

# LE SUIVI SYSTÉMATIQUE DES CLIENTÈLES : POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Margot Phaneuf, inf., PhD.  
Révision, juin 2008

## INTRODUCTION

Dans nos sociétés développées, le monde de la santé est en changement. Ses structures, ses valeurs se modifient et il est difficile de ne pas s'emballer pour les technologies qui permettent de cerner la maladie et de mieux la combattre. Mais il ne faut pas oublier que si l'accès à ces merveilles semble de plus en plus possible pour un grand nombre, ces progrès si extraordinaires soient-ils, ne font pas tout. Bien souvent, la logique de production qui sous-tend nos systèmes de soins prend le dessus et néglige la personne, laissant bien loin ses inquiétudes et sa souffrance.

Mais ce n'est pas le seul problème. La demande accrue de services de santé générée par l'évolution de la société et par son vieillissement, provoque une congestion du système qui mine son efficacité et oblige à repenser son organisation. Autre aspect important, une préoccupation assez récente pour l'amélioration de la qualité des soins pose certaines exigences et met en évidence de nombreuses lacunes organisationnelles. Et tout cela, dans un contexte d'explosion technologique et de resserrement des budgets de fonctionnement, ce qui a comme corollaire une déstabilisation de l'ensemble de notre système de soins faisant appel à des changements.

## PROBLÉMATIQUE

La problématique actuelle nous amène à considérer que :

- de manière assez large, les utilisateurs de soins se plaignent de leur déshumanisation et aussi hélas, de leur incohérence. Les familles expriment le manque de communication avec un personnel surchargé et changeant où les relations se font fréquemment à bâtons rompus. Trop souvent, l'absence du soutien attendu, la pauvreté des informations reçues et la difficulté d'obtenir les enseignements nécessaires à la poursuite du traitement, justifient ces commentaires.
- depuis des années nos établissements de santé, qu'ils soient de courte ou de longue durée, ou dispensent des soins en milieu communautaire, offrent de bons services, mais de manière isolée. Chacun pour soi, ils compilent leurs informations et mettent de l'avant leur mode de fonctionnement. Tant et si bien que le malade qui, dans une même région, change de service ou d'établissement est souvent, à son arrivée, traité comme un

inconnu. Tant et si bien, que de part et d'autre, au plan organisationnel, on réinvente toujours la roue, au lieu de tirer parti des expériences fructueuses des autres établissements. En outre, les services d'un même milieu hospitalier fonctionnent de manière indépendante, souvent avec un certain cloisonnement. La dernière réforme ministérielle tend à atténuer cet effet d'éclatement des soins, mais il reste encore du pain sur la planche!

- dans nos établissements nous sommes préoccupés du coût de la journée d'hospitalisation et c'est normal, mais il se révèle aussi nécessaire de considérer, au moins pour certaines clientèles, le coût total d'un épisode de soins. Il nous faut donc nous tourner vers d'autres solutions qui tout en valorisant le progrès, tiennent mieux compte de la personne malade et de son cheminement à travers le système de santé. Alors se posent des interrogations sur la pertinence et la multiplicité des services utilisés, sur la plus-value de la qualité des soins et sur le grand problème de leur accessibilité. Mais il nous faut aussi réfléchir au coût de la « non-qualité », de même qu'à celui des complications et des réadmissions des malades qu'elle peut supposer. Ces facteurs sont difficilement chiffrables et ne sont pas suffisamment pris en compte. Comme dans toute économie moderne, l'économie de la santé ne peut pas se dispenser d'une préoccupation coût-bénéfice : coût en fonction de la clientèle touchée et bénéfice pour la santé des utilisateurs.

Aussi se révèle-t-il de plus en plus nécessaire que, dans un contexte d'amélioration de la qualité et de rationalisation de l'utilisation des ressources, les soins prennent des orientations plus fonctionnelles. Il devient alors essentiel de mieux coordonner l'utilisation des services offerts à l'intérieur d'un même épisode de soins et ce qui va encore plus loin, de nous préoccuper de leur disponibilité, de leur qualité de leur efficacité et de leur efficience, en amont comme en aval de l'hospitalisation.

Mais ces impératifs doivent d'abord tenir compte de la personne malade, de ses besoins de traitement, de même que de ses besoins au cours du traitement. Très souvent, les hospitalisations sont prolongées parce que les consultations demandées ou les traitements prescrits ne sont pas rapidement disponibles. Il arrive aussi que, par manque d'information, s'imposent des duplications de tests, d'examen et de traitements. Alors, pourquoi infliger cela au malade et pourquoi allonger indûment son hospitalisation parce que les ressources nécessaires n'ont pas été prévues?

Ces questions se posent dans de nombreux pays occidentaux où des changements démographiques et administratifs orientent les décideurs du monde de la santé à s'interroger sur des moyens pouvant, à la fois, augmenter la qualité des soins et limiter la croissance exponentielle de

### **Le suivi systématique des clientèles : définition**

**C'est une approche qui vise la continuité des services et la qualité des résultats cliniques chez des clientèles spécifiques, dans un contexte de gestion efficace, efficiente et humaine des ressources.**

leur coût ou du moins, créer un meilleur équilibre coût/nombre de personnes soignées. Le vieillissement des populations, l'accroissement des besoins socio sanitaires et la progression des idées touchant la qualité et l'évaluation du rendement des établissements, posent aussi de nouveaux défis.

## **NÉCESSITÉ DE TROUVER DES SOLUTIONS**

Il fallait donc trouver des solutions alliant qualité, rendement, humanisation et économies, du moins offrant la possibilité d'augmenter le nombre de personnes traitées, mais avec les mêmes budgets. Des études très larges ont été conduites dans différents pays pour tenter de trouver un système qui permet de rencontrer ces exigences. Comme on pouvait s'y attendre, ces recherches mettaient en évidence le fait qu'une large portion du budget de soins d'un milieu hospitalier est dépensée par 3 à 5 % des malades qui présentent des pathologies lourdes, des complications et un allongement indu de leur traitement (Dominick Flarey et Suzanne Smith Blancett (1996). L'un des premiers impératifs était donc de chercher à rationaliser les soins de manière à optimiser les séjours hospitaliers et à diminuer leur longueur dans ces cas problématiques. Il s'agissait en somme de voir à offrir le bon service, au bon moment, au bon endroit, en utilisant les meilleures ressources disponibles et en les coordonnant de manière optimale.

Il était aussi nécessaire de penser à l'organisation du travail des infirmières et des infirmiers, car en raison de la complexification des soins, de leur bureaucratisation constante et de l'insuffisance des ressources, cette charge, selon Cohen et Cesta (1997), aurait beaucoup augmenté depuis les deux dernières décennies.

Mais il y avait plus. Pour nous, ces interrogations se doublaient d'une préoccupation professionnelle. Nous sommes maintenant à un stade d'évolution de notre profession qui nous porte à chercher à mieux prendre notre place dans ce monde compétitif et hiérarchisé, dominé par le médico-administratif. Partout, les infirmières sont de mieux en mieux formées et capables d'assumer des responsabilités plus importantes par rapport aux grandes orientations du système de santé.

La complexité grandissante de la distribution des soins répartis sur plusieurs paliers et services (services d'entrée, urgence, spécialités diverses, cliniques et antennes externes, santé communautaire, etc.), la multiplication des gestes techniques de pointe pose des limites. Celles-ci sont malheureusement concomitantes avec la volonté des gestionnaires de rationaliser le travail et d'en maximiser l'efficacité, ce qui se traduit hélas trop souvent par la fragmentation des soins, la restriction des ressources économiques et humaines et trop souvent, la déshumanisation qui s'ensuit. Le discours actuel parle de qualité globale, pourtant la réponse aux besoins individuels du malade se fait de plus en plus minimale.

## **UNE AVENUE PROMETTEUSE**

Pour obvier à ces difficultés, non seulement nombreuses, mais diverses quant à leur niveaux, à la variété des intervenants touchés et à la gravité de leurs répercussions sur les malades, un système de « suivi systématique » que d'aucuns appellent « itinéraires cliniques » ou « gestion d'épisode de soins » a vu le jour il y a déjà quelques décennies aux É.-U. L'efficacité et l'efficience qu'a démontrées cette organisation des soins en ont favorisé l'exportation et l'implantation au Québec et ailleurs dans le monde.

Ce système peut se définir comme **une approche qui vise la continuité des services et la qualité des résultats cliniques chez des clientèles spécifiques, dans un contexte de gestion efficace et efficiente des ressources** (OIIQ, Montréal, 1999). Selon la régie régionale, le suivi systématique de clientèles « est un système comprenant un ensemble d'outils et de stratégies de coordination pour des groupes de clientèles spécifiques. Son objectif ultime est d'assurer une continuité optimale des soins et services en n'utilisant que les ressources requises. Ce modèle intègre, dans une même approche, les objectifs, les résultats et les interventions relatifs à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie, à la guérison et aux soins pour une population donnée.

Il permet également d'établir les assises pour rendre opérationnels les processus d'amélioration continue de la qualité. Basée sur un consensus pluridisciplinaire, la standardisation des résultats et des interventions cliniques permet de s'assurer que les **bonnes choses sont faites au bon moment, au bon endroit et par les bonnes personnes**. En somme, il donne les moyens au personnel soignant de suivre l'activité clinique sur le continuum et à la clientèle, de reprendre en main son état de santé et de participer activement à l'atteinte d'objectifs cliniques appropriés à sa condition. »<sup>1</sup>

## LES BASES DE SON FONCTIONNEMENT

Pour être fonctionnel, ce système doit reposer sur :

- une bonne connaissance des besoins de la clientèle visée par le programme mis en place au regard des traitements et des soins requis pour cette pathologie ou par ce groupe d'âge (malades psychiatriques, prothèse de hanche ou du genou, hystérectomie, mastectomie, problèmes cardiaques ou pulmonaires, personnes âgées, etc.;
- une projection approximative de la durée du séjour en fonction de la pathologie identifiée et de l'état du malade. Ces durées seront variablement estimées selon qu'il s'agit d'une pathologie aiguë ou chronique;
- une planification chronologique méticuleuse (journalière, hebdomadaire, mensuelle, annuelle, selon le type de programme) du processus de traitement et des soins divers. Par exemple, le modèle du suivi systématique appliqué à la communauté depuis 1997 à la Clinique Notre-Dame-des-Victoires à Québec. Il s'adresse aux jeunes psychotiques

---

<sup>1</sup>. Régie régionale, 2003 : [http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/projets\\_locaux.htm](http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/projets_locaux.htm)

manifestant les premiers symptômes de maladie et offre une durée de 20 à 30 mois;

- une détermination :
  - o des résultats cliniques escomptés pour les diverses étapes du plan de traitement et pour le traitement dans son ensemble, en fonction d'un temps déterminé;
  - o des objectifs clairement définis pour chaque groupe de professionnels (médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et consultants prévus (cardiologue, gastroentérologue, neurologue, chirurgien, pneumologue, etc.);
- une évaluation de l'atteinte des résultats tout au long du continuum de soins, si possible de la pré hospitalisation à la post hospitalisation, selon le type de programme. (L. Villeneuve, OIIQ, Montréal, 1999, p.11) ;
- la mise en place d'un processus de délégation de fonctions à divers intervenants, par exemple à des infirmières comme gestionnaire de programme. Des soins sont aussi déferés à d'autres établissements, par exemple, à des intervenants communautaires, de manière à créer un réseau fonctionnel et véritablement intégré de soins. Ainsi, dans le projet de soins psychiatriques dans la communauté de l'Hôpital Général de Montréal, le ratio infirmière/malades est de 1 :15. Lorsque les malades sont devenus plus autonomes et les soins sont moins exigeants, ils peuvent être transférés à un CLSC, où le ratio peut être d'environ 1 : 50

## Deux modes d'application

- ❖ L'un très vaste, incluant les services « pré », « intra » et post hospitaliers, répartis sur plus d'un établissement.
- ❖ L'autre plus limité qui ne s'applique qu'à l'intérieur d'un établissement pour coordonner les services intra et même extrahospitaliers du centre impliqué dans l'épisode de soins d'un malade.



Le suivi systématique est une innovation majeure dans notre monde de la santé et dans notre milieu infirmier. Il replace la préoccupation pour le malade au coeur des soins et propose d'y articuler tous les services. Ces mots peuvent nous sembler familiers, mais leur application l'est beaucoup moins. Et, c'est précisément cet intérêt qui fait le succès de ce système. Maintenant implanté ici avec bonheur dans de nombreux milieux,

il peut être appliqué de manière large en coordonnant un ensemble d'établissements ou à une échelle plus restreinte, en impliquant plusieurs services intra et extrahospitaliers d'un même milieu.

C'est donc dire que cette approche peut comporter deux modes principaux d'application :

- l'un très vaste incluant les services « pré », « intra » et « post » hospitaliers, répartis sur plus d'un établissement.

- l'autre plus limité, qui s'applique à l'intérieur d'un établissement pour coordonner les services intra et même extrahospitaliers du centre impliqué dans l'épisode de soins d'un malade.

- Mais quel que soit le choix, le suivi systématique comporte deux volets principaux :

**Deux modes d'application**

- L'un, plus administratif qui vise la coordination des services et la circulation de l'information entre les diverses structures de soins par lesquelles passe le malade.
- L'autre, de nature clinique qui vise l'efficacité de la planification et la qualité des soins dispensés par les différents professionnels. Il repose, comme outil principal, sur des plans de cheminement clinique transdisciplinaires.



- l'un, plus administratif. qui vise la coordination des services et la circulation de l'information entre les diverses structures de soins par lesquelles passe le malade.

- l'autre, de nature clinique, qui vise l'efficacité de la planification et la qualité des soins dispensés par les différents professionnels. Il repose, comme outil principal, sur des plans de cheminement cliniques transdisciplinaires.

**BESOINS DES MALADES ET FONCTIONS INFIRMIÈRES DANS UN CONTINUUM DE SUIVI SYSTÉMATIQUE**

<b>Communauté et soins pré hospitaliers</b>	<b>Soins intra hospitaliers</b>	<b>Soins post hospitaliers : convalescence / communauté</b>
Enseignement Surveillance Dépistage	Soins aigus Enseignement Dépistage	Convalescence Surveillance Dépistage
Promotion et maintien de la santé, prévention de la maladie	Rétablissement de la santé	Rétablissement et maintien de la santé Prévention Enseignement

Adapté de K.Bowe (1995) Case Management Designed for the Care Continuum, dans K. Zander, (1995)

## DES DÉFIS NOUVEAUX

### Nouveaux défis pour l'infirmière

- ❖ La gestion par épisode de soins : gestion plus précise, mieux ciblée.
- ❖ Le travail dans la communauté : son rôle prend un autre visage, son travail devient moins structuré, plus insécurisant.
- ❖ L'organisation systémique des soins qui exige une approche pluridisciplinaire, une communication efficace et une collaboration continue.



Ce mode d'organisation des soins nous place, comme infirmières, devant de grands défis. Traditionnellement, la recherche d'efficience et d'efficacité dans notre domaine se cristallisait autour de modes plus globaux d'organisation des soins, mais à l'échelle d'un milieu hospitalier. Mais maintenant, avec cette approche du suivi systématique, nous nous occupons de la gestion des épisodes de soins, par types de clientèles. Ainsi, dans un milieu

hospitalier, on s'intéresse par exemple, à regrouper les cas d'infarctus ou de fracture de la hanche afin de leur offrir des soins plus systématisés et plus structurés et en même temps, un meilleur service.

Mais il faut préciser que tout en cherchant à systématiser les réponses à des besoins qui peuvent paraître semblables, le suivi systématique n'est pas une standardisation des soins, une approche de nature tayloriste, mais bien une façon de faire qui tient compte des réactions et des besoins particuliers du malade, de même que de l'importance de la communication avec la famille.

Cette tendance nous conduit à élargir nos préoccupations professionnelles à des facteurs systémiques, lesquels nous amènent à voir les soins dans une perspective beaucoup plus étendue de coordination, de qualité des services, s'ouvrant même sur une approche transdisciplinaire intégrée. C'est en somme une approche systémique dont le malade et sa famille deviennent des protagonistes importants et où tous les acteurs sont mis en relation dynamique. On peut y voir un lien avec la théorie des systèmes, la théorie

### Les soins infirmiers évoluent et nous ouvrent de nouvelles perspectives. Ces changements sont dus :

- ❖ au vieillissement de la population,
- ❖ à l'évolution de la société et de ses valeurs,
- ❖ à la complexification des soins,
- ❖ à l'obligation de créer un meilleur rapport coût-bénéfice,
- ❖ à la nécessaire ouverture vers la communauté.

cybernétique et les théories de la communication où les relations et les rétroactions entre les intervenants deviennent évidentes et fonctionnelles pour créer un réseau intégré de participants.

Mais dans certains cas, le système de suivi systématique des clientèles met aussi l'infirmière en contact avec la communauté pour recueillir des informations ou donner des soins préparatoires à l'hospitalisation. Il peut aussi l'amener à prévoir et à organiser le retour du malade dans la famille et même à le soutenir dans sa convalescence et dans la responsabilité de la poursuite de son traitement. Ceci implique la rencontre d'univers différents où son rôle prend un autre visage, où elle devient un maillon important dans une chaîne des services, c'est-à-dire un personnage pivot qui fait la liaison entre les intervenants, ce qui confère aux soins infirmiers une portée sociale beaucoup plus grande. (Lorraine Fournier dans Olive Goulet et Clémence Dallaire, 1999, p. 27).

Ainsi, le succès de ce système repose en grande partie sur la collaboration interdisciplinaire et même dans certains cas, sur les liens inter établissements qui sont essentiels pour relier tous les partenaires importants du réseau et assurer la continuité des soins. Il dépasse les frontières habituelles que sont les murs des services et des milieux hospitaliers.

Il s'agit donc d'une prise en charge de la personne soignée dans sa globalité, non pas seulement au niveau du discours comme on l'observe trop souvent, alors que les soins se fragmentent en plusieurs prises en charge partielles, par spécialité et par type de soins. Le suivi systématique constitue plutôt une organisation intégrée, un réseau de personnes et de services qui unissent leurs efforts en vue d'un meilleur résultat. Il incorpore de plus une préoccupation clinique pour la qualité des soins, pour la recherche de valeurs plus humaines en même temps qu'un souci d'équilibre économique, dans un design plus fonctionnel.

## **MODIFICATION DE LA PERCEPTION DES RÔLES**

Il faut aussi dire que ce mode de prestation des soins apporte de grandes différences dans la perception des personnes impliquées quant au rôle d'un service, d'un consultant ou d'une infirmière. Nos repères habituels sont perturbés d'abord par le fait que la prise en charge se fait par une équipe et ensuite parce qu'une infirmière peut en assumer la coordination. Ce rôle ne leur confère aucune autorité sur les autres professionnels, membres de l'équipe, puisqu'il demeure de nature transversale. C'en est un de communication, de collaboration et de concertation dans un groupe qui poursuit les mêmes objectifs.

Dans un système de suivi systématique, l'efficacité de la personne gestionnaire est primordiale. Elle trouve là l'application de toutes les grandes fonctions infirmières que Dallaire décrit comme étant :

- la prestation de soins d'entretien de la vie s'adressant à la personne dans sa totalité;
- l'éducation du malade et des populations fragilisées;



- la collaboration avec le médecin pour l'application du traitement;
- la coordination des soins et des équipes assurant le suivi des services professionnels au cours d'un épisode de soins;
- la supervision de la réponse aux besoins de la personne, de l'exécution et de la qualité des soins prodigués. (Dallaire, 1999, p.35).

Ces fonctions sont donc aussi larges que diversifiées et touchent les grands paradigmes de notre profession à savoir :

- la personne, son fonctionnement optimal et son bien-être;
- l'environnement en relation avec les événements et situations déterminantes pour la santé;
- la santé, les facteurs d'influence, les modalités et modes d'adaptation;
- les soins techniques, éducatifs et relationnels.

Dans cet ensemble le rôle d'éducation devient cependant prédominant. Le système complexe dans lequel le malade doit évoluer, les durées de séjour écourtées, l'auto-prise en charge de sa santé et de son traitement en phase post hospitalisation qui lui est de plus en plus dévolue, demande en effet qu'il soit guidé dans ce cheminement parfois difficile. D'autant que des chercheurs ont démontré la valeur de la tendance à l'autogestion du traitement, c'est-à-dire à l'autonomisation ou « empowerment » de la personne que sous-tend une relation de partenariat plutôt qu'une approche de passivité.

Dans ce contexte la personne est appelée à faire des choix, à donner son opinion, à exercer un contrôle sur sa vie et sa santé et l'une des conditions essentielles, est qu'elle possède toute l'information nécessaire (Lise Talbot, janvier 2001, p. 17-27). À l'instar de Trofiro (1995, p. 31), il nous faut constater que « Les infirmières sont exceptionnellement bien préparées pour jouer ce rôle de spécialistes en information dans le domaine de la santé. »

## **LES PRINCIPAUX PROGRAMMES**

Plusieurs programmes de suivi systématique ont déjà été mis sur pied dans divers services :

- en cardiologie : infarctus aigu du myocarde, angine, insuffisance cardiaque, etc. ;
- en pneumologie : maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), pneumonie, trachéotomie, etc.;

- en chirurgie : prothèse totale de la hanche, du genou, résection intestinale, mastectomie, etc.;
- en santé mentale : maladies bipolaires, troubles sévères et persistants, etc.;
- en périnatalité, etc.

**EXEMPLE DE PLAN SYNTHÈSE POUR LE 2<sup>e</sup> DES 8 JOURS PRÉVUS AU CHEMINEMENT CLINIQUE D'UNE PERSONNE EN CHIRURGIE.**

<b>Diagnostic :</b> chirurgie : colostomie 148/149							GHM :
<b>Durée de séjour prévue :</b> 8 jours							
Consultations	Tests et examens	Activités	Interventions prescrites	Médication	Nutrition	Relation avec le malade	Signature
Cardio. Oncologie	Électrolytes  Formule sanguine complète  EEG	Surveillance des paramètres vitaux  Lever au fauteuil  Exercices resp.  tourner aux 4h.	I.V.*  Succion nasogastrique.  Sonde vésicale	Analgésiques*  Antibiotiques*	Rien par la bouche	Écoute et support psychologique	S.J.

\* Voir feuille d'ordonnance

Adapté de Elaine L. Cohen et Toni G. Cesta, 1997.

**REPÈRES FONDATEURS**

Ce système repose sur un plan de soin collectif élaboré par les divers professionnels impliqués, chacun pour leur domaine, appelé « plan de cheminement clinique » (ou critique). Ce plan est réparti de manière fonctionnelle sur chacun des jours (des semaines ou des étapes du programme selon le cas) de la durée de séjour pré-évaluée par les professionnels, à partir

des statistiques du milieu de soins et mis en forme par la personne coordonnatrice et l'équipe pluridisciplinaire qui en sont les responsables. Le tableau qui précède présente un exemple synthétique et très simplifié du plan de cheminement d'un malade dans ce système. On remarquera les différentes catégories qui le composent pour chacune des journées prévues au traitement. C'est cette organisation très systématique, où tout est prévu, sans perte de temps dans le cheminement du malade vers la sortie qui donne son nom à ce système. Mais soulignons que cette progression ne doit pas se faire au détriment du malade dont l'évolution serait non conforme aux prévisions du plan de cheminement clinique.

### **ASSISES DE CETTE APPROCHE POUR L'INFIRMIÈRE**

Dans cette approche soutenue par l'Association des Infirmières américaines (ANA) et l'Ordre des Infirmières du Québec (OIIQ), l'accent est mis sur la démarche de soins comme outil de planification en y ajoutant la dimension de la collaboration avec les autres professionnels<sup>2</sup>.

#### **PARALLÈLE POUR L'INFIRMIÈRE ENTRE DÉMARCHE DE SOINS ET DÉMARCHE DE SUIVI SYSTÉMATIQUE**

Recueil des données	Étape de contact et d'évaluation des besoins de la personne soignée, de sa famille et de son système de soutien.
Analyse et interprétation	Identification des difficultés et diagnostics infirmiers.
Planification	Planification multidisciplinaire du cheminement clinique. Établissement de liens avec les professionnels et les services concernés; création d'un maillage entre eux. Identification des ressources disponibles. Prestation et coordination des soins en vue d'assurer des résultats cliniques optimaux.
Évaluation	Monitoring de la prestation multidisciplinaire des soins et du suivi. Évaluation de la qualité des soins et de la fonctionnalité du système. Traitement des écarts à la planification.

Ce tableau correspond assez bien à la définition que donne, pour ce système, le Groupe Tactique National de travail sur la gestion systématique des clientèles, pour qui c'est « Un

<sup>2</sup>. De nos jours il faut surtout parler du plan thérapeutique infirmier.

processus collaboratif par lequel l'infirmière responsable recueille les données, planifie, applique, coordonne supervise et évalue les options et services qui rencontrent les besoins de santé des individus en utilisant la communication et les ressources disponibles pour promouvoir la qualité des soins dans un rapport coût-bénéfice équilibré. » (Catherine M. Mullahy, 1998 ; Flarey and Blancett, 1996).

Le suivi systématique établit un réseau complet et intégré de services destiné à un groupe prédéfini de bénéficiaires de soins. Ce mode de gestion transcende les hiérarchies et les responsabilités habituelles dans les services afin de fournir une matrice ou un plan thérapeutique intégrant, selon les besoins, les différents niveaux de professionnels et les différents services.

## **LES GRANDES VISÉES DU SYSTÈME**

Pour résumer et éclaircir les grandes visées de ce système disons qu'il tend à :

- harmoniser les soins et services en vue d'optimiser les résultats cliniques par la coordination efficace et efficiente des ressources cliniques appropriées;
- résoudre les problèmes d'utilisation non fonctionnelle des ressources et à faciliter l'accès aux services nécessaires;
- structurer une démarche interdisciplinaire de coordination des soins et services de qualité;
- tenir compte des besoins du malade et de la présence de ses proches.

## **LES PRINCIPALES RAISONS DE SON SUCCÈS**

Le succès de ce système de prestation des soins repose d'abord sur l'exploitation des habiletés développées par l'infirmière pour travailler avec les malades et répondre à leurs besoins.

La réussite de son implantation tient ensuite à :

- la dispensation des soins provenant des diverses disciplines impliquées avec l'enrichissement que cela laisse supposer pour le plan thérapeutique directeur du cheminement clinique;
- la planification de soins de qualité, dans un délai prévisible et dans un rapport coût-bénéfice contrôlable;
- l'assurance pour le malade et pour le clinicien d'un cheminement logique et pragmatique du malade à travers les dédales des différents services depuis son entrée (et même avant), jusqu'à son plan de sortie et dans certains cas, jusqu'au suivi à domicile;

- le maintien d'un haut degré de bien-être et de satisfaction du malade et de sa famille au cours de leurs contacts avec les différents services;
- le contrôle des coûts par l'évitement des détours inutiles dans le système de soins, des délais indus, de la duplication des actes professionnels et des interventions inutilement coûteuses;
- Une étude statistique sérieuse des écarts à la moyenne de séjour.

## **LES AVANTAGES**

Certains avantages touchent surtout la clientèle. Ce sont :

- l'amélioration de la coordination entre les professionnels, laquelle exerce un effet direct sur la diminution des délais d'attente et les démarches inutiles. La sortie des malades peut ainsi être mieux planifiée;
- la standardisation des processus administratifs et des activités de soins qui facilite l'information donnée au malade et à sa famille concernant le déroulement de l'épisode de soins. Ce qui entraîne une meilleure participation et une prise de décision plus éclairée de leur part;
- l'information qui leur permet d'évaluer la qualité des soins qui leur sont dispensés.

D'autres avantages concernent plutôt le personnel clinique et les établissements. Ce sont :

- l'amélioration de la qualité des soins qui est primordiale pour toute organisation de soins. Le suivi systématique offre les moyens et les outils pour concrétiser cette aspiration;
- la planification systématique de ce qui est à faire tout au long du processus et sa répartition logique au sein de l'équipe qui rend plus pragmatique la gestion du travail et du temps des professionnels;
- cette planification structurée dans des plans de cheminements cliniques » par les différents professionnels qui servent de base pour organiser le travail et planifier la main-d'oeuvre.

## **NOTION DE RÉSULTAT**

Ce système de suivi systématique repose essentiellement sur la notion de résultats; d'abord sur les résultats cliniques optimaux dont l'atteinte est observée chez le malade, ensuite sur l'efficacité des procédures administratives qui les permettent.

Il faut aussi dire que ces résultats sont atteints à travers :

- une communication efficace, une collaboration interdisciplinaire serrée, reposant sur une vision globale de la santé, non limitée au service spécialisé relié à la pathologie de la personne, ni à l'établissement de soins qui l'a prise en charge;
- l'adhésion des gestionnaires désireux de parvenir à un meilleur équilibre budget/nombre de personnes soignées, des médecins soucieux de résultats cliniques optimaux pour leurs patients et des directions de soins infirmiers qui ont la volonté de s'inscrire dans une optique structurée, plus efficace, plus humaine et plus facilement évaluable;
- la disponibilité des services essentiels de réadaptation et au besoin des services dans la communauté pour la poursuite du traitement.

## LES OBJECTIFS POURSUIVIS

- ❖ Maximiser la qualité des soins.
- ❖ Assurer la pertinence de chaque étape ou de chaque jour de soins.
- ❖ Diminuer les complications, les rechutes, réadmissions et visites à l'urgence.
- ❖ Assurer la continuité des soins.
- ❖ Créer un réseau de communications efficaces entre les divers intervenants.
- ❖ Préciser l'imputabilité des intervenants.



## LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs poursuivis par les établissements pour implanter ce système nous éclairent sur son fonctionnement. Leur définition et leur acceptation par tous les participants de l'équipe infirmière et pluridisciplinaire sont essentielles puisqu'ils servent non seulement à guider le processus de traitement, mais ils doivent ensuite servir de barème pour évaluer l'efficacité du système dans son ensemble. Ils forment en somme la matrice du plan d'action pour les services à une personne qui requiert des soins complexes et à sa famille. Les définitions qui suivent permettent de mieux comprendre ces objectifs.

### LES OBJECTIFS POURSUIVIS

(suite)

- ❖ Optimiser l'utilisation des ressources humaines et techniques.
- ❖ Augmenter la satisfaction du malade et de sa famille, du personnel infirmier et médical.
- ❖ Favoriser l'évolution professionnelle et améliorer la pratique interdisciplinaire.
- ❖ Appuyer la clinique sur la recherche.
- ❖ Assurer une meilleure rentabilité des coûts de la santé.



complexes et à sa famille. Les définitions qui suivent permettent de mieux comprendre ces objectifs.

### 1- Maximiser la qualité des soins

C'est de beaucoup l'objectif le plus important de ce système. Ce modèle de gestion à pris racine dans une volonté d'améliorer les services à la clientèle, bien que ce souci ait été couplé à un désir de rentabilisation des coûts de la santé pour le nombre de personnes soignées, c'est-à-dire, joint une volonté d'instaurer un meilleur rapport coût-bénéfice. Le terme qualité des soins, signifie bien sûr qualité du geste technique et de l'organisation dans laquelle il s'intègre, mais aussi qualité humaine



de l'accueil, du soutien et de la prise en compte des différents besoins de la personne soignée, tant au point de vue physique, psychologique, social que spirituel.

Un soin est un ensemble de gestes reposant sur des principes visant le mieux-être de la personne soignée. Pour être complet et véritablement efficace il n'atteint sa finalité que par la convergence de deux dimensions : celle visant le sujet, c'est-à-dire la personne soignée elle-même en tenant compte des ses attentes, de ses besoins, de ses inquiétudes, de ses ressentis et celle visant l'objet des soins, c'est-à-dire la maladie, la lésion, la douleur.

L'organisation du suivi systématique des clientèles crée des conditions optimales pour l'atteinte de ce niveau de qualité. Un séjour d'une durée optimale en fonction de la pathologie où tout a été soigneusement prévu, des soins articulés sur un plan de traitement soigneusement coordonné, une équipe à l'écoute des besoins du malade et une communication fonctionnelle avec la famille afin de préparer son retour à la santé, soutiennent la prétention des promoteurs de ce système, à l'amélioration de la qualité des soins.

## 2- Assurer la pertinence de chaque journée de traitement et diminuer la longueur des séjours hospitaliers

Cet objectif est nécessairement inhérent au concept de gestion systématique lui-même comme mécanisme d'établissement d'un meilleur équilibre de la durée des séjours et de la rentabilité des coûts. Pour réduire le temps d'hospitalisation ou de traitement dans un service, la personne soignée doit, selon son état, passer aussi rapidement que possible à travers ce système, sans détour

**Objectif : assurer la pertinence de chaque jour ou de chaque étape de l'épisode de soins**

**Bien planifier et bien coordonner les interventions de tous les professionnels afin de réduire, si possible, le temps de traitement et de maximiser son efficacité et ce, pour chaque jour ou chaque étape de l'évolution du problème et du traitement.**

**Margot Phaneuf inf., PhD.** Le suivi systématique des clientèles : pour des soins centrés sur la personne.

ni retards indus et cela, tout en recevant une qualité optimale de soins. Le facteur temps et la pertinence de la longueur des séjours sont ainsi des facteurs essentiels à cette organisation, mais non pas les seuls et de loin.

Il est donc de première importance de voir à l'utilisation judicieuse de chacune des journées d'hospitalisation ou de traitement. Pour ce faire, toutes les activités de soins, consultations à différents spécialistes, tests et examens, traitements divers, soins infirmiers doivent soigneusement être prévus et méthodiquement coordonnés pour chacune des journées escomptées du séjour.

Mais pour y arriver, il faut en quelque sorte procéder à un véritable « réingénierie » du système afin que les besoins reliés au cheminement de la personne à travers les services soient mis en parallèle avec la durée du séjour pour les mettre ensuite en équilibre avec l'efficacité soignante.

### 3- Diminuer les complications, les rechutes et les réadmissions

Une attention particulière aux besoins du malade et à ses réactions à la maladie et au traitement, une prestation plus efficace des soins dispensés au moment pertinent, des soins moins fragmentés, assumés par un personnel plus constant au cours de l'épisode d'hospitalisation ou de traitement, permettent de déceler à temps les difficultés du malade, d'y répondre rapidement et d'éviter ainsi les complications, les rechutes et les réadmissions.

#### Objectif : diminuer les complications et les réadmissions

Par une ouverture au malade qui permet le dialogue.

Par une attention particulière à ses besoins et à ses réactions.

Par une prestation de soins dispensés au bon moment, là où se trouve le malade et par la personne la plus apte pour le faire.

Par le travail d'un personnel plus constant, ce qui évite la fragmentation des soins.

Par une attention au malade qui permet de déceler à temps les difficultés et d'y répondre rapidement afin d'éviter une plus grande détérioration et des complications.

En général, dans notre système hospitalier qui se veut aussi efficace

que possible, les séjours doivent être courts, mais ils sont le plus souvent sans planification particulière concernant leur efficacité ou concernant la préparation du malade ou de sa famille pour le retour à la maison et pour la poursuite du traitement. Il est aussi notoire que certains malades, en raison de pathologies particulières, aiguës ou chroniques, doivent être réhospitalisés pour des complications, des rechutes ou encore, doivent faire de multiples visites à l'urgence. Ce phénomène se révèle coûteux et une organisation de suivi systématique peut le limiter dans une proportion fort intéressante.



Dans certains cas particuliers supposant des hospitalisations répétées, par exemple pour certaines maladies chroniques, pour les grossesses à risque, pour certains malades éprouvant des limites cognitives, pour des malades psychiatriques ou d'autres personnes dont le réseau de soutien est insuffisant, les soins sont planifiés sur un continuum qui tient compte de ces réalités.

Flarey et Blancett écrivaient déjà en 1996 qu'un hôpital qui applique la gestion systématique des soins peut réduire de manière significative la durée des hospitalisations. Au Québec, le rapport de la Direction générale de la planification et de l'évaluation du réseau MSSS (Ministère de la santé et des Services sociaux) fait état de gains réels, ce que soutient également l'O.I.I.Q., 1997).

Voici un exemple pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie à l'Hôpital Sainte-Croix du centre de la Mauricie pour l'année 2001 et 2002 et pour divers programmes (troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles anxieux, schizophrénie, maladie affective bipolaire en phase hypomaniaque, maladie affective bipolaire en phase dépressive, dépression majeure et troubles de personnalité *borderline*). Ainsi, si la durée moyenne de séjour : a été comparable aux années précédentes, le taux des réadmissions est passé à 10.8 % comparativement à 39.5 % pour les années antérieures<sup>3</sup>.

#### 4- Assurer la continuité des soins

La gestion systématique des clientèles vise, parmi ses objectifs prioritaires, à assurer la continuité des soins à travers les différents services et les divers paliers à l'intérieur d'un épisode de soins et entre le milieu hospitalier et, au besoin, le milieu externe. Comme ces équipes pluridisciplinaires sont très impliquées dans les soins, comme toutes les activités sont soigneusement coordonnées et tous les rôles bien déterminés, chacun sait précisément ce qu'il doit faire et quand le faire. Il n'y a ainsi aucune attente indue et aucun bris dans la continuité du processus. Ceci est très apprécié des malades qui se plaignent souvent de la multiplicité des intervenants qui

#### Objectif : assurer la continuité des soins

- ❖ Par une meilleure communication entre les intervenants et les diverses structures de soins, permettant ainsi d'éviter les duplications d'interventions
- ❖ Par la présence d'une équipe aussi stable que possible.
- ❖ Par la collaboration entre les différents services d'hospitalisation et les services complémentaires, (centres de santé, cliniques externes, services communautaires).

<sup>3</sup>. Hôpital Sainte-Croix Drummondville, Québec : [http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi\\_clienteles.htm](http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi_clienteles.htm)

s'occupent d'eux et qui non seulement sont de nouveaux visages, mais ne sont pas toujours bien au fait de leur état.

### **Objectif : assurer la continuité des soins**

#### **La présence soutenue d'une coordonnatrice est un facteur de stabilité.**

- ❖ Elle assure la communication entre les structures et les intervenants.
- ❖ Elle s'implique auprès du malade et de sa famille.
- ❖ Elle supervise l'application du plan directeur d'intervention.
- ❖ Elle procède au traitement des écarts et à l'analyse du fonctionnement et à la remise au point du plan d'intervention.

Il faut cependant préciser que cette stabilité tient beaucoup à la présence d'une infirmière coordonnatrice qui voit au bon déroulement de l'opération et assure la persistance du lien avec les autres intervenants, avec la personne soignée et avec sa famille. Par sa présence soutenue et sa communication, elle devient la figure centrale de ce système.

#### **5- Créer un réseau de communication entre les divers intervenants et les services.**

Que le système de suivi systématique s'applique en gestion de cas, à l'intra hospitalier seulement ou de manière plus large en incluant l'extra hospitalier, la même nécessité d'une circulation efficace de l'information concernant le malade s'impose. Que de fois un malade se présente dans un service et on ignore ce qui s'est passé avant dans l'histoire de sa maladie ou dans son histoire personnelle, limitant ainsi la connaissance de cette personne et l'exposant à des duplications de

collectes d'informations et même d'examen et de traitements. Dans un système de suivi systématique, l'accès aux informations se révèle essentiel au bon fonctionnement de l'organisation, ce qui permet d'intervenir précocement lors d'un problème et de faire le lien avec l'état fonctionnel et psychosocial antérieur de cette personne. Ainsi, le plan de cheminement clinique qui sert de base au système de suivi systématique, les rencontres de l'équipe pluridisciplinaire, les rapports et la communication assurée par la coordonnatrice, permettent de faire circuler ces informations importantes de manière efficace.

- ❖ Une communication efficace et plutôt égalitaire entre les intervenants et un partenariat de soins avec le malade et avec sa famille, sont des éléments centraux d'un système de suivi systématique.

## 6- Promouvoir l'imputabilité

La cohésion de l'équipe responsable du suivi systématique, les plans pluridisciplinaires soigneusement élaborés, les objectifs cliniques clairement établis, les rôles de chacun distribués de manière pragmatique permettent d'identifier clairement les responsabilités respectives et d'assurer que chaque intervenant les assume. De plus, comme le malade et la famille savent qui est responsable de quoi, ceci réduit pour eux la complexité du système et il est ainsi facile de savoir à qui s'adresser et de parler à la bonne personne. De plus, l'évaluation fréquente de l'atteinte des objectifs diminue les délais de correction en cas de problème et met chaque intervenant bien au fait de ce qui se passe, de ce qui est à faire ou à corriger, ce qui contribue aussi à clarifier les responsabilités et d'en assurer l'imputabilité.

## 7- Optimiser l'utilisation des ressources

### Objectif : optimiser l'utilisation des ressources

- ❖ Par l'efficacité de la planification reposant sur l'évaluation des résultats et sur la recherche,
- ❖ Par l'utilisation maximale des capacités de tous les intervenants,
- ❖ Par le dialogue et la collaboration efficace entre les services et les intervenants, ce qui permet de bien exploiter leur potentiel.
- ❖ Par la mise en commun des instruments de fonctionnement qu'ils élaborent.
- ❖ Par le recours aux données probantes mondialement connues.

Par l'efficacité de sa planification reposant sur la recherche, sur le recueil de données probantes et sur l'évaluation des résultats, le suivi systématique des clientèles contrôle et réduit l'utilisation des ressources et la porte au maximum de sa rentabilité. Tous les intervenants impliqués dans un traitement et toutes les technologies reliées aux diverses spécialités sont utilisés au

mieux de leurs possibilités. Un dialogue suivi et une meilleure collaboration entre les intervenants et les services impliqués favorisent également la participation de tous et l'exploitation maximale de leur potentiel. Il nous faut de plus considérer que :

- la fragmentation des soins occasionne trop souvent la duplication des collectes de données, des examens et des interventions, ce qui recèle d'énormes coûts cachés;
- la qualité *non optimisée* des soins entraîne aussi une augmentation appréciable des budgets alloués à la santé par l'utilisation des ressources coûteuses telles que les hospitalisations répétées qui pourraient être évitées, les visites à l'urgence, service habituellement réservé à une médecine de pointe;

- l'accroissement du recours aux ressources communautaires permet d'offrir des services plus près de la personne, dispensés au bon moment, donc possiblement plus efficaces et moins coûteux.

En somme, optimiser l'utilisation des ressources c'est assurer l'adéquation entre les besoins de la population et les services.

## Objectif : optimiser l'utilisation des ressources

### Dans une optique de collaboration

interdisciplinaire le suivi systématique permet :

- de favoriser la réflexion commune, la concertation;
- d'évaluer en équipe l'efficacité du travail et de l'améliorer;
- de favoriser la remise en question des outils d'intervention;
- d'enrichir les connaissances de chacun par les échanges, la recherche de données probantes et la fertilisation des idées.

## 8- Augmenter la satisfaction du malade et de sa famille, du personnel infirmier et médical

L'évolution positive de nombreux malades à l'intérieur d'un système de suivi systématique, une meilleure écoute des besoins du malade et de la famille, entraîne une augmentation significative de leur satisfaction à l'égard des soins reçus et du milieu hospitalier (Cohen et Cesta, 1997). Ils sont conscients que tout a été pensé et mis en branle pour assurer leur mieux-être, que leurs besoins spécifiques ont été entendus. Tout au long de l'épisode de soins, de l'arrivée dans le système, jusqu'au départ et à la planification du suivi ultérieur, chaque événement était prévu.

Il est évident que pour tous les intervenants impliqués dans ce système la progression du malade vers une amélioration de sa santé ou vers la guérison, lorsque la chose est possible, est pour eux un très grand facteur de satisfaction. Mais une communication plus harmonieuse et plus fonctionnelle entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, en est aussi un autre facteur.

Pour les infirmières, la participation à une organisation moins hiérarchisée où elles se sentent mieux respectées dans leurs compétences et mieux reconnues quant à leur participation, tant à la planification des plans de cheminement clinique, qu'à leur exécution constitue un facteur de satisfaction. Des relations professionnelles valorisantes accentuent également leur contentement face à ce système. Sans compter que très souvent c'est une infirmière qui assure la coordination de cette équipe pluridisciplinaire, ce qui est un rehaussement de son rôle.

L'exemple qui suit illustre bien la poursuite de plusieurs des objectifs précités.

*Madame A. St-Onge, 67 ans, est amenée à l'urgence de l'hôpital en ambulance. Depuis quelques heures, elle présente une douleur de plus en plus intense à la poitrine avec irradiation à la mâchoire.*

*Dès son arrivée, elle est conduite à la salle de triage où une infirmière évalue immédiatement son état de santé. Requirant une intervention urgente, madame St-Onge est dirigée dans la section des soins critiques de l'urgence et un médecin est avisé.*

*Le cheminement clinique spécifique à la clientèle qui présente une douleur rétrosternale décrit les gestes à poser. Les paramètres physiologiques de la patiente sont évalués, les examens diagnostiques spécifiques à cette condition sont complétés, un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde est établi par le médecin et le traitement approprié débute. L'infirmière désignée pour la prise en charge connaît les interventions à faire et les professionnels à contacter. Elle rassure madame St-Onge et lui explique sommairement les prochaines étapes.*

*La patiente est transférée à l'unité de soins où elle est attendue. Une infirmière avait déjà été informée de l'évolution de la patiente et de sa réponse au traitement. À l'unité, on dispose d'un cheminement clinique spécifique pour l'infarctus du myocarde. L'infirmière s'y réfère pour planifier ses interventions auprès de madame St-Onge et contacter les autres professionnels qui interviendront pendant l'épisode de soins. Une démarche est déjà initiée auprès du CLSC qui est informé de l'admission de la patiente au centre hospitalier et de la durée probable du séjour. La planification du congé se prépare à l'arrivée.*

*La famille de la patiente est rencontrée. L'infirmière explique les principales phases de l'épisode de soins de même que les résultats cliniques qui sont attendus à chaque jour. Un dépliant accompagne les explications. Les proches de madame St-Onge sont ainsi en mesure de comprendre l'évolution de sa condition de santé, de planifier son retour à la maison et de l'aider reprendre son autonomie.*

*Pendant toute la durée du séjour, les examens, les interventions, les activités d'enseignement et les consultations sont prévus de façon standardisée. Les écarts par rapport à ceux-ci, s'ils surviennent, seront relevés et analysés. Ainsi, madame St-Onge aura droit à des soins personnalisés, mais qui répondent aux plus hauts standards de qualité. Un gestionnaire d'épisode de soins est d'ailleurs mandaté pour supporter les professionnels dans l'utilisation des cheminements cliniques et pour procéder, au besoin, à l'analyse des écarts avec l'équipe multidisciplinaire.*

*À la fin de son séjour en milieu hospitalier, la très grande majorité des interventions et des résultats spécifiques à cette phase se sont déroulés comme prévu. Avisés de l'arrivée de madame St-Onge à son domicile, les professionnels du CLSC prennent la relève le jour même. Ainsi, les activités et les résultats cliniques attendus, inscrits dans le cheminement clinique à domicile demeurent en continuité avec celui de la phase hospitalière.*

*Dès la première visite, le plan d'interventions est discuté avec la dame et sa famille. L'horaire des visites est alors fixé, les rendez-vous sont pris et la famille est informée de la personne à contacter en cas d'urgence. Madame St-Onge s'inscrit également au programme de réadaptation cardiaque disponible dans sa région et auquel elle pourra participer dès que sa condition le lui permettra. Madame St-Onge peut ainsi poursuivre sa réadaptation dans le confort de son foyer tout en bénéficiant de services sécuritaires, appropriés à sa condition. Son médecin de famille, informé des interventions et des résultats contenus dans le cheminement clinique, pourra assurer un meilleur suivi de sa patiente »<sup>4</sup>.*

## **9- Favoriser l'évolution professionnelle**

La systématisation de la prestation des soins et traitements dans une optique de collaboration interdisciplinaire et de recherche de données probantes, augmente non seulement la qualité du suivi du malade, mais permet, par les échanges constants entre les professionnels de diverses disciplines, l'intégration de références nouvelles, suscite la réflexion, la concertation et l'amélioration continue des outils de cheminement clinique.

De plus, le traitement des écarts ou variances dans ce cheminement favorise le dialogue entre les intervenants afin de comprendre ce qui a pu compliquer la situation et l'empêcher d'entrer dans la matrice prévue pour le plan de traitement et la longueur du séjour. Cette recherche administrative et clinique favorise ainsi un niveau d'évolution professionnelle qui dépasse les rivalités et permet une véritable intégration des diverses disciplines.

### **Objectif : favoriser l'évolution professionnelle**

- ❖ La communication, la concertation et la collaboration caractéristiques du suivi systématique sont des avancées dans la démocratisation professionnelle et l'épanouissement personnel au sein d'une équipe soignante.
- ❖ Elles montrent l'évolution vers la maturité personnelle et professionnelle des divers intervenants.

## **10- Appuyer la clinique sur la recherche et une approche plus scientifique**

Le succès du suivi systématique des clientèles repose sur son évaluation et sa remise au point fréquente pour mieux répondre aux besoins des clientèles impliquées et assurer son efficacité

<sup>4</sup>. Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, Québec, 2003 « [http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi\\_clienteles.htm](http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi_clienteles.htm)



et son efficacité (Case Management Practice Guidelines, 1996). Cette évaluation est d'abord faite par la gestionnaire qui pour ce faire, s'appuie sur une méthodologie rigoureuse de recherche et d'utilisation de données probantes ou de « benchmarking » comme élément de comparaison.



### **Objectif : appuyer la clinique sur une approche plus scientifique**

Par une évaluation rigoureuse et une remise au point constante:

- **des différents plans d'intervention,**
- **du fonctionnement de l'équipe,**

Par une analyse des écarts et la mise en place: **de moyens de rémediation,**

Elle doit faire une analyse sérieuse des résultats obtenus et de la pertinence des plans de cheminement clinique, mais elle doit aussi évaluer à intervalles réguliers la satisfaction des clients, de leur famille et des professionnels impliqués. Les écarts ou éléments de variance doivent aussi être traités. Ils comportent une remise en question des objectifs non atteints,

des complications survenues et de l'allongement de la durée du traitement qui ont empêché le séjour d'entrer dans la matrice prévue. Ces évaluations et révisions donnent lieu à la possibilité d'autres recherches plus larges qui favorisent, elles aussi, l'évolution des soins infirmiers, la valorisation de l'expertise clinique, de la créativité et du leadership des infirmières.

## **11- Établir un meilleur rapport coûts/ services/ nombre de personnes soignées**

L'un des objectifs importants du suivi systématique des clientèles est d'optimiser les soins et d'établir un meilleur rapport coûts/services, tout en conservant un meilleur équilibre entre les dépenses et le nombre de personnes soignées. En réalité, cet élément est une conséquence majeure d'une gestion plus efficace des soins plus qu'un objectif en soi.

Des recherches systématiques faites sur le sujet dans plusieurs pays montrent clairement les possibilités d'économies. Le suivi systématique influence l'efficacité du système et par une utilisation plus judicieuse des ressources tant humaines que technologiques, il influence la durée de séjour et secondairement, le coût de l'hospitalisation et permet même certaines économies. Son couplage avec la rétribution par Groupes homogènes de malades (GHM) contribue à promouvoir un système de santé plus efficient. Le tableau qui suit présente un exemple d'un formulaire servant à l'analyse coût-bénéfice. Voici quelques autres chiffres faisant aussi état de certaines économies.

### EXEMPLE D'UN RAPPORT D'ANALYSE COÛT-BÉNÉFICES

Nom : XXX Âge : 2 ans  
Diagnostic médical : status asthmaticus  
Durée du suivi : 3 mois

Nombre d'hospitalisation  
au cours de l'année 1996 : 3  
Durée : 7 jours Coûts : 6 000 \$  
Nombre de visites médicales : 9 Coûts : 540 \$

Nombre d'hospitalisation  
au cours de l'année 1997 : 0  
Durée : Coûts : 0 \$  
Nombre de visites médicales : 2 Coûts : 120 \$  
Suivi systématique infirmier : 6 visites Coûts : 240 \$  
État actuel du malade : stable Coûts nets : 360 \$

Projection pour les frais évités : 6 060 \$

Adapté de Catherine, M. Mullahy, 1998

### JOURS ÉPARGNÉS POUR QUELQUES CLIENTÈLES DE SUIVI SYSTÉMATIQUE

(pour quelques centres seulement)

CLIENTÈLE	JOURS ÉPARGNÉS
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques	1 971, 2
- Accident vasculaire cérébral	1 156, 5
	240
	368,75
- Fracture de la hanche	1 680,84
	5 340
- Pontage coronarien	1 140,80
- Prothèse de la hanche	3 788,57
- Amputation	3 080
- Antibiothérapie intraveineuse	3 000
	6 500

Source : O.I.I.Q. (1997) Bilan du suivi systématique des clientèles. Vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clients. Montréal, O.I.I.Q, tiré des pages 17 à 20. N.B. Chaque nombre représente un centre hospitalier différent.



## **LE CHOIX DES CLIENTÈLES À INTÉGRER DANS UN SUIVI SYSTÉMATIQUE**

Les types de malades à intégrer dans un tel système sont ceux qui posent problème en raison des complications, des longs séjours, des fréquentes ré hospitalisations et des coûts élevés de leurs traitements. Ce peuvent être des pathologies complexes, des chirurgies pour des problèmes plutôt sérieux ou des maladies chroniques. Mais on y retrouve aussi des cas fréquents, moins complexes pour lesquels on pense pouvoir réaliser des économies de séjours. C'est à l'établissement d'en décider en fonction de ses statistiques de fonctionnement.

Les types de malades que l'on retrouve dans ce système sont par exemple les personnes souffrant de fracture de la hanche, de problèmes de genoux, d'insuffisance cardiaque ou rénale, celles qui subissent un pontage coronarien, une arthroplastie ou un remplacement total de la hanche, une chirurgie de la moelle épinière, etc. ou des cas plus courants comme l'hystérectomie vaginale, la résection de la prostate, la mastectomie, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ou l'antibiothérapie. En ce moment, le suivi systématique des clientèles s'étend aussi de manière plus large aux personnes âgées et à la santé mentale et s'ouvre de plus en plus sur la communauté. En voici quelques exemples parmi d'autres au Québec : Hôpital Robert Giffard, Québec, Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, Hôpital Général, Montréal, Hôpital Saint-Jean-sur-Richelieu.

Mais ce ne sont pas tous les malades souffrant de ces pathologies qui sont intégrés à un plan de suivi systématique des clientèles, mais seulement ceux qui satisfont les critères établis pour leur admission dans ce système. Ces critères d'âge, d'état préalable ou présent, reposent sur la possibilité raisonnablement présumée de la personne d'atteindre les objectifs élaborés dans le plan de cheminement clinique et cela dans le temps prévu. Les malades qui ne correspondent pas à ces critères sont traités comme à l'habitude.

## **CONCLUSION**

Le suivi systématique des clientèles comporte de multiples avantages pour le malade, pour le système de soins où il s'implante, mais il s'avère aussi profitable pour l'infirmière. Il lui confère une visibilité plus grande et des responsabilités qui démontrent une meilleure reconnaissance de ses compétences. Ce nouveau mode de gestion de la prestation des soins infirmiers lui offre un rôle renouvelé à la mesure de ses possibilités.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brun, Jacqueline (1996). Qualité des soins une approche ISO 9000. Paris, Berger-Levrault.
- Chouinard, Maude Christine (2000). Applications du suivi systématique de clientèles pour diverses expériences de santé : une analyse synthèse. Université de Chicoutimi, Québec.
- Clinique Notre-Dame des Victoires (2000). Gestion de l'épisode de soins pour des clientèles en début d'évolution de psychose. Québec, Hôpital Robert-Giffard.
- Cohen Elaine L. et Toni G. Cesta (1997). Nursing Case Management. From Concept to Evaluation. St-Louis, Mosby.
- Flarey, Dominick L. et Suzanne Smith Blancett (1996). Handbook of Nursing Case Management. Gaithersburg, Maryland, USA, Aspen Publishers.
- Goulet, Olive et Clémence Dallaire (1999). Soins infirmiers et société. Paris, Gaétan Morin.
- Grondin Louise et Margot Phaneuf (1998). Utilisation des diagnostics infirmiers. Paris, Maloine.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1995). Suivi systématique de la clientèle. Une vision d'établissement. Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Hôpital Robert Giffard (2002). Gestion de l'épisode de soins pour la clientèle externe en début d'évolution d'une psychose. Hôpital Robert-Giffard, Québec.
- Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, région de la Mauricie, Québec. [http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi\\_clienteles.htm](http://www.hopitalste-croix.qc.ca/soins/contenu/suivi_clienteles.htm)
- Kramer, M. (1990). The Magnet Hospitals, Excellence Revised. Journal of Nursing Administration. 20 (9), 38-42.
- Mullahy, Catherine M. (1998). The Case Management Handbook. Gaithersburg, Maryland, USA, Aspen Publishers.
- Nadon Michelle et Claire Thibault (1993). Suivi systématique des clientèles. Expériences d'infirmières et recension des écrits. Montréal, OIIQ.
- OIIQ, (1996). Le suivi systématique des clientèles une solution infirmière. Montréal.
- OIIQ, (1997). Bilan du suivi systématique des clientèles. Vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clients. Montréal.

- OIIQ, (1999). Suivi systématique des clientèles dans la communauté. Montréal.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2001). Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux (mars 2001). Rapport d'étape sur les mesures transitoires 2001-2002. Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2000). Les solutions émergentes. Québec.
- Phaneuf Margot (1996). Guide d'apprentissage de la démarche de soins. Paris, Masson.
- St-Coeur Margaret et J. Arthur Steinberg (1996). Case Management Practice Guidelines. St-Louis, Mosby.
- Talbot Lise R. Le suivi systématique familial une solution en collaboration. La Gérontoise, vol 12, no 1, janv. 2001.
- Régie régionale du Centre du Québec [http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/projets\\_locaux.htm](http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/projets_locaux.htm)
- Trofino, J. (1995). The Brave New World of Health Care. L'infirmière Canadienne, mars/vol. 3.