

## Foire aux questions : Patients et familles

### 1) Qu'est-ce que l'approche des maillons santé?

L'approche des maillons santé en ce qui a trait à la planification de soins coordonnés a pour but de rassembler les fournisseurs du domaine de la santé et des services sociaux et d'autres soutiens du patient afin de mieux comprendre ses objectifs et de le soutenir d'une manière plus coordonnée.

Un plan de soins coordonnés aidera le patient qui a des problèmes de santé multiples et son équipe de soins à mieux gérer sa santé et son bien-être, et l'équipe travaillera avec le patient et sa famille pour l'aider à atteindre ses objectifs.

La planification de soins coordonnés a pour but de soutenir le bien-être d'un patient globalement. Elle tient compte des besoins de la « personne dans son intégralité », c'est-à-dire les besoins mentaux, physiques, émotionnels et spirituels. On demande au patient de songer aux personnes de soutien culturel ou communautaire qu'il souhaiterait inclure dans son équipe de soins pour appuyer cette approche de « personne dans son intégralité » (p. ex. soutien spirituel, guérisseur traditionnel, naturopathe, voisin, ami, etc.).

### 2) Qu'est-ce que la planification de soins coordonnés?

L'approche des maillons santé en matière de planification de soins coordonnés encourage une compréhension commune de ce qui est le plus important pour le patient par l'établissement d'un plan de soins coordonnés, y compris des rôles et des responsabilités définis pour chaque membre de l'équipe de soins du patient.

La planification de soins coordonnés permet plus de coordination et une approche simplifiée à mesure que les patients passent d'un fournisseur à un autre, afin qu'ils puissent bien vivre dans leur communauté et réduire l'utilisation inutile du système de santé.

### 3) Quels sont les avantages de l'approche des maillons santé en matière de soins pour les patients?

Les avantages de l'approche des maillons santé en matière de soins pour les patients sont les suivants : soins axés sur les objectifs du patient, fournisseurs avec une compréhension commune des problèmes de leurs patients, cheminement plus facile parmi les services de soins de santé, patients se sentant davantage soutenus dans leur parcours de soins de santé et qui se rendent moins souvent à l'hôpital et qualité de vie améliorée.

### 4) Qui peut mettre en place la planification de soins coordonnés?

N'importe qui : un fournisseur, un ami, un soignant ou le patient lui-même. Le processus de planification de soins coordonnés peut être amorcé lorsque le patient est à la maison (y compris les soins de longue durée, la maison de retraite, les services d'aide à la vie autonome, etc.) ou à l'hôpital. Le plan de soins coordonnés peut aider à soutenir les transitions entre la maison et l'hôpital et vice-versa.

### 5) Qui devrait participer à la planification des soins coordonnés?

Le patient participe au processus de prise de décisions. L'équipe de planification de soins coordonnés (équipe de soins) est un groupe de fournisseurs de soins professionnels et non professionnels, y compris le patient et le soignant, qui se sont engagés à travailler ensemble pour soutenir le patient afin qu'il atteigne ses objectifs. Une équipe de soins inclut toute personne, tout programme ou tout organisme dont le patient accepte la contribution et la participation au plan de soins coordonnés.

L'équipe de soins peut inclure les personnes suivantes :

- *Membres de la famille, personnes soignantes, personnes de soutien*
- *Médecin / personnel infirmier praticien*
- *Personnel infirmier*
- *Spécialiste (p. ex. cardiologue)*
- *Professionnel paramédical (p. ex. travailleur social, diététiste, physiothérapeute)*
- *Pharmacien communautaire*
- *Personnes de soutien communautaire/culturel (p. ex. guérisseur traditionnel, traducteur)*
- *Employé de l'hôpital local (p. ex. infirmière du service des urgences, intervenant pivot)*
- *Coordonnateur de soins des services de soins à domicile et en milieu communautaire*
- *Employé des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (p. ex. conseiller)*
- *Employé des services de soutien communautaire (p. ex. coordonnateur de service d'entretien ménager)*
- *Employé des services sociaux (p. ex. Ontario au travail)*
- *Autres partenaires communautaires (p. ex. intervenant pivot francophone du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, soutien spirituel)*

## **6) Qui décide si la planification de soins coordonnés sera mise en place?**

C'est le patient qui décide, s'il est admissible au processus de planification de soins coordonnés des maillons santé. Même si n'importe quelle personne dans la liste ci-dessus peut être invitée à participer au processus de planification de soins coordonnés d'un patient, il n'est pas nécessaire que toutes ces personnes participent pour que l'on puisse procéder à l'exécution du processus. Aucun fournisseur seul, même pas le fournisseur de soins primaires du patient, n'a l'autorité nécessaire pour empêcher la planification de soins coordonnés. À condition que deux fournisseurs et le patient croient que le processus soit utile, la planification de soins coordonnés doit être effectuée.

Si un fournisseur croit qu'il a l'autorité nécessaire pour empêcher un processus de planification de soins coordonnés, il serait raisonnable que le coordonnateur de soins précise qu'il y a un nombre suffisant de personnes, y compris le patient ou client, estimant que le processus est assez utile pour être exécuté.

Une copie du plan de soins coordonnés doit être transmise à quiconque a été invité à participer au processus de planification de soins coordonnés, tel que déterminé avec le patient, y compris : a) ceux qui soutiennent le processus, mais ne peuvent être présents à la réunion, et b) ceux qui ne soutiennent pas le processus.

## **7) Comment protège-t-on les renseignements du patient?**

Lorsque l'équipe de planification de soins coordonnés comprend le patient, les membres de sa famille et les fournisseurs dans le « cercle de soins », des renseignements sont obtenus et des discussions ont lieu comme dans n'importe quelle collaboration ou communication intersectorielle entre les fournisseurs. Un processus de consentement du patient vient en jeu lorsque l'équipe de soins inclut des personnes ou des organismes qui ne sont pas considérés comme faisant partie du cercle (p. ex. un responsable de logements municipaux).