

## Foire aux questions : Fournisseurs

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

Le but de l'approche des maillons santé est de créer une coordination des soins intégrée pour des patients ayant des besoins complexes, en s'assurant que chaque patient a un plan de soins coordonnés et profite d'une coordination continue des soins. La coordination des soins, la prestation des services et les activités d'intégration qui sont au cœur du modèle des maillons santé sont essentielles à la stratégie *Priorité aux patients*.

L'approche des maillons santé en matière de soins offre une occasion de renforcer les liens entre les fournisseurs de soins afin de soutenir la prestation des soins primaires qui sont réellement axés sur le patient. Les soins primaires optimaux sont des soins complets, fondés sur une relation continue entre le patient et le fournisseur, qui coordonnent des services dans le système de santé en entier, et qui permettent un accès de haut niveau ainsi que l'équité dans la prestation des services. L'approche des maillons santé ajoute à ce modèle en établissant des relations dans le système de santé et en s'assurant que les patients qui ont des besoins complexes reçoivent des soins hautement intégrés et coordonnés.

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

L'approche des maillons santé en ce qui a trait à la 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. Quelle est la population cible de la planification de soins coordonnés?

Les lignes directrices suivantes peuvent être utilisées pour déterminer qui pourrait le plus profiter d'un plan de soins coordonnés :

<b>Population cible</b>	Personnes ayant quatre problèmes complexes ou chroniques ou plus		
<b>Sous-groupes déterminés</b>	Personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances	Population recevant des soins palliatifs	Personnes fragiles
<b>Considérations importantes</b>	Fréquents utilisateurs des services de santé (p. ex. salles d'urgence, admissions à l'hôpital) Caractéristiques économiques (p. ex. faible revenu, chômage) Déterminants sociaux (p. ex. problèmes de logement, isolement social, langue) Jugement clinique		

## **4. 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.

## **5. Quels sont les avantages de l'approche des maillons santé en matière de soins pour les fournisseurs?**

Les avantages de l'approche des maillons santé en matière de soins pour les fournisseurs de soins primaires sont les suivants :

- Un soutien accru de la coordination des soins des patients pour lesquels les fournisseurs s'inquiètent le plus;
- Un responsable de la coordination des soins désigné au sein de l'équipe de soins du patient pour aider à organiser divers services de soins et de soutien de santé;
- Les maillons santé visent à réduire les visites inutiles au cabinet du médecin et aux salles d'urgence et les admissions à l'hôpital ainsi que l'utilisation d'autres services qui diminuent la continuité des soins comme les cliniques sans rendez-vous.

Les avantages de l'approche des maillons santé en matière de soins pour l'équipe de soins collaborative sont les suivants :

- Une plus grande perspective et compréhension relativement à l'expérience du patient;
- Une plus grande efficacité et un potentiel accru de spécialisation des partenaires dans leur rôle;
- La compréhension des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins, menant à une connaissance accrue de la tâche de chaque fournisseur en vue de soutenir les objectifs du patient;
- L'occasion de travailler dans une équipe avec divers fournisseurs du domaine de la santé et des services sociaux;
- L'occasion d'établir des relations avec des personnes-ressources tant à l'interne qu'à l'externe du secteur des soins primaires;
- Une plus grande harmonisation à l'échelle de l'Ontario grâce à la mise en œuvre de processus, d'outils et de matériel de communication standardisés qui sont reconnus et suivis par les fournisseurs pour soutenir des soins uniformes offerts au patient.

## **6. Qui peut commencer une planification de soins coordonnés?**

N'importe qui : un fournisseur, un ami, un soignant ou le patient ou client lui-même. Le processus de planification de soins coordonnés peut être amorcé lorsque le patient est à la maison (y compris, 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.

## **7. Qui devrait participer à la planification des soins coordonnés?**

Le patient participe au processus de prise de décision. L'équipe de planification des 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 pourrait inclure les personnes suivantes :

- Membres de la famille, soignants, personnes de soutien
- Médecin/personnel infirmier praticien ou 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 de la salle d'urgence, 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)

## **8. Comment l'équipe de soins diffère-t-elle du « cercle de soins » ?**

Un membre de l'équipe de soins est une personne qui, de l'avis du patient, participe à ses soins et n'a pas besoin d'être un dépositaire de l'information sur la santé désigné.

Le cercle de soins est un terme employé communément pour décrire la capacité de certains dépositaires de renseignements sur la santé de supposer le consentement implicite d'une personne dans le but de recueillir, d'utiliser ou de divulguer des renseignements personnels sur la santé afin de fournir des soins de santé conformément aux circonstances définies dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

## **9. Qui décide si la planification de soins coordonnés sera mise en place ?**

C'est le patient qui décide. 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 est 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.

## **10. Quel est le processus pour la planification de soins coordonnés?**

Lorsqu'une personne est **identifiée**, et accepte de participer à une planification de soins coordonnés, un ou deux membres de l'équipe de soins (p. ex. des services de soins à domicile et en milieu communautaire – coordonnateur de soins et conseiller) prévoient une rencontre initiale en personne pour établir ses besoins en matière de soins, tout déterminant social pertinent relativement à la santé et les objectifs en matière de soins. Idéalement, l'un de ces membres de l'équipe de soins a déjà établi une relation de confiance avec la personne. Cette rencontre initiale offre aussi l'occasion de collaborer pour déterminer les partenaires existants en santé et quiconque devrait participer à la création du plan de soins holistique, y compris des soutiens informels ou culturels (p. ex. membre de la famille, soutien spirituel, guérisseur traditionnel, traducteur, etc.).

Le coordonnateur de soins ou un employé au soutien administratif de l'équipe de soins coordonne ensuite une réunion sur les soins avec l'équipe et la personne qui est présente afin d'élaborer le plan de soins, de déterminer ou de confirmer le coordonnateur de soins, et d'amorcer le parcours vers de meilleurs soins. Le coordonnateur de soins est considéré comme le seul point de contact pour l'équipe de soins, et est chargé des mises à jour régulières pour l'équipe. Au fil du temps, les besoins et les objectifs en matière de soins peuvent changer. L'équipe de soins continuera de surveiller les progrès et d'ajuster le plan de soins, le cas échéant.

## **11. Qu'est-ce qu'une réunion de planification de soins coordonnés? Qui sont les participants? Est-ce que le médecin y participe? Qui dirige la réunion?**

Généralement, l'équipe de soins rencontre le patient ou le client et des membres de la famille en personne, dans un endroit où le patient ou client est le plus à l'aise (p. ex. à son domicile ou à la clinique de soins primaires). Cependant, il est possible d'utiliser la technologie (ce qui a déjà été fait) afin d'inclure ceux pour qui une participation en personne pourrait être difficile. Par exemple, un spécialiste d'un centre urbain pourrait se joindre à la réunion dans un milieu rural par téléphone ou vidéoconférence. De plus, les patients ou les membres de leur famille pouvant difficilement quitter leur domicile pourraient participer avec l'aide d'un membre de l'équipe de soins, qui a recours à la technologie de vidéoconférence.

Il est à noter que les membres de l'équipe de soins peuvent se réunir avant que le patient se joigne à l'équipe pour la réunion.

Étant donné que le fournisseur de soins primaires du patient ou client est généralement un membre de l'équipe de soins (décrite antérieurement), il participe souvent à la réunion.

La discussion éclaire la création d'un plan de soins coordonnés, qui est axé sur le mode de soutien que peut offrir l'équipe de soins au patient ou client pour l'aider à atteindre ses objectifs. Le coordonnateur de soins dirige généralement la réunion sous l'aspect de la facilitation. Le

coordonnateur de soins est habituellement une personne qui a déjà établi une relation de confiance avec le patient ou client, ou quelqu'un qui peut facilement créer une nouvelle relation.

Le plan de soins coordonnés est documenté dans un document provincial standardisé et transmis à tous les membres de l'équipe de soins.

## **12. Que se passe-t-il si le patient soutient le processus de planification de soins coordonnés, mais ne souhaite pas participer à la réunion?**

Même si cette situation est plutôt exceptionnelle, un patient nous a déjà présenté une demande selon laquelle il souhaitait que les fournisseurs communautaires ainsi que ceux du domaine de la santé et des services sociaux se réunissent sans qu'il soit présent. Si la réunion initiale avec la personne concernée permet à tous les membres de l'équipe de soins de déterminer, lors de la réunion, comment ils pourront aider le patient à atteindre ses objectifs, la réunion peut avoir lieu sans le patient. Afin de respecter l'approche axée sur le patient, cette démarche ne doit être utilisée qu'à la demande du patient.

## **13. Quels sont les rôles et les responsabilités de l'équipe de soins coordonnés?**

Tous les membres de l'équipe de soins qui contribuent au plan de soins coordonnés d'une personne sont chargés de ce qui suit :

- Les mesures du plan de soins coordonnés approuvées, y compris leur rôle dans l'aide au cheminement du patient dans le système;
- L'avis envoyé au coordonnateur de soins relativement à toute exigence de mise à jour du plan de soins coordonnés;
- Le maintien ou l'amélioration des communications entre les fournisseurs (tant celles à l'interne qu'à l'externe de leur organisme) concernant les mises à jour de l'état ou de la planification pour la personne concernée.

Tous les membres de l'équipe de planification de soins coordonnés participent à l'effort visant à aider le patient à atteindre ses objectifs personnels, tels qu'approuvés dans le plan de soins coordonnés.

## **14. Est-ce que plus d'une personne peut jouer le rôle de coordonnateur de soins?**

Oui, le modèle de responsable dépend du patient. Dans certains cas, un fournisseur peut apporter des compétences en termes d'expérience en facilitation et en documentation de réunions. Un deuxième fournisseur peut avoir déjà établi une relation de confiance avec le patient et/ou mieux comprendre ses besoins. Dans des situations comme celle-ci, on recommande d'adopter un modèle de « leadership partenaire ».

## **15. Quelle est la différence entre les « réunions sur les soins ou rondes de soins pour le patient » et « l'approche des maillons santé en ce qui a trait à la planification de soins coordonnés »?**

Veillez consulter le tableau ci-dessous :

Type de réunion	Approche antérieure de réunion sur les soins ou rondes de soins pour le patient	Approche des maillons santé en ce qui a trait à la planification de soins coordonnés*
Plusieurs fournisseurs contribuent au plan ou à la réunion.	<b>OUI</b> Généralement seuls les fournisseurs de soins de santé.	<b>OUI</b> Généralement, participation d'un plus grand nombre de personnes, y compris celles provenant d'un secteur autre que la santé.
Le patient consent au processus.	<b>NON</b> Non exigé à condition que la discussion inclue seulement les fournisseurs considérés comme étant à l'intérieur du « cercle de soins ».	<b>OUI</b> La participation du patient est requise pour s'assurer que l'approche est axée sur le patient, qu'elle considère « la personne dans son intégralité », et qu'elle inclut des personnes à l'extérieur du « cercle de soins », le cas échéant.
Le patient est consulté au sujet des participants au processus.	<b>NON</b> La participation est généralement dictée par le milieu où le patient interagit avec le système (p. ex. l'hôpital, les partenaires communautaires) et les fournisseurs qui participent présentement.	<b>OUI</b> L'opinion du patient est nécessaire afin de s'assurer d'une approche de la « personne dans son intégralité » en matière de bien-être, et du fait que ce sont les bonnes personnes qui l'aident à atteindre ses objectifs.
La réunion et la planification des soins sont motivées par les objectifs du patient.	<b>NON</b> Auparavant, les fournisseurs se réunissaient afin d'établir un plan pour le patient.	<b>OUI</b> La planification de soins coordonnés est axée sur le patient et dépend beaucoup de la compréhension et du soutien des objectifs et des souhaits du patient par tous les partenaires pour être en mesure d'élaborer un plan avec ce patient.
La réunion ou le plan sont documentés dans le propre format ou système de chaque fournisseur.	<b>OUI</b> Chaque fournisseur documente habituellement sa portion du plan dans son propre système. Généralement, le patient ne reçoit pas une copie.	<b>NON</b> Tous les plans de soins coordonnés sont documentés en utilisant le modèle provincial. Le plan de soins est distribué à tous les partenaires, en format électronique ou papier, y compris le patient et les partenaires à l'extérieur du secteur de la santé.
Le patient est présent et participe activement à la réunion.	<b>NON</b> Auparavant, les fournisseurs se réunissaient lors d'une réunion afin d'établir un plan pour le patient.	<b>OUI</b> Le patient est généralement un participant actif à la réunion. Dans des cas rares, il peut décider de ne pas être présent à la réunion.

\*L'approche des maillons santé en ce qui a trait à la planification de soins de santé adopte les points forts de toutes les approches de l'équipe multidisciplinaire concernant le bien-être global. Elle considère la « personne dans son intégralité » en tenant compte de l'équilibre sur les plans mental, physique, émotionnel et spirituel.

## **16. À quel moment un plan de soins coordonnés est-il considéré comme complet ou fermé?**

Un plan de soins coordonnés est un document fluide qui s'adapte à la personne, à mesure que son état de santé, sa situation ou ses objectifs changent avec le temps.

## **17. 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).

## **18. Quels ministères participent à la mise en œuvre de l'approche des maillons santé?**

À l'échelle provinciale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a contribué directement à financer et à soutenir l'approche des maillons santé partout dans la province. Cependant, au niveau du patient, des organismes ou des personnes soutenus par d'autres ministères participent certainement à la planification de soins coordonnés (p. ex. le ministère des Affaires municipales, le ministère du Logement, le ministère des Services sociaux et communautaires).

## **19. Comment des déterminants de la santé, tels que le logement, sont-ils considérés et abordés dans le cadre de l'approche des maillons santé?**

Les objectifs du patient sont au cœur du processus de planification de soins coordonnés. Si des déterminants de la santé constituent des obstacles ou des défis pour l'atteinte des objectifs, l'équipe de soins travaillera avec le patient pour atténuer ces défis. L'équipe de soins peut être créée ou élargie, avec le soutien du patient, de façon à inclure des membres qui peuvent être plus au courant des ressources disponibles comme l'aide sociale, le logement ou le transport, ou qui peuvent faciliter leur accès.

## **20. Comment les fournisseurs de soins primaires sont-ils rémunérés pour leur participation au processus de planification de soins coordonnés?**

On peut consulter la facturation pour les activités courantes associées aux maillons santé dans le document intitulé *Schedule of Benefits* (liste des prestations).