de données.

Gestion et coordination – Coordonnatrice ou coordonnateur ou gestionnaire qui n'offre pas de soins cliniques aux clients, mais qui assure la direction du PED.

Client – Personne qui reçoit des services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète sous la forme d'une interaction clinique (individuelle ou de groupe) dans le cadre d'un PED. Les clients peuvent être comptés en tant que nouveaux clients ou clients existants dans le rapport d'activités trimestriel. Les membres de la famille ou les personnes de confiance peuvent assister aux interactions avec un client, mais ne sont pas comptés dans le rapport d'activités trimestriel, excepté pour les événements communautaires (dans ce cas, ils peuvent être comptés comme des participants). Un représentant qui se présente à un rendez-vous à la place du client est compté comme un client (p. ex. la conjointe ou le conjoint d'une cliente ou d'un client qui ne peut se présenter en personne en raison d'une déficience physique ou intellectuelle). Dans un tel cas, les données relatives au client qui est représenté sont incluses dans les statistiques des activités (p. ex. type, traitement, âge, genre). Il existe deux types de clients :

Nouveau client – Client qui n'a pas reçu de services dans le cadre du PED au cours des deux dernières années dans le contexte d'une interaction clinique pour client individuel ou de groupe. Si le client était inscrit à un autre PED au cours des deux dernières années, mais qu'il participe maintenant au PED en question, il s'agit d'un nouveau client. **Un client n'est compté qu'une seule fois comme nouveau client ou comme client existant pour chaque exercice dans le premier trimestre au cours duquel il a reçu le service.** Par exemple, un client qui a été reçu il y a cinq ans et qui participe de nouveau au programme au cours du premier trimestre est compté comme un nouveau client dans le premier rapport d'activités trimestriel de l'exercice. Même si ce client continue de recevoir des services au cours des autres trimestres de l'exercice, il n'est plus compté comme un client pour le reste de l'exercice. Toutefois, ses interactions cliniques sont comptées tous les trimestres au cours desquels il reçoit des services. Si un client reçoit des services dans différents établissements du même PED (principal et satellites), il n'est compté qu'une fois par exercice pour l'ensemble des établissements.

Client existant – Client qui a reçu des services dans le cadre du même PED au cours des deux dernières années dans le contexte d'une interaction clinique avec un client individuel ou de groupe. Les clients sont comptés une seule fois par exercice, pour le trimestre au cours duquel a lieu leur première interaction. **Tous les clients qui ne sont pas comptés comme nouveaux clients sont comptés comme clients existants.** Par exemple, un client qui se présente au deuxième trimestre de l'exercice en cours et qui a été reçu il y a un an est compté comme un client existant dans le rapport d'activités trimestriel du deuxième trimestre. Il n'est ensuite plus compté pendant le reste de l'exercice. Si un client reçoit des services dans différents établissements du même PED (principal et satellites), il n'est compté qu'une fois par exercice pour l'ensemble des établissements.

« Type » de diabète – Pour la compilation de statistiques, cinq catégories générales ont été établies pour

désigner les différents types ou diagnostics de clients bénéficiant des PED. Les cinq catégories de type de diabète sont :

Type 1 – Pour les personnes atteintes de diabète de type 1 ayant reçu le diagnostic d'une praticienne ou d'un praticien de la santé.

Diabète sucré de la grossesse (DSG) – Pour les femmes dont l'intolérance au glucose a débuté ou a été découverte pour la première fois pendant une grossesse. Aux fins de production des rapports trimestriels, les clientes atteintes de DSG sont compilées avec les clientes enceintes atteintes de diabète de type 1 ou 2 dans la catégorie de « type » de diabète DSG et enceinte de type 1 ou 2.

Enceinte type 1 ou type 2 – Pour les femmes enceintes dont le diabète de type 1 ou de type 2 ainsi que le diagnostic sont antérieurs à la grossesse. Aux fins de production des rapports trimestriels, les clientes enceintes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 sont compilées avec les clientes atteintes de DSG dans la catégorie de « type » de diabète DSG et enceinte de type 1 ou 2.

Type 2 – Pour les personnes atteintes de diabète de type 2 ayant reçu le diagnostic d'une praticienne ou d'un praticien de la santé. Aux fins de production des rapports d'activités trimestriels, la catégorie de type 2 comprend aussi les cas pour lesquels l'étiologie de la destruction des cellules bêta par un processus auto-immun est connue (induite par la prise de médicaments ou chimiquement, par une prédisposition génétique, par une infection, etc. Consulter les lignes directrices de l'ACD pour la liste complète). Ce type de diabète comprend aussi le diabète auto-immun latent de l'adulte (LADA), soit un diabète apparent de type 2 qui semble entraîner une destruction immunologique des cellules bêta pancréatiques chez un nombre restreint de personnes.

Prédiabète sucré diagnostiqué – Pour les personnes ayant un risque élevé de développer le diabète et dont le prédiabète a été diagnostiqué au moyen d'analyses comme l'hyperglycémie modérée à jeun (HMJ) ou la mesure glycémique à jeun, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale, ou les personnes ayant un niveau de Hb glycosylée justifiant un diagnostic de prédiabète selon l'ACD.

Non diagnostiqué à risque – Pour les personnes à qui leur fournisseur de soins primaires ou le personnel d'un PED juge pertinent d'offrir des services d'éducation en matière de diabète en vue d'améliorer leur santé. Ces personnes n'ont pas été diagnostiquées diabétiques ou prédiabétiques par une praticienne ou un praticien de la santé. Des exemples de personnes à risque sont présentés dans les lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Elles comprennent notamment les personnes dont un membre de la famille est diabétique et dont au moins un des parents est autochtone, africain, asiatique, hispanique ou originaire de l'Asie du Sud, les femmes atteintes de diabète gestationnel durant la grossesse, les personnes présentant des facteurs de risque vasculaire.

« Traitement » du diabète – Aux fins de compilation de statistiques, des catégories générales ont été établies pour désigner les différentes méthodes de gestion ou de contrôle du diabète. Chaque client est compté dans une seule catégorie de traitement. Les catégories sont en quelque sorte classées par ordre de complexité, et chaque traitement peut inclure d'autres traitements qui le suivent dans la liste. Ces inclusions sont décrites dans les définitions. Les clients doivent être inclus dans la catégorie la plus complexe qui décrit la méthode de gestion et de contrôle de leur diabète. Les catégories de « traitement » sont les suivantes :

Pompe à insuline – Utilisation d'une pompe à insuline ou d'une perfusion automatique continue d'insuline (PACI) pour le contrôle de la glycémie. Les clients qui sont classés dans la catégorie « pompe à insuline » du rapport d'activités trimestriel peuvent aussi faire l'usage d'un hypoglycémiant oral (voir ci-dessous) ou contrôler leur diabète par la gestion de leur mode de vie (alimentation et exercice).

Injection sans insuline et injection d'insuline – Combinaison d'injections sans insuline et d'injections d'insuline (voir les définitions ci-dessous) pour le contrôle de la glycémie. Les clients qui sont classés dans la catégorie « injection sans insuline et injection d'insuline » du rapport d'activités trimestriel peuvent aussi faire l'usage d'un hypoglycémiant oral (voir ci-dessous) ou contrôler leur diabète par la gestion de leur mode de vie (alimentation et exercice).

Injection sans insuline – Utilisation de médicaments autres que l'insuline administrés à l'aide d'une seringue ou d'un stylo pour le contrôle de la glycémie, par exemple d'agonistes des récepteurs du GLP-1 (exénatide (Byetta), liraglutide (Victoza)). Les clients qui sont classés dans la catégorie « injection sans insuline » dans le rapport d'activités trimestriel n'ont pas recours aux injections d'insuline, mais peuvent aussi faire l'usage d'un hypoglycémiant oral (voir ci-dessous) ou contrôler leur diabète par la gestion de leur mode de vie (alimentation et exercice).

Injection d'insuline – Utilisation d'insuline administrée à l'aide d'une seringue *ou* d'un stylo injecteur pour le contrôle de la glycémie, par exemple, bolus à effet rapide, insuline basale d'action semi-retard, insuline prémélangée. Les clients qui sont classés dans la catégorie « injection d'insuline » du rapport d'activités trimestriel peuvent aussi faire l'usage d'un hypoglycémiant oral (voir ci-dessous) ou contrôler leur diabète par la gestion de leur mode de vie (alimentation et exercice).

Hypoglycémiant oral – **Médicament oral** (p. ex. pilule ou liquide administré par voie orale) pour le contrôle de la glycémie. Les hypoglycémiants oraux appartiennent à la catégorie plus générale des agents antihyperglycémiques. On nomme parfois les hypoglycémiants oraux « agents antidiabétiques ». Les hypoglycémiants oraux comprennent les biguanides, les inhibiteurs d'alphaglucosidase, les sécrétagogues de l'insuline, les sulfonylurées, les inhibiteurs de DDP-4. Les médicaments oraux autres que pour le contrôle de la glycémie (p. ex. pour le cholestérol ou la tension artérielle) ne sont pas inclus dans cette catégorie. Les clients qui sont classés dans la catégorie « hypoglycémiants oraux » peuvent aussi contrôler leur diabète par la gestion de leur mode de vie (alimentation et exercice).

Gestion du mode de vie seulement – Contrôle de l'alimentation et pratique d'activités ou d'exercices physiques pour la gestion et le contrôle de la glycémie. Les clients qui sont classés dans la catégorie « gestion du mode de vie seulement » ne gèrent ni ne contrôlent leur diabète, leur prédiabète ou leur statut à risque élevé d'aucune autre façon décrite dans les catégories précédentes.

Nouveaux clients dirigés vers le programme par une source – Aux fins de compilation de statistiques, trois différentes sources de recommandation des nouveaux clients ont été établies. Tous les clients dirigés sont comptés, qu'ils aient reçu un service ou non (p. ex. même pour un rendez-vous décliné, une défection ou une annulation). Les sources de nouveaux clients dirigés sont mesurées de la façon suivante :

Nombre d'accès direct – Nombre de personnes qui ont accédé directement au PED. Ces personnes peuvent avoir rempli un formulaire d'accès direct en ligne ou papier ou peuvent avoir accédé au PED de façon informelle en communiquant avec un responsable du PED (p. ex. par téléphone ou en personne) pour demander un rendez-vous.

Nombre de clients dirigés par des fournisseurs de soins primaires – Nombre de personnes dirigées vers le PED par leur fournisseur de soins primaires (FSP), comme leur médecin de famille ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien. Les recommandations faites par des FSP peuvent être reçues sous forme de formulaire papier, en ligne ou au moyen du système de dossiers médicaux électroniques. Les recommandations téléphoniques provenant d'un cabinet de médecin de famille ou d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien au nom du client sont aussi comptées dans la catégorie des clients dirigés par un FSP.

Nombre de clients dirigés par d'autres professionnels – Nombre de personnes qui sont dirigées vers le PED par des professionnels autres que des fournisseurs de soins primaires. Les autres professionnels peuvent être les médecins spécialistes, les préposées ou les préposés aux services de soutien à la personne, les pharmaciennes ou les pharmaciens, les thérapeutes, les travailleurs en santé mentale, les optométristes, le personnel des services d'urgence ou tout autre professionnel qui reconnaît un besoin d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète chez le client. Les recommandations faites par d'autres professionnels peuvent être reçues sous forme de formulaire papier, en ligne ou au moyen d'un système de dossiers médicaux électroniques. Les recommandations téléphoniques faites par un professionnel au nom du client sont aussi comptées dans la catégorie des clients dirigés par d'autres professionnels.

Les clients dirigés vers le programme sont aussi classés en fonction des catégories suivantes :

- Recommandations pour : **Non diagnostiqué à risque** – Clients dirigés qui correspondent à la définition de la catégorie « non diagnostiqué à risque ».
- Recommandations pour : **Prédiabète sucré diagnostiqué ou diabète sucré diagnostiqué il y a six mois ou moins** – Clients dirigés qui ont reçu un diagnostic de diabète ou de prédiabète au cours des six derniers mois. Cette catégorie vise à consigner les clients ayant un diagnostic relativement récent.
- Recommandations pour : **Prédiabète sucré diagnostiqué ou diabète sucré diagnostiqué il y a plus de six mois** – Clients dirigés qui ont reçu un diagnostic de diabète ou de prédiabète il y a plus de six mois. Cette catégorie vise à consigner les clients dont le diagnostic n'est pas nouveau.

Interaction clinique – Discussion, consultation, rendez-vous, visite, suivi ou rencontre entre un client et un ou plusieurs cliniciens du programme (IA, Dt.P., TS, spécialiste en soins des pieds ou autre clinicien) pour la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète destinés à ce client. La discussion, la consultation, le rendez-vous, la visite, le suivi ou la rencontre peut se dérouler avec un client et un ou plusieurs cliniciens ou avec un groupe de clients et un ou plusieurs cliniciens. L'interaction peut avoir lieu en personne, par des moyens vidéo, au téléphone ou par voie électronique, **mais doit être d'une importance et d'une ampleur suffisantes pour être incluse dans le tableau du client**. Par conséquent, les interactions d'un client qui n'a pas de tableau associé au PED ne sont pas comptées dans les statistiques. Il existe deux types d'interactions cliniques :

Interaction clinique avec un client individuel – Interaction clinique **entre un client individuel et un ou plusieurs fournisseurs**. Les interactions d'« équipe » ne font plus partie de cette catégorie. Chaque fournisseur clinique faisant partie des ressources financées par le MSSLD ou un RLISS ou à financement global qui a avec le client une interaction clinique peut compter celle-ci dans sa catégorie de type de ressources en personnel. Lorsque les interactions se déroulent le même jour ou que les différents membres d'une équipe offrent des services au client dans un cadre commun ou d'équipe, elles peuvent être comptées par chacune des ressources en personnel ayant contribué à l'interaction clinique d'une manière qui peut être inscrite dans le tableau. **Remarque à propos du suivi des interactions cliniques avec un client individuel** : Lorsque les différents membres d'une équipe travaillent avec un même client en même temps ou le même jour, chacune des ressources en personnel peut compter l'interaction avec un client individuel. **Toutefois, il est important de s'assurer que ces clients ne sont pas comptés deux fois dans le nombre de clients**. Les bases de données de patients centralisées réduisent le risque de double comptage puisque les interactions cliniques sont calculées et inscrites en fonction de chaque client. Dans le cas où le suivi des activités se fait manuellement ou au moyen de feuilles de calcul décentralisées, les membres du personnel doivent s'entendre pour qu'un seul d'entre eux inscrive la date réelle de la dernière interaction clinique. Tous les autres membres du personnel qui offrent une interaction simultanément ou consécutivement doivent inscrire la date du jour comme date de la dernière interaction clinique et comme date de l'interaction à consigner. Ainsi, l'interaction clinique du

membre du personnel sera correctement consignée, et le client ne sera pas compté deux fois dans la section des clients servis. Par exemple, si une ou un IA et une ou un Dt.P. rencontrent un client en tant qu'équipe le 5 avril, et que la dernière interaction du client s'est déroulée il y a trois ans, un des fournisseurs doit inscrire la date d'il y a trois ans comme date de la dernière interaction clinique et l'autre doit inscrire la date du jour comme date de la dernière interaction clinique. La ou le IA et la ou le Dt.P. auront alors consigné chacun une interaction, et seulement une de ces interactions aura été inscrite dans la catégorie « nouveau client » de la section des clients servis. Cette méthode permet d'éviter le double comptage dans la section des clients servis.

Interaction clinique avec un client de groupe – Interaction clinique **entre un client et un ou plusieurs fournisseurs qui se déroule <u>dans un cadre de groupe avec d'autres clients</u>**. Un ou plusieurs membres du personnel clinique peuvent animer ou coanimer une interaction clinique avec un client de groupe. Chaque membre du groupe ayant une interaction pouvant être inscrite dans un tableau selon la définition d'« interaction clinique » est inscrit comme ayant une interaction pour chaque séance à laquelle il participe, même si ces séances font partie d'une série. Par exemple, pour un client individuel qui participe à cinq séances hebdomadaires pendant un trimestre, on compte un seul client et cinq interactions cliniques de groupe. **Remarque à propos des interactions cliniques avec un client de groupe par opposition aux rendez-vous médicaux de groupe :** Les rendez-vous médicaux de groupe sont une façon relativement nouvelle d'offrir des services. Si la totalité du rendez-vous avec les clients se déroule en groupe, il est compté comme une interaction clinique avec un client de groupe pour chaque client présent. Si, au cours du rendez-vous médical de groupe, de l'information est présentée à tous les membres et que, par la suite, chaque client se retire pour participer à des interactions cliniques privées, celles-ci sont comptées comme des interactions cliniques avec des clients individuels et non comme des interactions cliniques avec un client de groupe (le rendez-vous ne peut être compté dans les deux catégories). Les nouveautés, comme les rendez-vous médicaux de groupe, doivent être décrites dans le plan de travail pour fournir des détails au bailleur de fonds, au besoin.

« Format » de l'interaction clinique – Méthode ou moyen utilisé pour l'interaction clinique entre le client et la ressource en personnel du PED. La section « format » est un des éléments relatifs à la consignation des interactions cliniques dans le rapport trimestriel. Chaque interaction avec un client doit être consignée une seule fois dans la section « format ». Il existe cinq formats établis d'interaction clinique. Les deux derniers formats, « conversation téléphonique » et « échanges de courriels », sont regroupés en une seule catégorie dans le modèle de suivi.

En personne dans l'établissement principal ou satellite du PED – Interaction clinique en personne entre un membre du personnel du PED et le client qui peut être inscrite dans un tableau et qui se déroule **dans** l'établissement principal ou un établissement satellite du PED. Voir la définition d'« établissement principal du PED » et d'« établissement satellite du PED » du glossaire.

En personne à l'extérieur de l'établissement principal ou satellite du PED – Interaction clinique en personne entre un membre du personnel du PED et le client qui peut être inscrite dans un tableau et qui se déroule **à l'extérieur** de l'établissement principal ou d'un établissement satellite du PED. Il peut s'agir d'interventions cliniques en personne qui se déroulent chez un client, dans un foyer de soins de longue durée, dans le cabinet d'un médecin, dans la chambre d'hôpital d'un patient ou au sein d'un groupe à l'extérieur ou dans la collectivité. Si un membre du personnel du PED offre des interactions en personne dans un lieu où il doit remballer ses dossiers et son matériel à la fin de la journée (plutôt que de les laisser dans un endroit permanent), il s'agit d'une interaction en personne **<u>à l'extérieur</u>** de l'établissement principal ou satellite. Ce type d'intervention peut aussi être considéré comme un service d'approche. Les PED dont les organismes hôtes sont des hôpitaux comptent aussi tous les services qu'ils offrent aux patients dans les services d'urgence ou les unités des malades hospitalisés en tant qu'interactions en personne **<u>à l'extérieur</u>** de l'établissement principal ou satellite du PED. Voir la définition

d'« établissement principal du PED » et d'« établissement satellite du PED » du glossaire.

RTO, vidéo ou télémédecine – Interaction clinique pouvant être inscrite dans un tableau pour la prestation de services d'éducation en matière de diabète et de gestion du diabète qui se déroule au moyen du Réseau Télémédecine Ontario (RTO), par vidéoconférence ou par télémédecine. Consulter les exemples de scénarios ci-dessous pour le suivi des interactions de ce format.

Scénario 1 – Si un responsable du PED organise un rendez-vous par RTO avec un spécialiste, le PED n'inclut pas ce client dans le nombre de clients ou dans les interactions cliniques pour ce cas en particulier. En effet, le rendez-vous ne constitue pas, au sens propre, une séance d'éducation en matière de diabète, et le clinicien n'est pas considéré comme une ressource en personnel financée par un RLISS ou le MSSLD ou par un organisme hôte dans le cadre d'un PED.

Scénario 2 – Si un responsable du PED offre de l'éducation en matière de diabète dans l'établissement principal et dans son propre établissement satellite, l'interaction n'est comptée que par le personnel offrant une interaction clinique pouvant être inscrite dans un tableau. Ainsi, un client n'est pas compté plus d'une fois par exercice dans différents établissements dans la section des clients servis.

Scénario 3 – Si un responsable de PED (PED A) offre son expertise à un autre responsable de PED (PED B) pour de l'éducation spécialisée, par exemple en gestion de pompe ou en éducation des personnes atteintes de diabète sucré de la grossesse, le suivi se fait de la façon suivante : le responsable du PED A compte la formation offerte comme si ces clients étaient les siens dans les sections des clients servis et des interactions cliniques. Le responsable du PED B ne compte pas ces interactions, puisqu'il n'a pas offert de services d'éducation ni de gestion. Toutefois, le responsable du PED B rend compte de ce travail dans son plan de travail et explique que la collaboration avec le PED A consiste en une nouvelle stratégie visant à rendre l'accès plus équitable pour un nombre X de clients dans son secteur géographique.

Conversation téléphonique – Interaction clinique qui se déroule entre le client et le fournisseur. L'interaction doit avoir une importance clinique suffisante pour être incluse dans le tableau du client. Les appels administratifs et de rappel ou les brèves vérifications avec un client ne sont pas comptés comme des interactions cliniques au téléphone. Les interactions cliniques sous forme de conversation téléphonique sont comptées avec les échanges de courriels (voir ci-dessous) dans la catégorie « téléphone et échanges de courriels » pour le « format » de l'interaction clinique.

Échange de courriels – Interaction clinique sous forme de conversation téléphonique détaillée avec le client ou d'échange de courriels détaillés entre le client et le fournisseur. Les interactions cliniques sous forme d'échange de courriels sont comptées avec les conversations téléphoniques (voir ci-dessus) dans la catégorie « téléphone et échanges de courriels » pour le « format » de l'interaction clinique.

Annulation – Rendez-vous prévu pour une interaction clinique planifiée avec un client individuel ou un client de groupe qui est annulé par le client avant la date prévue de l'intervention et qui n'est pas reporté au moment de l'annulation. Si un client annule son rendez-vous en mentionnant qu'il le reportera, mais sans fixer de date, il est tout de même inscrit comme une annulation.

Défection – Rendez-vous prévu pour une interaction clinique planifiée avec un client individuel ou un client de groupe auquel le client ne se présente pas.

Mesure du temps d'attente – Nombre de jours entre la réception d'une recommandation et la prise de rendez-vous.

Autres activités ou événements – Événements que le personnel du PED anime, au cours desquels il présente ou enseigne un contenu ou auxquels il participe activement (plutôt que de seulement y assister). Les autres activités et événements peuvent s'adresser aux professionnels, au grand public ou à la population locale dans le but de contribuer aux résultats positifs sur la santé. Ces autres activités et événements peuvent avoir les objectifs suivants :

- promouvoir le PED dans la collectivité ou auprès des professionnels;
- renforcer la sensibilisation au diabète (prévention, risques, méthodes de dépistage, complications, etc.);
- améliorer la capacité des professionnels à prévenir, à dépister, à diagnostiquer et à gérer le diabète).

Les autres activités ou événements ne sont pas des services pouvant aussi compter comme des interactions cliniques. Les clients qui bénéficient de services offerts dans le cadre du PED peuvent être comptés comme participants à une activité ou à un événement, mais cette participation n'est pas comptée en plus comme une interaction clinique. Les autres événements ou activités qui ne peuvent être classés dans les catégories prévues peuvent être inclus dans le plan de travail et dans le rapport trimestriel d'évolution du plan de travail.

Les catégories pour le regroupement et le dénombrement des autres activités et événements sont énumérées et définies ci-dessous.

Kiosque ou table à un événement – Des membres du personnel du PED animent un kiosque ou une table d'où ils distribuent des ressources et communiquent de l'information de façon informelle avec les personnes présentes. Les événements organisés par l'Association canadienne du diabète, un kiosque à un événement professionnel, à une conférence de l'Ontario Pharmacists Association, une table dans une foire sur la santé ou à une présentation donnée par des membres du personnel dans un marché local en sont des exemples. Chaque événement n'est compté qu'**une fois** (même s'il se déroule sur plusieurs jours). Il peut être difficile de dénombrer précisément les participants à ces événements publics, et une estimation est suffisante pour permettre au bailleur de fonds d'avoir une idée approximative de la taille de l'auditoire touché. Le compte des personnes auxquelles les membres du personnel ont parlé ou le nombre de ressources qui ont été distribuées peut servir à faire des estimations.

Présentation, conférence ou discussion pour le public (autre que pour les professionnels) – Des membres du personnel du PED transmettent leurs connaissances dans un cadre d'enseignement ou de présentation à tout groupe composé de personnes autres que des professionnels de la santé. Il peut s'agir de présentations à un groupe d'employés, dans une entreprise locale, dans une école ou dans un centre communautaire. Les personnes qui assistent à la présentation comptent comme des participants.

Présentation, conférence ou discussion pour les professionnels de la santé – Des membres du personnel du PED transmettent leurs connaissances dans un cadre d'enseignement ou de présentation à tout groupe composé de professionnels de la santé. Il peut s'agir de présentations à un groupe d'employés d'hôpital pendant les visites des patients ou une réunion du personnel, à un groupe d'employés du domaine des soins de longue durée ou à un groupe de FSP, de pharmaciennes et de pharmaciens, d'optométristes ou d'autres professionnels de la santé associés. Les personnes qui assistent à la présentation comptent comme des participants.

Événements communautaires de dépistage de diabète – Des membres du personnel du PED animent un événement visant à dépister les facteurs de risque. Il peut s'agir de l'évaluation du risque individuel au moyen d'outils comme le questionnaire CANRISK ou la mesure de la glycémie, selon le cas. Les personnes qui passent un test de dépistage comptent comme des participants.

Entrevue avec les médias, article ou publicité – Des membres du personnel du PED réalisent une entrevue avec les médias ou rédigent un article pour un public professionnel ou général. Chaque article, entrevue ou publicité dans un journal local ou une revue est compté comme un événement. La « publicité » ne comprend pas les affiches créées, imprimées et installées par le PED dans la collectivité. Le dénombrement et la consignation des participants ne s'appliquent pas à cette catégorie.