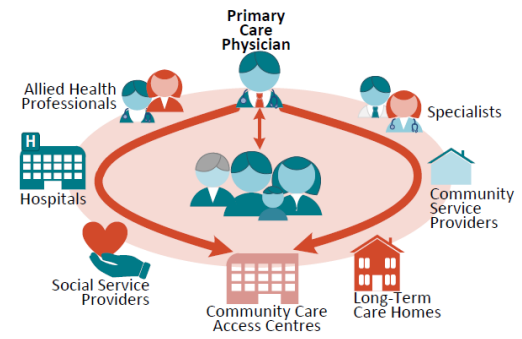


Planification des soins coordonnés – Renseignements à l’intention des fournisseurs de services de santé et de services sociaux

Qu’est-ce que la planification des soins coordonnés?

Fournisseurs multiples, rendez-vous divers et problèmes liés aux soins complexes font qu’il peut être difficile de répondre aux besoins particuliers d’un client. Pour prodiguer les soins, on peut appliquer une approche plus collaborative dans le cadre d’un processus appelé « planification des soins coordonnés ». Ce processus consiste à rassembler de multiples fournisseurs et la personne concernée ainsi que ses soignants naturels, pour que tous cherchent ensemble à comprendre les objectifs de la personne afin de créer un plan de soins qui réponde au mieux à ses besoins. Pour que chaque personne puisse bénéficier d’une planification des soins et de l’établissement d’objectifs fondés sur des données probantes et centrés sur le patient, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a créé un outil normalisé/modèle de plan de soins coordonnés.



À qui peut être utile un plan de soins coordonnés (PSC)?

Songez aux **personnes qui bénéficieraient le plus d’un soutien coordonné** de multiples fournisseurs de services de santé et de services sociaux; à celles aux **besoins élevés en matière de soins** qui obtiendraient un meilleur soutien d’une équipe (voir le tableau ci-dessous).

Population ciblée	Personnes vivant avec au moins 4 maladies chroniques et/ou très coûteuses		
Sous-groupes relevés	Personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance	Population recevant des soins palliatifs	Population de personnes âgées de santé fragile
Facteurs à prendre en compte	Facteurs à prendre en compte : <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques économiques (p. ex., faible salaire, chômage) • Déterminants sociaux (p. ex., difficultés concernant le logement, isolement social, langue) • Au moins 4 visites au service d’urgence (SU) ET au moins 3 admissions à l’hôpital au cours de la dernière année • Au moins 5 visites au SU au cours de la dernière année 		

Quel est le processus de planification des soins coordonnés?

Quand une personne a été **identifiée**, et qu’elle a consenti à participer à un PSC, on détermine qui sera le chargé de la coordination des soins. Le chargé de la coordination est le point de contact unique pour les membres de l’équipe de soins et il est tenu de leur fournir régulièrement des mises à jour. Le chargé de la coordination et la personne concernée se rencontrent d’abord afin de cerner les besoins et les objectifs en matière de soins de la personne, et les déterminants sociaux de la santé pertinents. Ils déterminent aussi ensemble si d’actuels partenaires en soins ou d’autres personnes devraient participer à la création du plan de soins, notamment les soignants naturels (p. ex., la famille ou une personne qui apporte un soutien spirituel). Le chargé de la coordination organise ensuite une **conférence sur les soins** avec l’équipe et la personne concernée afin de créer le plan de soins et d’entamer le parcours vers de meilleurs soins. Au fil du temps, les besoins et objectifs en matière de soins peuvent évoluer; l’équipe de soins continuera de **surveiller les progrès** et de mettre le plan à jour au besoin.



Où puis-je m'adresser pour obtenir plus de renseignements?

