



GUIDE

DU SUIVI SYSTÉMATIQUE
DE LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE



Guide du suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA)

1^{re} édition

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Novembre 2012



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

Guide du suivi systématique de la clientèle ambulatoire

Élaboration du SSCA

France Gélinas, chef clinico-administratif et chargée de projet
Janique Beauchamp, conseillère clinicienne en soins infirmiers volet recherche et évaluation de la qualité
Sylvain Beaudoin, ergothérapeute
Guylène Boucher, infirmière clinicienne
Docteure Johanne Cyr, médecin psychiatre
Noémie Dutil, travailleuse sociale
Chantal Hamelin, chef de discipline ergothérapie psychiatrique
Sylvie Lapointe, chef de service
Luc Legris, directeur adjoint à la Direction des services cliniques par intérim
Andrée Letarte, conseillère clinique
Marie-France Racine Gagné, travailleuse sociale
Samia Saadi, infirmière clinicienne
Luc Valiquette, agent de planification, de programmation et de recherche

Rédaction du document

France Gélinas, chef clinico-administratif et chargée de projet
Janique Beauchamp, conseillère clinicienne en soins infirmiers volet recherche et évaluation de la qualité
Luc Legris, directeur adjoint intérimaire à la Direction des services cliniques
Luc Valiquette, agent de planification, de programmation et de recherche
Christiane Sirois, rédactrice

Communication et service conseil

Marie-Line Bénard Cyr, agente d'information
Julie Couture, agente d'information

Graphisme et mise en page

Marcel Bélisle, infographe

Impression

Imprimerie Le Reflet

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-922577-98-3

© Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2012

Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Téléphone: 514 251-4000 poste 2964; Télécopieur: 514 251-0270

Web: www.hlhl.qc.ca

Courriel: bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca

Il y a nécessité de réfléchir sur nos pratiques et de mettre en place les meilleurs moyens d'améliorer l'accessibilité des soins et services de notre Hôpital et d'assurer avec nos partenaires la fluidité et la continuité de nos interventions. Le suivi systématique de la clientèle ambulatoire offre d'une part aux personnes utilisatrices de services l'opportunité de s'engager dans leur démarche de rétablissement.

D'autre part, il offre aux équipes traitantes une efficacité et une efficacité accrues dans l'offre de soins et services de même qu'une meilleure utilisation des ressources et des compétences professionnelles.

Le comité de rédaction

Remerciements

Ce projet de suivi systématique de la clientèle ambulatoire n'aurait pas vu le jour sans la contribution de médecins psychiatres et de professionnels des programmes et disciplines de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Nous tenons à souligner le soutien de madame Denise Fortin, directrice générale, ainsi que du docteur J. André Luyet, codirecteur des services cliniques et chef du département de psychiatrie. Nous les remercions chaleureusement, de même que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce guide.



Table des matières

Introduction	8
L'accessibilité aux soins et services : une priorité	8
L'élaboration du SSCA : un travail d'équipe	8
Une clientèle spécifique	8
Le suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA)	9
Origine et pertinence	9
Le SSCA, c'est quoi ?	9
Le SSCA, ça sert à quoi ?	10
Principes directeurs	10
Avantages d'un suivi systématique	12
Liens avec d'autres services de l'Hôpital	13
Étapes du SSCA	16
1. Évaluation de la condition de la personne	16
2. Actualisation du plan d'intervention	18
3. Préparation du congé	19
Synthèse des trois phases	20
Rôles et responsabilités	23
Équipes interdisciplinaires	23
Intervenant pivot	23
Coordonnateur du suivi systématique	23
Personne utilisatrice de services et prise de décision partagée	25
Lexique et acronymes	26
Références	28

Introduction

L'accessibilité aux soins et services : une priorité

L'élaboration d'une démarche de suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA) découle directement du Plan stratégique 2009-2012, dont l'un des trois objectifs vise l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services pour la clientèle de l'Hôpital¹. Elle s'inscrit également dans la ligne du Plan d'action en santé mentale (PASM), qui fait du même objectif l'une de ses préoccupations majeures en ce qui a trait aux soins et services de deuxième et troisième lignes².

Il y avait ainsi nécessité de réfléchir sur les pratiques existantes et de mettre en place les meilleurs moyens pour améliorer l'accessibilité des soins et services de l'Hôpital.

L'élaboration du SSCA : un travail d'équipe

Dès 2009, des groupes de travail ont été mis sur pied pour analyser la situation et proposer des solutions. La contribution des professionnels des divers programmes et disciplines a été déterminante. Leur analyse des besoins de la clientèle, leur expertise clinique, leur connaissance de l'Hôpital et du réseau des différents partenaires de première ligne, leur mise en commun des meilleures pratiques de l'établissement ont conduit à une proposition qui s'est imposée : l'implantation d'un suivi systématique de la clientèle ambulatoire.

Le suivi systématique permet en effet de mettre en œuvre une série de mesures favorables à une meilleure accessibilité aux soins et services tout en s'assurant que les personnes reçoivent les services requis au moment opportun pour la durée nécessaire.

Il permet d'optimiser le travail des équipes traitantes grâce à une efficacité et une efficacité accrues dans l'offre de soins et services et à une meilleure utilisation des ressources et des compétences professionnelles de l'établissement. Les personnes utilisatrices de services sont prises en charge rapidement, diminuant ainsi le risque d'une détérioration de leur état. De plus, le suivi systématique assure la continuité et la fluidité des interventions auprès des personnes utilisatrices de services de pair avec les partenaires de l'organisation.

Le but de ce suivi est notamment de diminuer la liste d'attente, éviter les ruptures de services ainsi qu'améliorer la coordination, la fluidité et la continuité des soins et services.

Une clientèle spécifique

Le suivi systématique visé par ce document tient sa spécificité de la clientèle à laquelle il est destiné : des personnes présentant des problèmes de santé mentale, ayant ou non vécu une hospitalisation en santé mentale. Cette clientèle non hospitalisée, qu'on dit ambulatoire, se dirige vers son rétablissement, son intégration ou sa réintégration sociale – vers la conquête ou la reconquête de sa pleine citoyenneté. C'est ce qui donne à ce guide, avec la visée d'une compréhension commune, sa raison d'être et tout son sens.

Le guide du suivi systématique de la clientèle ambulatoire présenté ici est destiné aux médecins, professionnels et intervenants afin qu'ils puissent développer une compréhension commune et une vision interdisciplinaire du processus et de son actualisation auprès de la clientèle ambulatoire.

Le suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA)

Cette première section présente le cadre de référence à partir duquel est élaboré le suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA). Son origine, sa pertinence, sa définition, ses objectifs, ses principes directeurs, ses avantages et ses liens avec d'autres services de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal sont ainsi abordés.

Origine et pertinence

Le suivi systématique de la clientèle (SSC) « vise essentiellement à intégrer les principes de gestion aux processus cliniques dans le but de dispenser des soins de qualité au moment opportun ». « Il requiert, en interdisciplinarité, une planification chronologique d'interventions clés réalisées par tous les professionnels impliqués dans les soins et services à dispenser en regard de résultats attendus et ce, dans un laps de temps qui tient compte de l'état clinique du patient⁴ ».

Ce modèle de gestion des soins a reçu de nombreuses appellations au cours des années, en fonction du contexte où il a été utilisé : *gestion de cas*, *suivi intégré*, *cheminement clinique*, *plan d'intervention multidisciplinaire*. En Angleterre et au Canada, les termes les plus fréquemment utilisés sont *hospital care pathways*, *critical pathways* et *clinic pathways*. Internationalement, le *care pathways* est vu comme une solution au problème de sécurité des patients, à la variabilité dans la qualité des services et à l'augmentation des coûts⁵. Aux États-Unis, depuis 1980, il est un moyen utilisé pour optimiser la qualité des soins et l'utilisation des ressources professionnelles dans une perspective interdisciplinaire⁶. Au Royaume-Uni, le *care pathways* est vu comme une approche permettant d'atteindre les objectifs et l'agenda de la réforme de la santé visant la modernisation, l'intégration des services et les meilleures pratiques⁷. Au Canada, la Réforme des soins de santé canadiens et l'Accord des premiers ministres ciblent les mêmes objectifs et principes visés par le modèle SSC⁸.

Le SSCA, c'est quoi ?

Afin de bien comprendre le suivi systématique de la clientèle ambulatoire, il est important de se doter d'une définition commune.

Le SSCA, c'est :

La planification chronologique d'activités cliniques dans un contexte de travail interdisciplinaire et ce, dans le but de dispenser des soins et des services de qualité au meilleur moment et dans les meilleurs délais. L'atteinte des résultats escomptés est réévaluée systématiquement avec la personne utilisatrice de services, permettant l'ajustement du travail de l'équipe interdisciplinaire⁹.

Le SSCA, ça sert à quoi ?

Le SSCA poursuit trois objectifs afin d'améliorer l'accessibilité, la coordination, la continuité et la qualité des soins et services à dispenser à la personne en vue de son rétablissement, de son intégration sociale et de sa pleine citoyenneté.

Le SSCA sert à :

- Optimiser les soins et la durée des services offerts à la personne
- Assurer l'arrimage des services de l'Hôpital avec les différentes ressources internes et externes, incluant celles de la communauté
- Gérer les ressources de l'établissement de façon efficace et efficiente en fonction des besoins des personnes et de l'utilisation maximale de l'expertise des équipes professionnelles de l'Hôpital¹⁰.

Principes directeurs

Six principes directeurs orientent la conception, la planification et la réalisation du suivi systématique de la clientèle ambulatoire¹¹.

1. Préciser de façon systématique les moments d'évaluation et de réévaluation

Les moments d'évaluation et de réévaluation sont des éléments clés d'un suivi systématique. Ils permettent d'évaluer l'efficacité du traitement et de la réadaptation et de corriger au besoin ses orientations et ses stratégies. Il faut donc s'assurer de questionner régulièrement le traitement offert afin de mettre à la disposition de la personne utilisatrice de services toutes les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

2. Estimer globalement les paramètres de durée du suivi en fonction de la clientèle, du programme spécifique et de sa mission

Même si la durée du suivi n'est pas toujours facile à évaluer, une estimation, même approximative, permet de se faire une meilleure idée des moyens et des ressources à mettre en œuvre. À l'Hôpital, les médecins, professionnels et intervenants des divers programmes ont les connaissances et détiennent l'expertise nécessaire pour développer des paramètres de durée pour les situations cliniques.

3. Assurer la participation de la personne utilisatrice de services à toutes les étapes de son suivi

Il s'agit d'un des principes fondamentaux du suivi systématique. La personne est placée dans une situation telle qu'elle peut prendre en main les étapes conduisant à son propre rétablissement. Le fait de s'engager personnellement lui permet de prendre des décisions éclairées face à son traitement et au soutien dont elle a besoin.

4. Évaluer et s'assurer de l'implication des proches et autres partenaires, lorsque pertinent, aux étapes du suivi et, avec le consentement de la personne utilisatrice de services, inviter sa famille, ses proches et les autres partenaires à contribuer à sa démarche

L'intégration de la famille, des proches et des partenaires dans les soins et services s'avère hautement souhaitable. C'est pourquoi il importe d'évaluer et de documenter la pertinence de leur implication de même que respecter la confidentialité du dossier de la personne utilisatrice de services tout en maintenant la communication avec la famille, les proches et les partenaires.

Principes directeurs :

1. Préciser de façon systématique les moments d'évaluation et de réévaluation
2. Estimer globalement les paramètres de durée du suivi en fonction de la clientèle, du programme spécifique et de sa mission
3. Assurer la participation de la personne utilisatrice de services à toutes les étapes de son suivi
4. Évaluer et s'assurer de l'implication des proches et autres partenaires, lorsque pertinent, aux étapes du suivi et, avec le consentement de la personne utilisatrice de services, inviter sa famille, ses proches et les autres partenaires à contribuer à sa démarche
5. S'assurer que l'équipe possède une vision commune des objectifs de traitement et de réadaptation ainsi que du cadre thérapeutique et qu'elle détermine les priorités d'intervention, les soins et les services par une démarche interdisciplinaire de planification et de coordination
6. Assurer la coordination du SSCA et le soutien de l'équipe interdisciplinaire

La famille, les proches et les partenaires immédiats sont souvent bien informés de la situation vécue par la personne. Ils peuvent contribuer à une évaluation plus juste et globale de l'état de la personne utilisatrice de services ainsi qu'à l'amélioration des services. Pour bien collaborer au traitement, ils ont besoin d'aide, d'écoute, de soutien, d'information, de références, d'enseignement sur la maladie et sur le traitement et de ressources et ce, dans les limites de l'offre de services.

5. S'assurer que l'équipe possède une vision commune des objectifs de traitement et de réadaptation ainsi que du cadre thérapeutique et qu'elle détermine les priorités d'intervention, les soins et les services par une démarche interdisciplinaire de planification et de coordination

Il s'agit ici d'un préalable indispensable à une intervention efficace. Le temps qu'on consacrerait au développement de la vision commune sera largement compensé par une meilleure efficacité de l'équipe, une plus grande rapidité de décision et une meilleure coordination des soins et services.

La démarche interdisciplinaire est importante. Elle permet aux membres de l'équipe traitante de contribuer à l'élaboration et à l'enrichissement du plan d'intervention interdisciplinaire et de constater que tous les points de vue sont considérés dans la discussion conduisant au choix des priorités d'intervention, des soins et des services.

6. Assurer la coordination du SSCA et le soutien de l'équipe interdisciplinaire

Le coordonnateur clinique du SSCA est un professionnel de l'équipe clinique. Il agit en soutien au processus de suivi. C'est lui qui convoque l'équipe interdisciplinaire, la soutient en lien avec le SSCA et coordonne le processus du début à la fin des services. Son rôle est nécessaire et se différencie de celui de l'intervenant pivot, qui agit davantage sur le plan clinique.

En assumant certaines tâches clinico-administratives, le coordonnateur clinique permet aux médecins et professionnels de se centrer sur l'aspect clinique du suivi de la personne utilisatrice de services.

Avantages d'un suivi systématique

L'implantation du SSCA comporte de nombreux avantages pour les personnes utilisatrices de services, les équipes interdisciplinaires, les partenaires et l'Hôpital.

Une étude financée par le Fonds de recherche du Québec - Santé¹² menée auprès d'une clientèle hospitalisée, met d'ailleurs en évidence les avantages liés à l'implantation du suivi systématique de la clientèle (SSC), particulièrement pour les personnes utilisatrices de services et pour les équipes traitantes.

Personnes utilisatrices de services

D'après les résultats de cette étude, le SSC assure aux personnes utilisatrices de services une information plus complète sur le plan de soins et services prévus. Il leur permet d'avoir une meilleure compréhension de leur situation. Les personnes en savent plus sur la nature et la durée de l'intervention. Elles ont davantage conscience que le suivi de l'équipe traitante a un début et une fin.

Par ailleurs, les personnes sont accompagnées tout au long de l'épisode de soins et services, selon une planification rigoureuse. Elles sont présentes aux décisions concernant leur vie et leur devenir et connaissent mieux les personnes de leur équipe traitante. La participation de la famille et des proches dans la démarche de rétablissement est également valorisée.

De plus, la présence d'une équipe partageant une même vision et agissant dans la même direction rassure et favorise un accès plus rapide et efficace à des services ajustés aux besoins. Le SSC assure aussi, après l'épisode de soins et services, le suivi d'une autre équipe de première ligne ou d'un autre programme de l'Hôpital lorsque nécessaire.

Équipes interdisciplinaires

Le processus est aussi bénéfique pour les équipes traitantes qui gagnent en efficacité et en efficience. Le SSC aide en effet à structurer le travail au quotidien et à identifier les priorités. Il favorise la communication entre les intervenants et il augmente l'efficacité des rencontres d'équipe.

En outre, le travail des équipes est optimisé par la vision interdisciplinaire et la coordination des interventions professionnelles. L'expertise de chacun est mieux valorisée et les diverses disciplines s'éclairent mutuellement. Le processus contribue à la clarification des rôles, des responsabilités et des tâches de chaque membre de l'équipe. Il aide à consolider le sentiment d'appartenance et le partage des responsabilités quant aux résultats obtenus. En même temps, le SSC soutient l'intégration d'une vision globale et partagée et tient compte de l'ensemble des besoins de la personne utilisatrice de services.

Partenaires

Le SSC améliore la planification, la coordination et la continuité des soins et services avec les partenaires (organismes communautaires, partenaires de première ligne, omnipraticiens et professionnels des CSSS, autres programmes de l'Hôpital, etc.). En effet, l'information pertinente leur est transmise, ce qui leur permet de prendre le relais le moment venu. Les relations s'en trouvent mieux connues et utilisées. Le SSCA structure en fait les occasions de travailler en interdisciplinarité et en partenariat, contribuant à aplanir les ruptures de services et permettant la continuité et la fluidité des interventions de première et deuxième lignes.

Hôpital

La réflexion entourant le SSCA entraîne une clarification des services spécialisés et surspécialisés d'un établissement de deuxième et troisième lignes et situe l'offre de services dans un créneau d'intervention complexe, auprès d'une clientèle présentant des troubles graves et réfractaires.

Principaux avantages du SSCA

Pour la personne utilisatrice de services :

- Offre une information plus complète sur les soins et services dispensés
- Favorise une meilleure compréhension de la situation
- Assure la préparation du congé en continuité avec les autres services, au besoin

Pour l'équipe interdisciplinaire :

- Aide à structurer le travail au quotidien
- Aide à identifier les priorités d'intervention

Pour tous :

- Favorise la présence et la contribution de la famille, des proches et des partenaires aux différentes étapes de l'épisode de soins
- Prévoit systématiquement l'évaluation et la réévaluation des besoins de la personne utilisatrice de services

Le processus permet de mieux adapter les pratiques de l'Hôpital aux changements occasionnés par le PASM. Les besoins des personnes deviennent au centre de l'offre de soins et services, ce qui en augmente la qualité.

Liens avec d'autres services de l'Hôpital

Modèle de coordination de l'épisode de soins et services (CESS)

Des liens existent entre le SSCA et le modèle de coordination de l'épisode de soins et services (CESS), suivi dans les unités de traitement intensif de l'Hôpital.

Le SSCA et le CESS ont fait l'objet d'un processus d'élaboration similaire à l'Hôpital, soit la mise sur pied d'équipes pilotes (CESS) et de groupes de travail (SSCA) réunissant des professionnels dans le cadre d'une démarche participative. Ces professionnels ont mis en commun leur expertise clinique et leur connaissance de l'Hôpital, du réseau et des meilleures pratiques. Ils ont collaboré, entre autres, à une analyse des besoins de la clientèle, à la clarification des assises du modèle retenu et à la consolidation d'une vision commune des objectifs de traitement, de soins et de suivi.

Le modèle CESS repose sur les mêmes principes et vise les mêmes objectifs que le SSCA, à la différence que le CESS s'adresse aux personnes hospitalisées et le SSCA à une clientèle ambulatoire.

Ainsi, en raison des besoins spécifiques des clientèles et du contexte de soins, certains concepts diffèrent légèrement d'un modèle à l'autre, tout comme la forme et le contenu des outils utilisés ou la fréquence des moments d'évaluation, de réévaluation et de durée de suivi.

En parallèle, les objectifs poursuivis par le SSCA sont à peu de chose près les mêmes que ceux du modèle de CESS. Dans le cas du CESS, on visera plus spécifiquement :

- L'optimisation de l'hospitalisation par le biais de la durée de séjour plutôt que la durée de suivi
- La résolution efficiente de la crise
- La stabilisation de l'état de santé
- La réintégration rapide des personnes utilisatrices de services dans la communauté

Tout comme le SSCA, trois phases définissent le déroulement du CESS :

1. Évaluation et gestion de la crise
2. Stabilisation
3. Intégration sociale

Cette troisième phase a été élaborée dans un esprit de continuité avec l'externe, notamment en ce qui concerne l'atteinte des résultats escomptés. Elle réfère à la période nécessaire pour préparer la personne utilisatrice de services et son entourage au retour dans le milieu de vie ou à l'intégration d'un nouveau milieu. Dans cet esprit, la phase d'intégration sociale a pour objectif d'organiser concrètement le suivi externe et d'assurer la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins et services.

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Depuis 1991, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux, chaque établissement de santé est tenu d'élaborer un plan d'intervention (PI) ou un plan de services individualisés (PSI) en concertation avec l'utilisateur de services.

À l'Hôpital, le Plan de transformation de 1998 en faisait une priorité, mais ce n'est qu'en 2001 qu'un comité de travail a produit un outil appelé Plan d'intervention interdisciplinaire (PII), que les équipes cliniques sont invitées à utiliser de façon systématique. En 2012, un Guide d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de services individualisés a vu le jour.

Afin de situer clairement le suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA) par rapport au PII et au PSI, il importe de définir la place qu'ils occupent dans le système de prestation des soins et de bien distinguer leur rôle respectif.

Soulignons dès le départ que la seule différence qui distingue le PII du PSI est que le premier rassemble les intervenants d'un même établissement, tandis que le second réunit ceux d'établissements différents¹³.

Alors que le SSCA concerne le processus de planification interdisciplinaire et systématique de l'ensemble des activités cliniques destinées à la clientèle ambulatoire, le PII est l'outil dont se sert le SSCA pour réaliser sa mission et atteindre les objectifs de chaque personne utilisatrice de services.

Le coordonnateur du SSCA a donc une responsabilité globale et un rôle de supervision par rapport à l'ensemble du processus de planification. Il doit s'assurer que tout PII produit en faveur d'un nombre déterminé de personnes utilisant les services ambulatoires respecte les objectifs et les principes d'un suivi systématique (dispenser des soins et des services de qualité au meilleur moment et dans les meilleurs délais), et que l'atteinte des résultats escomptés soit réévaluée systématiquement. Il doit également coordonner l'ensemble des PII destinés à la clientèle ambulatoire en veillant notamment à ce que, d'un PII à un autre, un niveau optimal de qualité et de cohérence soit atteint dans la manière d'élaborer et d'actualiser le plan d'intervention, et à ce que les ressources de l'institution soient utilisées de manière équitable, efficace et efficiente.

La différence entre le SSCA et le PII / PSI ?

- Le SSCA concerne l'ensemble des étapes de planification et de coordination interdisciplinaire de toutes les activités cliniques destinées à la personne utilisatrice des services ambulatoires alors que...
... le PII / PSI est l'outil utilisé pour formuler les objectifs d'intervention pour chaque personne utilisatrice de services dans le cadre du SSCA
- Le SSCA prévoit la liaison avec les acteurs de première ligne, incluant l'omnipraticien alors que...
... le PII / PSI prévoit la liaison exclusivement avec les intervenants significatifs pour la personne utilisatrice de services dans le cadre de son épisode de soins
- Le SSCA prévoit la préparation du congé de l'épisode de soins en deuxième ligne alors que...
... le PII / PSI est l'outil utilisé dans le SSCA pour atteindre les objectifs de chaque personne utilisatrice de services, indépendamment de la préparation du congé
- Le SSCA précise les moments prévus d'évaluation et de réévaluation en équipe interdisciplinaire
- Le SSCA estime globalement la durée du suivi

Les ressemblances entre le SSCA et le PII / PSI ?

- Les deux assurent une meilleure planification et coordination de l'ensemble de l'offre de soins et services
- Les deux assurent la participation des utilisateurs de services et de leurs proches

Le PII est donc en harmonie avec une planification rigoureuse et systématique des activités cliniques, conduisant à dispenser des soins et services de qualité au meilleur moment et dans les meilleurs délais, avec une réévaluation périodique des résultats, comme le veut le SSCA.

Étapes du SSCA

Le processus de suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA) se déroule en trois phases.

Phases du SSCA :

1. Évaluation de la condition de la personne utilisatrice de services
2. Actualisation du plan d'intervention
3. Préparation du congé

Ces trois phases constituent l'instrument principal commun dont disposent les équipes traitantes pour dispenser efficacement et dans les meilleurs délais les soins et les services à leur clientèle selon le modèle du SSCA. L'essentiel de cette section leur est consacré. Un élément important du processus, l'identification des indicateurs de fin de service, est aussi abordé.

1. Évaluation de la condition de la personne

L'évaluation comprend plusieurs activités cliniques.

Quelles sont les activités menées pendant la phase d'évaluation ?

1. Étude du dossier de la personne
2. Entrevue d'évaluation
3. Discussion en équipe interdisciplinaire
4. Élaboration du plan d'intervention

Étude du dossier

Avant toute rencontre formelle avec la personne utilisatrice de services, il est nécessaire de :

- Prendre connaissance de son dossier ainsi que des évaluations et interventions récentes dont elle a été l'objet

- Identifier les partenaires avec qui elle est en communication
- Vérifier dans quelle mesure elle s'est montrée disposée à impliquer sa famille et ses proches dans le traitement

Présentation du dossier clinique à l'équipe interdisciplinaire

Une présentation préliminaire du dossier clinique de la personne à l'équipe interdisciplinaire peut être effectuée avant même l'amorce des évaluations. Certaines équipes pourraient choisir de déterminer ensemble quel(s) professionnel(s) procédera(ont) aux évaluations en fonction des besoins (identifiés par l'infirmière de liaison du programme à la réception de la demande ou par l'équipe traitante de l'unité de traitement intensif).

Or, compte tenu de certaines contraintes liées à l'importante quantité de demandes adressées aux programmes, cette présentation préliminaire peut s'avérer difficilement réalisable. Cette étape peut donc très bien se dérouler après une première évaluation par un psychiatre ou un professionnel.

Entrevues d'évaluation

La ou les entrevue(s) d'évaluation, troisième étape de la phase évaluative, poursuivent plusieurs objectifs :

- Demander le ou les consentement(s) pour le partage d'information avec les partenaires

Cette demande de consentement s'effectue dès le premier rendez-vous de la personne utilisatrice de services, au moment où l'agente administrative lui demande de remplir le formulaire AH-223. Dès ce moment, la notion d'épisode de soins est introduite.

La personne utilisatrice de services est avisée qu'une fois le traitement complété avec le psychiatre et l'équipe traitante, elle sera redirigée vers son omnipraticien, qui demeurera informé de l'évolution du traitement (comme en médecine physique, lorsque la personne est retournée vers son médecin généraliste après une consultation auprès d'un cardiologue ou d'un médecin d'une autre spécialité).

Cette étape revêt toute son importance en termes de continuité et de fluidité des soins et services avec la première ligne. Elle permet de cibler des moments clés pour partager l'information.

Les objectifs qui suivent assurent l'évaluation rigoureuse de l'amélioration du fonctionnement de la personne utilisatrice de services.

- Déterminer les attentes de la personne en fonction de son projet de vie et de l'offre de services du programme
- Fournir à la personne les informations nécessaires sur les traitements offerts afin qu'elle soit en mesure de prendre une décision éclairée quant à ses objectifs de traitement
- Prendre des mesures minimales et communes au regard des symptômes et du fonctionnement de la personne
- Prendre des mesures spécifiques
- Valoriser la contribution de la famille, des proches et des partenaires au rétablissement de la personne et les outiller afin qu'ils interviennent avec respect, compétence et espoir

Discussion en équipe interdisciplinaire

Après une analyse et une mise en commun des évaluations, l'équipe interdisciplinaire discute de l'état de la personne. Cette discussion vise à :

- Réaliser une synthèse des problématiques de la personne
- Préciser le diagnostic s'il s'agit d'une nouvelle personne utilisatrice de services
- Confirmer ou modifier le diagnostic s'il s'agit d'une personne ayant déjà eu recours aux services de l'Hôpital ou à des services de même nature

Il faut ici souligner à nouveau l'apport considérable des travaux de l'équipe interdisciplinaire : les différentes disciplines réunies offrent à la personne utilisatrice de services une vision globale de son rétablissement.

Élaboration du plan d'intervention

À la suite des évaluations, l'équipe interdisciplinaire élabore avec la personne utilisatrice de services un plan d'intervention interdisciplinaire. On convient entre autres avec elle de l'identité de l'intervenant pivot et de la date de réévaluation qui sera inscrite au plan d'intervention. Elle est aussi informée de l'identité des partenaires et de la nature des informations qui leur seront transmises à son sujet.

2. Actualisation du plan d'intervention

Les activités cliniques prévues au plan d'intervention doivent être réalisées en s'assurant notamment de maintenir les liens avec la famille, les proches et les partenaires et en ajustant de façon continue les interventions de l'équipe traitante en fonction de l'évolution de la personne.

Au moins une fois par année, ou davantage selon les besoins, un bilan est effectué aux moments prévus dans le plan d'intervention.

Il comprend des prises de mesures minimales et communes (symptômes et fonctionnement) et, au besoin, des prises de mesures spécifiques. Il intègre aussi des évaluations de l'atteinte des objectifs de la personne en fonction de son projet de vie et de l'offre de services du programme.

Enfin, l'actualisation du plan comprend un suivi du bilan.

Le suivi du bilan répond à la question suivante : les objectifs de la personne utilisatrice de services ou les critères définissant la fin de services sont-ils atteints ?

Si tel est le cas, on passe à la troisième phase.

Si l'évolution suit son cours et qu'il y a atteinte partielle des objectifs, les activités prévues au plan d'intervention sont poursuivies sans modification.

Si l'évolution de la personne nécessite une modification du plan d'intervention, un retour à la première étape de cette phase est effectué.

Il est aussi possible de noter une atteinte totale des objectifs et de poursuivre le plan d'intervention.

Le plan d'intervention peut comporter des objectifs qui, une fois réalisés, ne signifient pas que la personne utilisatrice de services doit changer de niveau de services. Ainsi, d'autres objectifs et interventions pertinentes pour les atteindre peuvent être ajoutés en cours de traitement. Les objectifs et ces interventions doivent cependant demeurer dans le cadre de l'offre de services de l'Hôpital*.

3. Préparation du congé

Pour bien préparer le congé et s'assurer des conditions nécessaires à la réinsertion sociale de la personne et au recouvrement de sa pleine citoyenneté, plusieurs démarches sont nécessaires.

Il faut d'abord identifier les besoins de services médicaux et professionnels requis après l'épisode de soins.

Si aucun besoin de services n'est requis, le rapport de fin de suivi au dossier peut être déposé et envoyé au médecin référent (AH-216) avec l'accord de la personne utilisatrice de services.

Dans le cas d'un transfert vers d'autres services, il faut :

- Officialiser le transfert avec la personne utilisatrice de services
- Demander à la personne son consentement au partage de l'information (AH-216)
- Identifier les besoins d'accompagnement de la personne et y répondre dans la mesure du mandat de l'équipe traitante
- Rédiger le(s) rapport(s) de fin de suivi
- Assurer la liaison avec les partenaires afin d'effectuer le transfert, le cas échéant, vers d'autres services

Transfert vers la première ligne

S'il s'agit d'un transfert vers des services de première ligne, les professionnels doivent se référer au guide de transfert de la deuxième ligne vers la première ligne¹⁴ et suivre la procédure indiquée. Il y a alors :

- Prise de contact téléphonique avec l'omnipraticien
- Transfert vers l'équipe de santé mentale du CSSS (compléter la demande de services interétablissements (DSIE))
- Suivi et soutien : le médecin psychiatre agit comme soutien de l'omnipraticien pendant six mois tandis que les professionnels de deuxième ligne agissent comme soutien des professionnels de l'équipe de santé mentale pour une période de trois mois

* Pour une information plus détaillée, le lecteur peut se référer au Guide d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de services individualisés.

Transfert interprogrammes

Dans le cas d'un transfert vers d'autres programmes, il faut compléter la demande interprogrammes et procéder au transfert si la demande est acceptée.

Troisième ligne

En ce qui a trait au transfert vers la troisième ligne, il faut compléter la demande de services et maintenir la liaison selon les modalités recommandées par le service de troisième ligne.

Synthèse des trois phases

Les tableaux suivants illustrent les trois phases du SSCA.

LES TROIS PHASES DU PROCESSUS DE SSCA

PHASE I ÉVALUATION DE LA CONDITION DE LA PERSONNE	
Étape 1 Étude du dossier	<ul style="list-style-type: none">• Étude des évaluations et interventions récentes• Identification des partenaires• Validation de la volonté de la personne utilisatrice d'impliquer sa famille et ses proches• Présentation de la situation clinique de la nouvelle référence à l'équipe interdisciplinaire
Étape 2 Entrevues d'évaluation de la personne utilisatrice de services	<ul style="list-style-type: none">• Demande de consentement pour le partage d'information avec les partenaires• Prise de mesures minimales et communes (symptômes et fonctionnement)• Prise de mesures spécifiques• Détermination des attentes de la personne utilisatrice de services en fonction de son projet de vie et de l'offre de services du programme• Entente avec la personne sur la contribution éventuelle de sa famille, ses proches et ses partenaires
Étape 3 Analyse et mise en commun des évaluations en équipe interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none">• Synthèse des problématiques et confirmation du diagnostic• Élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire initial
Étape 4 Élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire avec la personne utilisatrice de services	<ul style="list-style-type: none">• Rencontre de l'équipe traitante avec la personne utilisatrice de services pour la mise au point du plan d'intervention interdisciplinaire• Identification de l'intervenant pivot• Inscription de la date de la réévaluation dans le plan d'intervention interdisciplinaire• Transmission de l'information aux partenaires concernés

PHASE II
ACTUALISATION DU PLAN D'INTERVENTION

<p>Étape 1</p> <p>Réalisation des activités cliniques du plan d'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des liens avec la famille, les proches et les partenaires • Ajustement continu du diagnostic selon l'évolution de la situation clinique de la personne et des interventions de l'équipe traitante 		
<p>Étape 2</p> <p>Bilan en fonction des moments prédéterminés dans le plan d'intervention au moins une fois par année ou au besoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de mesures minimales et communes (symptômes et fonctionnement) • Prise de mesures spécifiques • Mesure de l'atteinte des objectifs de la personne utilisatrice de services en fonction de son projet de vie et de l'offre de services du programme 		
<p>Étape 3</p> <p>Suivi du bilan</p>	<p>Atteinte des critères de fin de service ?</p>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Passage à la phase III
		Évolution en cours avec atteinte partielle des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du plan d'intervention sans modification • Si l'évolution de la personne nécessite une modification du plan d'intervention : retour à l'étape 1 de la phase II
		Non	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'évolution de la personne nécessite une modification du plan d'intervention : retour à l'étape 1 de la phase II • Possibilité d'un transfert en troisième ligne ou d'un transfert interprogrammes

PHASE III
PRÉPARATION DU CONGÉ

<p>Identification des besoins de services médicaux et professionnels requis après l'épisode de soins</p>	Aucun besoin de services	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du rapport de fin de suivi au dossier • Envoi du rapport de fin de suivi au médecin référent (AH-216) avec l'accord de la personne utilisatrice de services
	Transfert	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation du transfert vers d'autres services à la personne utilisatrice de services (première ligne, autre programme ou troisième ligne) • Demande de consentement pour le partage de l'information (AH-216) • Identification des besoins d'accompagnement de la personne et réponse à ses besoins • Rédaction du ou des rapport(s) de fin de suivi • Liaison avec les partenaires afin d'effectuer le transfert

Indicateurs de fin de service

La réévaluation de l'orientation de la personne se fait lorsque les objectifs de traitement et de réadaptation sont atteints en lien avec la mission de soins et services spécialisés et surspécialisés.

Toute décision concernant l'orientation des personnes utilisatrices de services est basée sur une démarche d'évaluation clinique. Les indicateurs suivants sont pris en considération lors de l'évaluation de l'orientation de la clientèle vers la première ligne. Ils servent uniquement de repères à la décision et ne se substituent en aucun cas au jugement clinique¹⁵.

Quels sont les indicateurs de fin de service ?

- Aucune hospitalisation n'a eu lieu au cours des deux dernières années
- Le traitement médical a eu un effet jugé optimal
- Les symptômes se sont stabilisés
- La médication a été stable au cours de la dernière année
- La fréquence du suivi médical avec le psychiatre est biannuelle
- Le niveau de fonctionnement biopsychosocial est optimal, la personne ayant atteint le meilleur état possible en fonction de ses capacités et de ses incapacités
- Les acquis ont été maintenus
- Les objectifs de réadaptation ont été atteints
- Il y a un plafonnement de l'amélioration
- On observe une faible intensité de suivi professionnel spécialisé
- L'intervention a été non spécifique ou non spécialisée
- Il y a stabilisation dans le milieu de vie

Rôles et responsabilités

Cette section identifie les équipes interdisciplinaires appelées à intervenir dans le processus de suivi systématique de la clientèle ambulatoire. On y présente aussi deux postes clés de ces équipes : l'intervenant pivot et le coordonnateur clinique du processus. La section se termine par le rôle et les responsabilités des personnes utilisatrices de services.

Équipes interdisciplinaires

Les équipes interdisciplinaires sont généralement composées des professionnels suivants : médecin psychiatre, infirmière, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, conseillers en orientation et éducateur, parmi lesquels sera identifié l'intervenant pivot. D'autres professionnels peuvent au besoin être invités à se joindre à l'équipe.

Intervenant pivot

L'intervenant pivot est désigné par l'équipe interdisciplinaire et choisi parmi ses membres¹⁶.

Il effectue certaines activités professionnelles auprès de la personne utilisatrice de services et coordonne les activités cliniques des autres intervenants auprès de celle-ci. Il est au fait des besoins de la personne, possède une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir et assume la responsabilité d'assurer une coordination des soins et services utilisés.

Les rôles et responsabilités de l'intervenant pivot sont présentés dans le tableau qui suit.

Il importe de souligner qu'au-delà des responsabilités présentées, l'intervenant pivot n'est pas imputable des plans d'intervention disciplinaire des professionnels ni de la qualité et de l'efficacité de leurs interventions. De plus, l'intervenant pivot n'a pas la responsabilité du bon fonctionnement de l'équipe. Cette responsabilité appartient à chacun de ses membres. Lorsque des problématiques de collaboration interprofessionnelle surviennent, il appartient à l'équipe, au chef d'équipe ou au gestionnaire de trouver des solutions.

Coordonnateur du suivi systématique

Afin de gérer le processus de suivi systématique de la clientèle ambulatoire, il est nécessaire d'en attribuer la responsabilité à un intervenant de l'équipe de travail.

Les rôles et responsabilités du coordonnateur du suivi systématique sont présentés dans le tableau qui suit.

**RÔLES ET RESPONSABILITÉS
DE L'INTERVENANT PIVOT ET DU COORDONNATEUR CLINIQUE EN LIEN AVEC LE SSCA**

	INTERVENANT PIVOT	COORDONNATEUR CLINIQUE
Rôle	<p>Professionnel de l'équipe traitante qui intervient sur le plan clinique auprès de la personne utilisatrice de services.</p> <p>Il développe et maintient un lien direct et soutenu avec elle pour l'évaluer, l'accompagner, la soutenir, la représenter et la traiter en lien avec sa famille, ses proches et son représentant légal, s'il y a lieu.</p>	<p>Professionnel clinique de l'équipe traitante qui intervient sur le plan clinico-administratif et qui veille à l'efficacité et à l'efficience de la gestion de l'épisode de soins.</p>
Personne de référence...	<p>... auprès des personnes utilisatrices de services, leur famille, leurs proches et leur représentant légal, s'il y a lieu.</p>	<p>... pour gérer les processus de soins et services d'un groupe de personnes utilisatrices de services, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire à l'intérieur du processus du SSCA.</p>
Type d'intervention	<p>Individuel, centré sur la personne utilisatrice de services accompagnée ou non de ses proches.</p>	<p>De groupe, centré sur plusieurs personnes utilisatrices de services et sur les équipes traitantes.</p>
Responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Posséder une vue d'ensemble des évaluations cliniques, des besoins de la personne utilisatrice de services et de ceux de sa famille et proches • Assurer la participation de la personne aux décisions la concernant (ou déléguer cet aspect à un membre de l'équipe élargie) • Demeurer facilement accessible pour la personne, tout en représentant la stabilité • Communiquer à l'équipe traitante toute information utile à une meilleure compréhension de la situation de la personne et à la mise en place d'un plan de traitement approprié • Recevoir toutes les informations pertinentes concernant la personne et en assurer une gestion appropriée • S'assurer de la mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII), de son élaboration, son application et sa révision • Rédiger le formulaire PII et animer des rencontres (ou déléguer ces tâches à un membre de l'équipe élargie) • Préparer et convoquer les discussions en équipe interdisciplinaire, lorsque requis 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier et animer (ou coanimer) les rencontres cliniques • Assurer la planification, la continuité et la coordination des soins et services tout au long du suivi • Favoriser la liaison et la communication (via l'intervenant pivot ou autre) avec les partenaires et proches tout au long du suivi • Planifier avec l'équipe la durée de suivi requise • S'assurer que l'équipe désigne l'intervenant pivot (sur la base de sa connaissance des besoins de la personne ou à partir de l'impression clinique) • Coordonner, de concert avec l'intervenant pivot, la réalisation et la révision du PII • Favoriser la prise de décision partagée entre les membres de l'équipe et la personne • Participer à l'élaboration des activités d'amélioration de la qualité • Coordonner la préparation du congé • Participer aux activités d'évaluation et de révision de la démarche de suivi systématique et aux outils

	INTERVENANT PIVOT	COORDONNATEUR CLINIQUE
Responsabilités (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la mise en place d'un plan de services (si indiqué), de son élaboration, sa coordination et sa révision • Partager avec les membres de l'équipe élargie toute difficulté reliée à l'élaboration ou à la réalisation du PII 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à identifier des moyens pour corriger les obstacles à la réalisation du suivi systématique

Personne utilisatrice de services et prise de décision partagée

La personne utilisatrice de services doit s'engager dans sa démarche de rétablissement. Tout au long du processus de suivi, elle est appelée à prendre les décisions qui la concernent. Avec l'accompagnement des intervenants, elle gère les différentes étapes de son propre suivi vers son rétablissement, sa réintégration sociale et un retour à une vie citoyenne satisfaisante.

Responsabilités de la personne utilisatrice de services

Dans cette prise de décision partagée avec son équipe traitante, les responsabilités de la personne utilisatrice de services consistent à :

- Participer de façon active aux rencontres la touchant
- Inviter sa famille et ses proches aux rencontres, s'il y a lieu
- S'informer sur sa situation, son dossier médical, les pronostics de rétablissement, etc.
- Contribuer à la planification et à la mise en place des conditions de réalisation de son suivi
- Réaliser les activités prévues au plan d'intervention
- Référer à son intervenant pivot en cas de besoin
- Évaluer l'atteinte de ses résultats avec son intervenant pivot et/ou avec l'équipe interdisciplinaire
- Participer activement à la fin de l'épisode de soins et services ambulatoires
- S'il y a lieu, participer activement à son transfert vers une équipe de première ligne ou vers un autre programme de l'Hôpital le moment venu

Responsabilités des intervenants

De leur côté, les intervenants ont la responsabilité de réellement intégrer la personne utilisatrice de services dans le processus de décision qui la concerne, faisant d'elle un patient partenaire¹⁷.

Pour être en mesure de jouer ce rôle de « partenaire de soins », la personne utilisatrice de services doit être invitée aux rencontres où les décisions qui la concernent sont prises. En outre, les intervenants ont la responsabilité de bien l'informer des alternatives de traitement et de faire en sorte qu'elle puisse faire des choix éclairés quant à ses objectifs de rétablissement. Les responsabilités de l'équipe consistent donc à :

- S'assurer de la participation de la personne utilisatrice de services dans la prise de décision qui la concerne
- Bien informer la personne utilisatrice de services de la compréhension que l'équipe a de sa situation
- Fournir l'information nécessaire pour que la personne utilisatrice de services fasse des choix éclairés
- Offrir une disponibilité pour répondre aux interrogations ou préoccupations de la personne utilisatrice de services

Lexique et acronymes

Coordination de l'épisode de soins et services (CESS)

« Dans les unités de traitement intensif, le modèle de coordination de l'épisode de soins et services basé sur le suivi systémique de la clientèle est à la fois une approche clinique et administrative qui intègre les principes de gestion au processus clinique dans le but de dispenser des soins et services de qualité au moment opportun. »¹⁸

« La démarche consiste essentiellement à faire une planification chronologique du processus de traitement/soins et des résultats cliniques escomptés et cela, en tenant compte des paramètres de durée de suivi et de l'état clinique. »¹⁹

La coordination de l'épisode de soins et services se déroule en trois phases : évaluation et gestion de la crise, stabilisation et intégration sociale.

Clientèle ambulatoire

Personnes présentant des problèmes de santé mentale, ayant ou non vécu une hospitalisation en santé mentale, qui (d'après l'étymologie *ambulatorius* ou *ambulare*) se déplacent, changent de lieu, marchent, avancent. Cette clientèle non hospitalisée se dirige vers son rétablissement, son intégration ou sa réintégration sociale, vers la conquête ou la reconquête de sa pleine citoyenneté.

Coordonnateur clinique

Professionnel clinique responsable de gérer les processus de soins et services d'un groupe de personnes utilisatrices de services en collaboration avec l'équipe de travail interdisciplinaire. Il veille à l'efficacité et à l'efficience de la gestion de l'épisode de soins.

Les rôles et responsabilités du coordonnateur clinique sont définis à la page 24.

Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

Demande de services interétablissements (DSIE)

Durée moyenne de séjour (DMS)

Équipes interdisciplinaires

Équipes généralement composées des professionnels suivants : médecin psychiatre, infirmière, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, physiothérapeute, éducateur et autres professionnels invités à se joindre aux équipes au besoin.

Indicateurs de fin de service

Indicateurs pris en considération lors de l'évaluation de l'orientation de la clientèle vers la première ligne. Ils servent uniquement de repères à la décision et ne se substituent en aucun cas au jugement clinique.

Les indicateurs de fin de service sont présentés à la page 22.

Intervenant pivot

Personne de référence pour le SSCA auprès des personnes utilisatrices de services, leur famille, leurs proches et leur représentant légal, s'il y a lieu. Il effectue lui-même certaines activités professionnelles auprès de la personne et coordonne les activités cliniques des autres intervenants auprès de celle-ci.

Les rôles et responsabilités de l'intervenant pivot sont définis à la page 24.

Personne utilisatrice de services

Personne qui utilise les services de l'Hôpital. Elle doit s'engager dans sa démarche de rétablissement et est appelée à prendre les décisions qui la concernent.

Les responsabilités de la personne utilisatrice de services sont définies à la page 25.

Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens (PASM)

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

« [...] résultat d'une démarche structurée par laquelle les membres de l'équipe, avec la participation de la personne et, généralement, de ses proches, se concertent afin de planifier et de coordonner les interventions mises en priorité et d'en assurer le suivi ainsi que l'évaluation des résultats. »²⁰

Plan de services individualisés (PSI)

Le PSI réunit autour de la personne utilisatrice de services une équipe de plusieurs établissements, contrairement au PII qui comprend une équipe d'un seul établissement²¹.

Voir la définition du PII pour plus de détails.

Suivi systématique de clientèle (SSC)

Suivi systématique de la clientèle ambulatoire (SSCA)

Références

1. Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2009). *Plan stratégique 2009-2012*.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec.
3. NADON, M. et THIBAUT, C. (1993). *Suivi systématique de clientèles. Expériences d'infirmières et recension des écrits*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
4. VILLENEUVE, L. (1996). *Le suivi systématique de clientèles, une solution infirmière*. Québec : Direction de la planification et du développement professionnel. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
5. TROWBRIDGE, R. et WEINGARTEN, S. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment for nurses*. Washington D.C.: The National Academies Press.
6. PEARSON, S.D., GOULART-FISHER, D. et LEE, T.H. (1995). *Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential*. *Annals of Internal Medicine*, 123, p. 943-948.
7. Department of Health, UK. (2000). *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform*. London: Secretary of State for Health.
8. Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Ottawa.
9. NADON, M. et THIBEAULT, C. (1993). *Ibid.*
10. Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2011). *Principes directeurs du suivi systématique de clientèles en ambulatoire (SSCA)*. Sans nom d'auteur, classé SSCA 2011-05-27, p. 2. Document interne de l'Hôpital.
11. *Ibid.*
12. RICARD, N. et collaborateurs. (2007). *Rapport scientifique au FRSQ: « Évaluation multicentrique de l'implantation d'un modèle de coordination de soins et services en milieu institutionnel basé sur le suivi systématique de clientèles présentant des troubles graves de santé mentale*. Montréal : Université de Montréal.
13. FORTIER, L., LEGRIS, L., et NÉRON, A. (2012). *Guide d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de services individualisés*. Document interne de l'Hôpital.
14. CARRIÈRE, S. *Transfert de la clientèle de la deuxième ligne vers la première ligne, à l'état de projet. 1^{re} édition*. Document interne de l'Hôpital.
15. *Ibid.*
16. La description de la démarche pour désigner l'intervenant pivot ainsi que la définition de son rôle et de ses responsabilités est tirée du *Guide d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de services individualisés*. Document interne de l'Hôpital, p. 26-27.
17. DUMEZ, V. et KARAZIAN, P. (2011). *L'usager bras droit du médecin*. Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Bureau de l'expertise patient partenaire.
18. VILLENEUVE, L. (1996). *Ibid.* [et] NADON, M. et C. THIBAUT. (1993). *Ibid.*
19. Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2012). *Guide d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de services individualisés*. Document interne de l'Hôpital, p. 30.
20. *Ibid.*, p. 11.
21. *Ibid.*

Autres références

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2006). *Contour des soins et services cliniques par programme spécifiques: modèle et structure de gestion*. Document interne de l'Hôpital.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2005) *L'organisation des soins et services cliniques – Cadre de référence*. Document interne de l'Hôpital.





Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal