



Soins intégrés régionaux Foire aux questions : clients et familles

1. Que sont les soins intégrés?

Les soins intégrés (anciennement appelés approche des « maillons santé ») ont pour but de rassembler les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et d'autres soutiens d'une personne afin de mieux comprendre ses objectifs et de l'appuyer de manière mieux coordonnée.

Un plan de soins coordonnés aidera les clients ayant de multiples problèmes de santé et leurs équipes de soins à mieux gérer leur santé et leur mieux-être, et l'équipe de soins travaillera avec les clients et leurs familles pour les aider à atteindre leurs objectifs.

La planification de soins coordonnés a pour but de favoriser le mieux-être général du client. Elle tient compte des besoins de la « personne dans son intégralité », qu'ils soient d'ordre mental, physique, émotionnel ou spirituel. Les clients sont invités à réfléchir aux personnes de soutien culturel ou communautaire qu'ils souhaiteraient inclure dans leur équipe de soins pour contribuer à soutenir cette approche de la « personne dans son intégralité » (p. ex., soutiens spirituels, guérisseurs traditionnels, naturopathes, voisins, amis, etc.).

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

La planification de soins coordonnés favorise une compréhension commune de ce qui est le plus important pour le client grâce à l'établissement d'un plan de soins coordonnés, qui comprend des rôles et des responsabilités clairs pour chaque membre de l'équipe de soins du client.

La planification de soins coordonnés (PSC) permet une meilleure coordination et une approche simplifiée lorsque les personnes passent d'un fournisseur à un autre, ce qui leur permet de bien vivre dans leur communauté.

3. Quels sont les avantages des soins intégrés pour les clients?

Les avantages des soins intégrés sont les suivants : les soins sont axés sur les objectifs du client, les fournisseurs ont une compréhension cohérente de l'état de santé de leurs clients, la navigation dans les services de soins de santé est plus facile, les clients se sentent plus soutenus dans leur parcours de soins, les visites à l'hôpital sont moins nombreuses et l'accent est mis sur l'amélioration de la qualité de vie.

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

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

5. Qui devrait participer à la planification de soins coordonnés?

Le client aide à décider; l'équipe de planification de soins coordonnés (équipe de soins) peut être



un groupe de professionnels et de non-professionnels, y compris le client et le soignant, qui s'engagent à mieux travailler ensemble pour aider le client à atteindre ses objectifs. Une équipe de soins comprendra toute personne et tout programme ou organisme dont le client accepte la contribution et la participation au plan de soins coordonnés.

L'équipe de soins peut inclure les personnes suivantes :

- Membres de la famille, soignants, 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 du Service des 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 communautaires de soutien (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?

S'il est admissible, c'est le client qui décide. Bien que toute personne figurant sur la liste ci-dessus puisse être invitée à participer au processus de planification de soins coordonnés pour un client, il n'est pas nécessaire que tous y participent pour que le processus aille de l'avant.

Une copie du plan de soins coordonnés doit être partagée avec toutes les personnes qui ont été invitées à participer au processus de planification de soins coordonnés, tel que déterminé avec le client.

7. Comment protège-t-on les renseignements personnels sur la santé du patient?

Il faut obtenir le consentement écrit du client lorsque l'équipe de soins comprend des personnes/organismes qui ne seraient pas considérés comme faisant partie de son « cercle de soins » immédiat (p. ex., un responsable de logement communautaire).