



Toronto Central

ccac casc

Community
Care Access
Centre

Centre d'accès
aux soins
communautaires
du Centre-Toronto



CASC du Centre-Toronto

Rapport annuel 2011-2012



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé
du Centre-Toronto



Nancy Dudgeon



Stacey Daub

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale

Nous avons le plaisir de vous présenter un aperçu de nos réalisations durant 2011-2012 et de nos plans et objectifs pour le prochain exercice.

Faits saillants du dernier exercice

Nous avons commencé l'exercice en travaillant sur un programme, lequel a depuis été reconnu comme l'un des plus propices à l'amélioration du système de santé dans le Rapport Drummond sur la réforme du secteur parapublic : **les soins intégrés aux clients ayant des besoins chroniques et complexes**. Le rapport souligne la prévalence croissante des maladies chroniques, laquelle impose des contraintes importantes à notre système de santé.

Au CASC du Centre-Toronto, les adultes ayant des maladies chroniques de longue durée composent 40 % de notre clientèle, mais ils reçoivent presque 70 % des services dispensés par notre CASC. En dépit de ce défi, nous avons réalisé des progrès importants dans la prestation de soins intégrés à ceux de nos clients qui en ont le plus besoin. Dans le présent rapport, nous mettons en relief plusieurs de nos stratégies d'amélioration de la qualité axées sur la création de programmes de soins intégrés adaptés aux besoins de nos clients dont l'état requiert des soins complexes.

À l'été de 2011, le CASC du Centre-Toronto a pris la direction d'une initiative collaborative de changement à l'échelle du RLISSE entier visant à mettre en œuvre un modèle pragmatique de soins intégrés aux aînés ayant des besoins complexes. Nous appliquons les leçons apprises lors de cette initiative pour améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants ayant des besoins complexes et à nos clients en fin de vie. Dans le présent rapport, vous apprendrez de quelles manières nous nous efforçons d'offrir à ces clients l'expérience d'un système plus interconnecté, par l'intermédiaire de leurs récits individuels.

Conscients du besoin de mieux intégrer les soins primaires et les soins dans la communauté afin de soutenir nos populations les plus vulnérables, nous avons renforcé les relations avec les médecins de premier recours grâce à une stratégie d'intégration des soins primaires destinés à ces populations. En outre, nous avons nommé les docteurs Irfan Dhalla, Samir Sinha et Leo Levin conseillers

médicaux du CASC du Centre-Toronto. Ces médecins ont la responsabilité de promouvoir l'amélioration des soins dispensés aux clients ayant des besoins complexes au sein du système de santé. Ils se joignent au Dr Phil Ellison, conseiller médical du CASC du Centre-Toronto, qui est également responsable de la prestation des soins primaires au sein du RLISSE du Centre-Toronto. Leur collaboration avec nous met l'accent sur la promotion des soins fondés sur des données probantes, les recherches sur les populations ayant des besoins complexes et l'interconnexion des systèmes de soins au sein de notre collectivité.

L'été a marqué un moment décisif pour le CASC du Centre-Toronto. À mesure que nous atteignons les objectifs fixés dans notre plan stratégique de 2008-2011, nous avons commencé à planifier l'avenir et à mettre au point notre nouveau plan stratégique pour 2012-2016. Notre processus de planification stratégique a compris un examen externe exhaustif par divers chefs de file du système de santé visant à cerner les principaux facteurs qui influent sur notre position stratégique au sein du système de santé. Simultanément, nous avons encouragé nos employés à partager leurs idées sur l'avenir de l'organisation au moyen d'un outil électronique novateur fondé sur la technologie Web. Nous avons également invité nos clients et nos soignants à nous fournir une rétroaction sur la qualité des soins. Le CASC a également réalisé une étude mondiale, nationale et locale portant sur les principales tendances en matière de soins à domicile et dans la communauté, ainsi que sur les nouveaux courants qui se dessinent dans divers rapports sur les priorités du système de santé. Nous sommes extrêmement fiers de nos nouvelles orientations stratégiques, mises en relief à la fin du présent rapport, car elles s'inspirent des contributions de nos clients, soignants, employés, fournisseurs de services et partenaires.

Nous avons eu la chance inouïe de bénéficier des services d'un excellent conseil d'administration sous la présidence de Judith Hayward depuis 2007. En septembre 2011, le mandat de présidente du conseil d'administration de Judith Hayward a pris fin et Nancy Dudgeon lui a

succédé en qualité de nouvelle présidente du conseil d'administration. Nous remercions Judith pour sa contribution importante.

Grâce au soutien de nos fournisseurs de services et de nos partenaires au sein du système de santé, nous avons pu mettre en œuvre plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité qui ont des répercussions importantes sur la qualité de vie et la santé de nos clients. Voici un échantillon de ces initiatives :

- Partenariat avec les fournisseurs de services en vue de changer les conversations que nous avons avec nos clients et nos soignants
- Partenariat avec les équipes de santé familiale et les responsables des visites à domicile (soins à domicile sous la surveillance d'un médecin destinés aux personnes âgées de santé fragile confinées chez elles) en vue de créer un modèle de soins primaires à domicile
- Partenariat avec les organismes de soutien communautaire en vue de mettre au point un programme intégré et amélioré de soins de jour et de services d'assistance aux personnes âgées de santé fragile ayant des besoins complexes

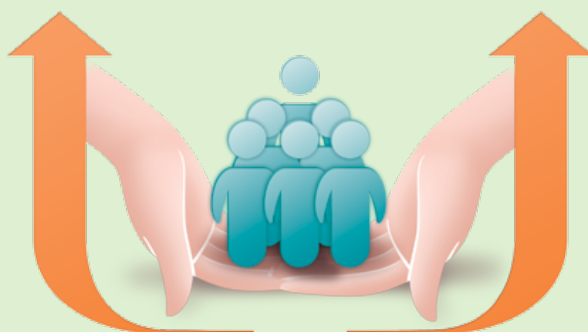
- Collaboration avec nos partenaires du secteur des services de soutien communautaire en vue de mettre en œuvre un modèle de soins collaboratifs définissant de quelle façon nous pouvons travailler ensemble afin d'exploiter de façon optimale nos capacités respectives pour assister les personnes âgées au sein de la communauté

Nous sommes fières des réalisations de l'exercice qui se termine et nous remercions le conseil d'administration, la direction, le personnel, les fournisseurs de services et les partenaires qui ont collaboré avec nous tout au long de l'année pour améliorer la qualité des soins. Nous nous réjouissons à l'idée de continuer à travailler avec vous durant l'exercice à venir afin de créer d'autres occasions d'améliorer la qualité des soins dans la communauté.

Nancy Dudgeon, présidente du conseil d'administration

Stacey Daub, directrice générale

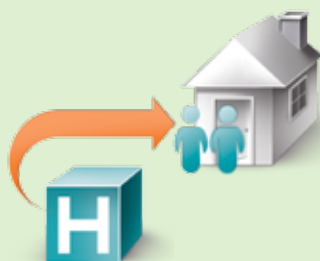
Aperçu du CASC du Centre-Toronto en 2011-2012 :



Hausse de **20 %** du nombre de clients ayant des besoins importants soutenus au sein de la communauté



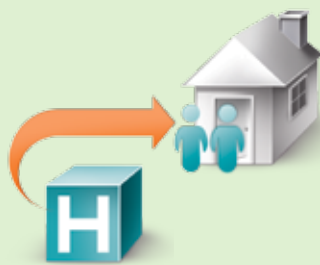
86 % de nos clients se disent satisfaits de leur expérience selon un sondage réalisé par une société de recherche indépendante



25 % des clients retournant chez eux après une période d'hospitalisation afin d'attendre un placement dans un foyer de soins de longue durée ont annulé leur demande, car ils se sentaient en mesure de rester chez eux



1 653 clients ont été mis en rapport avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne responsable de superviser leurs soins médicaux et de les aiguiller vers les services spécialisés



Diminution de **50 %** du nombre de patients qui attendent un lit de soins de longue durée dans des hôpitaux de soins actifs, de réadaptation ou de soins continus complexes au cours des deux dernières années, de façon à libérer des lits d'hôpital pour ceux qui en ont le plus besoin



Adoption d'un modèle axé sur la population

Changer une tradition de soins à domicile cinquantenaire

Nous sommes guidés par notre profond désir d'assister nos clients de manière différente et de procurer des expériences stimulantes à notre personnel

Mesures prises :

- Nous avons remanié nos structures existantes afin d'offrir notre savoir-faire, notre expertise et notre soutien à nos clients et à nos soignants
- Nous sommes passés d'un modèle générique à un modèle de soins axés sur la population
- Nous avons réorganisé toutes les fonctions organisationnelles selon les populations desservies

Transformer les soins dispensés aux personnes âgées de santé fragile

Le modèle axé sur la population a créé les conditions nécessaires à l'intégration des soins

Poser les fondements de l'intégration des soins

Contribuer à une meilleure intégration des soins dispensés à notre clientèle par divers fournisseurs

Nous savons que nos clients et leurs familles interagissent avec un nombre important d'organismes et de fournisseurs de soins et que le système de santé peut parfois sembler complexe et fragmenté. Les personnes âgées dont l'état requiert des soins complexes peuvent avoir de la difficulté à s'orienter dans le système actuel de la santé et à accéder aux services qui leur conviennent. Le manque d'intégration parmi les secteurs du système de santé est souvent éprouvant pour les personnes âgées et leurs soignants; cela entraîne des visites inutiles au service des urgences, des hospitalisations ou des placements précoces dans des foyers de soins de longue durée.

L'an dernier, le CASC du Centre-Toronto a poursuivi le développement de son modèle de soins axés sur la population afin d'assurer une meilleure expérience et de meilleurs résultats à sa clientèle. L'intégration des soins est la plus importante mesure que nous pouvons adopter afin d'améliorer notre modèle de soins dans un avenir

rapproché en vue d'offrir une meilleure expérience à nos clients les plus vulnérables. Ceux-ci sont les plus grands consommateurs de services de soins de santé et l'un des facteurs les plus importants dans l'augmentation des coûts liés aux soins de santé.



Mesures prises :

- Nous nous sommes concentrés sur la transformation des soins dispensés aux personnes âgées de santé fragile
- Nous avons amélioré les connaissances en gériatrie de notre personnel
- Nous avons mis sur pied une équipe interdisciplinaire de spécialistes
- Nous avons testé le modèle de l'unité virtuelle de soins, conçu pour assister nos clients les plus vulnérables durant la transition de l'hôpital à leur domicile
- Nous avons mis en œuvre le programme *Chez soi* avant tout et nous avons remis en question la culture et les comportements prévalents au sein du système afin de mieux soutenir les personnes âgées qui désirent rentrer chez elles plutôt que d'être admises dans un foyer de soins de longue durée.

Maximiser l'intégration des soins prodigués aux populations au sein de notre clientèle qui en ont le plus besoin

Intégration des partenaires du système de santé et des fournisseurs de soins de santé au point de service

Mesures prises :

- Nous avons axé la conception des soins sur les clients et les soignants
- Nous avons joué un rôle de chef de file dans une conjoncture ambiguë afin de créer des solutions collaboratives plutôt que d'attendre des réponses
- Nous avons testé plusieurs démarches et nous avons utilisé plusieurs voies de rétroaction afin de comprendre comment un système complexe pouvait réagir
- Nous avons testé les changements à petite échelle, en nous concentrant sur les personnes âgées, afin de préparer le réseau en vue de l'adoption des changements à grande échelle
- Nous travaillons à l'intégration des soins primaires, en collaboration avec les fournisseurs de soins, en mettant l'accent sur les soins destinés aux personnes âgées, aux enfants et aux clients des services palliatifs

À partir d'avril 2011, le CASC du Centre-Toronto a pris la direction d'une initiative collaborative de changement à l'échelle du RLSS entier visant à mettre en œuvre et à évaluer un modèle de soins intégrés aux personnes âgées dont l'état requiert des soins complexes. Cette démarche est ancrée dans la collectivité où vivent les personnes âgées et leurs familles; elle est conçue pour améliorer la qualité des soins qui leur sont prodigués et en réduire le coût. Cette démarche se concentre sur l'amélioration de l'expérience du client par les moyens suivants :

- Renforcer leur capacité de vivre de façon autonome
- Offrir le soutien requis pour leur permettre d'autogérer leurs besoins en matière de soins
- Réagir rapidement à tout changement de leur état de santé
- Associer les clients aux activités communautaires afin de remédier à l'isolement social
- Améliorer la coordination et la communication parmi les divers fournisseurs de soins
- Renforcer le soutien offert afin de les aider à gérer leur traitement pharmacologique

Le modèle pallie les lacunes du système qui affectent le plus les personnes âgées et leurs familles.



Liaison avec les médecins des clients vulnérables

Le succès du modèle de soins intégrés repose sur deux facteurs déterminants :

- les coordonnateurs de soins assurent une gestion active de chaque cas; et
- les coordonnateurs de soins collaborent étroitement avec les médecins de premier recours.

Lorsque le client a la santé très fragile, le coordonnateur de soins collabore plus étroitement avec le médecin du client en vue de mettre au point un plan de soins commun permettant de lui offrir un meilleur soutien. Lorsque l'état du client requiert des soins extrêmement complexes, il est essentiel d'officialiser les relations entre le coordonnateur de soins et le médecin traitant.

Nous avons appris à quel point il est important de renforcer et d'officialiser les relations avec les médecins dans les cas des clients particulièrement vulnérables. Nous sommes en train de mettre au point une stratégie d'intégration des soins primaires conjointement avec les équipes de santé familiale et les médecins qui exercent individuellement. Afin d'établir des relations officielles avec les médecins, nos coordonnateurs de soins ont été appelés à prendre les mesures suivantes :

- s'intégrer aux équipes de santé familiale, aux centres de santé communautaire et auprès de médecins qui exercent individuellement dans deux importantes communautés avoisinantes
- collaborer avec les médecins en vue d'assister les clients sans abri ou logés de façon précaire dans des refuges

Ce sont nos populations qui ont besoin de soins complexes qui bénéficient le plus de l'officialisation de la relation entre le coordonnateur de soins et le médecin responsable des soins primaires.



- travailler dans une unité virtuelle de soins, conjointement avec les médecins, afin d'aider les clients dont l'état requiert des soins complexes à faire la transition après leur congé d'hôpital
- collaborer avec trois équipes de médecins spécialisés dans les soins palliatifs afin d'assister les clients ayant besoin de soins en fin de vie
- collaborer avec les médecins en vue d'assister les enfants dont l'état requiert des soins complexes

Nous avons également adopté une stratégie globale de soins primaires afin d'améliorer la communication avec les médecins de premier recours et de mieux les assister, y compris les mesures suivantes :

- séances de mobilisation des médecins
- bulletins de nouvelles axés sur les médecins
- fiches de renseignement destinées aux médecins
- volet de notre site Web réservé aux médecins, avec des renseignements et des outils conçus pour les aider à offrir un soutien accru à nos clients

Grâce à cette initiative, nous sommes en train d'apprendre comment promouvoir l'intégration des soins dispensés aux autres populations au sein de notre clientèle qui ont besoin de soins complexes, en commençant par les enfants et les clients en fin de vie. Nous cherchons à mieux comprendre pourquoi certains ont de la difficulté à accéder à nos services et à collaborer avec eux pour améliorer l'accessibilité de nos services.

Les points saillants de ce modèle se reflètent dans les récits de nos clients et de leurs soignants, qui figurent aux pages suivantes.



Cette initiative nous apprend comment nous pouvons mieux intégrer les soins dispensés aux autres populations qui ont besoin de soins complexes, en commençant par les enfants et les clients en fin de vie.





Joseph était un homme de 89 ans qui vivait seul. En dépit de sa faiblesse qui l'obligeait à s'aliter, il était déterminé à rester chez lui.

Créer des programmes de soins intégrés pour les personnes âgées qui en ont le plus besoin

Joseph a vécu une vie enchanteresse; il a navigué en haute mer et il a travaillé aux côtés de certains des artistes les plus influents de notre époque. La maladie de Parkinson a bouleversé sa vie. La maladie et le système de soins de santé semblaient avoir affaibli sa voix.

À plus d'un égard, il semblait avoir été réduit au silence. Lorsqu'il arrivait à parler, bon nombre de personnes ne le comprenaient pas. Étant donné sa santé fragile, il avait de la difficulté à rendre visite à son médecin de famille lorsque son état empirait. Son médecin exerçait dans un cabinet privé. Lorsqu'il avait des problèmes de santé et qu'il se sentait en danger, il se fiait à son dispositif d'alerte médicale pour appeler le service des urgences, ce qui a entraîné plusieurs visites à l'hôpital.

La coordination des soins actifs telle que vécue par Joseph

Lorsque Joseph a été admis au CASC du Centre-Toronto, sa coordonnatrice de soins a pris le temps de comprendre ce qu'il disait. Elle a

découvert ce qui comptait le plus pour lui. Il désirait rester chez lui le plus longtemps possible. Ce renseignement a été précieux, car il a permis d'établir l'équipe de soins qui convenait le mieux à ses besoins particuliers. Sachant que les services de soutien et les soins primaires seraient essentiels pour lui permettre de rester chez lui, elle a renforcé les relations avec son médecin. Sa mobilité décroissante limitait sa capacité de rejoindre son médecin, qui ne faisait pas de visites à domicile.

Sa coordonnatrice de soins, en collaboration avec une infirmière praticienne, a su aider son médecin de famille à comprendre tous les besoins et tous les défis médicaux de Joseph. Elle a invité le médecin à se joindre à l'équipe de soins qu'elle avait mise sur pied pour répondre

« Nous avons travaillé ensemble pour nous assurer que la même équipe s'occupe de tous ses besoins. De plus, mon rôle de "capitaine" de l'équipe a contribué à garantir que nous suivions un programme de soins commun, axé sur les objectifs de Joseph. Notre capacité de travailler en étroite collaboration avec son médecin, les spécialistes et les partenaires de la communauté qui participaient à son traitement nous a permis de lui prodiguer de meilleurs soins, selon un programme de qualité supérieure, et d'assurer des transitions plus harmonieuses lorsque le moment est venu. »

Julie, coordonnatrice de soins,
CASC du Centre-Toronto



aux besoins de Joseph par l'intermédiaire de visites à domicile. L'équipe se composait d'un orthophoniste, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute, d'une infirmière autorisée et d'un préposé aux services de soutien à la personne. Lors de la première visite à domicile conjointe, ils ont clairement défini les rôles de chacun de manière à s'assurer que les objectifs de Joseph seraient atteints. « Étant donné que j'étais le lien principal entre tous les membres de l'équipe de soins, je voulais m'assurer que la voix de Joseph serait entendue lors de l'élaboration de notre programme de soins, » dit Julie, coordonnatrice de soins du CASC du Centre-Toronto.

Les soins intégrés en action

L'équipe de soins a apporté plusieurs changements à son traitement pharmacologique; elle a mis à jour son programme de soins quotidiens et elle a surveillé son état de santé. Joseph bénéficiait du soutien d'une équipe importante et la coordonnatrice de soins s'assurait que chacun disposait des renseignements appropriés au moment opportun pour s'assurer qu'il recevait les soins qui convenaient. Elle a pris les dispositions requises pour que Joseph puisse se rendre à tous ses rendez-vous avec des spécialistes et elle a partagé les renseignements sur ces visites avec l'équipe de soins. Elle soutenait le

médecin et l'infirmière praticienne relativement à leurs évaluations et aux traitements qu'ils prescrivaient. Lorsque le médecin ne pouvait pas participer aux visites à domicile, une téléconférence était organisée au chevet de Joseph. On s'assurait que Joseph et son médecin pouvaient s'entretenir directement, ce qui était rarement possible sans aide. Comme la voix de Joseph avait été étouffée par son état et le système de santé, la coordonnatrice de soins s'est efforcée de lui redonner sa voix en veillant à ce que ses questions trouvent des réponses et à ce que ses décisions soient entendues.

Joseph a pu rester chez lui et ses visites au service des urgences ont diminué, car l'équipe de soins était plus apte à le prendre en charge et à réagir rapidement à tout changement de son état au sein même de la communauté.

Après plusieurs mois, Joseph a été hospitalisé. L'infirmière praticienne et la coordonnatrice de soins du CASC ont pu réagir rapidement et le rencontrer à l'hôpital. Elles ont immédiatement organisé une conférence de cas avec l'équipe de l'hôpital, qui a apprécié la profondeur des connaissances de l'équipe communautaire sur Joseph. Il a été convenu de maintenir les services de soutien, dispensés auparavant à domicile, dans la chambre d'hôpital. Quelques jours plus tard, Joseph est décédé.



À sept ans, Geoffrey a été un client du CASC durant presque toute sa vie.

« J'aime l'école et je souhaite uniquement jouer avec mes amis, sans qu'une infirmière me surveille tout le temps. Ce serait épatant si je pouvais aller à Disneyland! »

« Je sais me servir de cet appareil au besoin. Ce n'est plus aussi dramatique qu'auparavant. »

– Geoffrey, parlant de son aspirateur de mucosités

Les soins actifs, même lorsque les patients sont jeunes, peuvent donner des résultats extraordinaires

Un problème lors de sa naissance a provoqué des lésions du cerveau et a nécessité une trachéotomie. Geoffrey a également besoin d'un insufflateur durant la nuit, car il est atteint d'apnée du sommeil. Plusieurs fois par semaine, une infirmière monte la garde afin de s'assurer qu'il continue de respirer durant toute la nuit. Ses parents s'occupent de lui le reste du temps.

Geoffrey aime les camions, les voitures et les Transformers; il rêve de visiter Disneyland. Depuis septembre dernier, il va à l'école et il est en mesure de participer aux activités scolaires normales. Il doit cependant être accompagné par une infirmière à longueur de journée; le système scolaire l'exige en raison de ses politiques de santé et de sécurité. La question n'était pas aussi pressante lorsqu'il était plus jeune. Maintenant qu'il fréquente l'école et qu'il devient plus actif, il désire vraiment acquérir plus d'autonomie.

Accent sur les besoins et les objectifs du client

Mary, coordonnatrice du programme de soins actifs aux enfants, parle chaleureusement de la débrouillardise de Geoffrey. Pour se rendre à

l'école, il doit transporter tous les jours un sac à dos ordinaire, comme tous les autres élèves, ainsi qu'un sac à dos rempli de « matériel », y compris une canule trachéale de rechange, une trousse d'accessoires et un aspirateur de mucosités.

Geoffrey préférerait pouvoir se déplacer seul et ne pas être accompagné par une infirmière partout à l'école. Pour l'aider à atteindre cet objectif, Mary a communiqué avec le Sick Kids Hospital, qui a soumis Geoffrey à des tests pour découvrir comment il se débrouillerait sans sa canule trachéale, le tout dans le cadre d'un plan d'intervention en cas d'urgence. Il a été testé sans canule pendant une période de 15 à 30 minutes, soit le temps que prendraient les ambulanciers pour arriver à l'école après un appel au secours.

« Je suis émerveillée par les progrès de Geoffrey, qui est devenu un garçon fantastique. Nous l'avons littéralement vu grandir. Il gère ses problèmes de santé avec le plus grand pragmatisme. Tous ceux et celles qui l'entourent ont dû recevoir une formation approfondie, mais il est le véritable héros de cette histoire. »

Mary, coordonnatrice de soins, CASC du Centre-Toronto



Collaboration entre organisations

Mary savait qu'il était important de réunir toute l'équipe de soins pour aider Geoffrey à atteindre ses objectifs, y compris visiter Disneyland. Elle a organisé une réunion de l'équipe complète : le service médical d'urgence, son infirmière, ses parents, les représentants de l'école et Geoffrey même, afin de savoir ce qu'il ressentait à ce sujet. L'équipe travaillera ensemble afin de mettre au point un protocole et un programme de soins axé sur les besoins de Geoffrey et d'aborder les questions suivantes :

- la possibilité de laisser Geoffrey aller seul à l'école
- la possibilité d'offrir aux employés de l'école la formation requise pour transmettre les renseignements appropriés au service médical d'urgence s'ils doivent appeler les secours
- la possibilité que le personnel du service médical d'urgence puisse prendre en charge sa trachéotomie

L'objectif principal consiste à garder les voies respiratoires de Geoffrey libres et à éviter qu'il soit conduit dans un hôpital où il est inconnu en cas de problème.

Cette démarche coordonnée offre d'importants avantages à long terme :

- Avantage pour Geoffrey – plus d'autonomie et moins de visites au service des urgences
- Efficience accrue – inutile de le faire accompagner par une infirmière pendant la journée puisque l'école est en mesure de l'assister
- Ce genre de protocole est utilisé pour d'autres clients

La mère de Geoffrey et la coordonnatrice de soins communiquent par téléphone à intervalles réguliers et Mary le voit trois ou quatre fois par an. Au début, les rencontres étaient plus fréquentes, mais le programme établi convient désormais à Geoffrey, à ses parents, à l'école et au personnel du service médical d'urgence.

« Nous sommes extrêmement reconnaissants à Mary pour son soutien. Elle a coordonné le travail de toute l'équipe de façon à s'assurer que Geoffrey était convenablement pris en charge; il peut désormais se débrouiller seul à l'école. C'est très excitant, » disent les parents de Geoffrey.



On rapporte que dans l'ensemble du Canada, le nombre de Canadiens en phase terminale qui reçoivent des soins palliatifs est « faible au point de susciter l'inquiétude ».¹ Les patients sont orientés vers les services de soins palliatifs des hospices trop tard pour en bénéficier pleinement. Les recommandations tardives ont les conséquences suivantes : augmentation des besoins non satisfaits; diminution des niveaux de confiance et de satisfaction; et préoccupations accrues quant à la coordination et la continuité des soins².

Meilleurs soins en fin de vie

Pour les clients en phase terminale et leurs familles, il est important que le système de soins de santé les aide à mourir paisiblement à l'endroit de leur choix. Le projet d'intégration des soins est un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité visant à aider les clients en phase terminale à mourir chez eux en leur offrant un meilleur soutien par le biais d'une meilleure intégration de l'équipe soignante. Voici les objectifs globaux du projet :

- Tester de nouveaux modèles de prestation des soins palliatifs dans la communauté afin d'aider les clients à accéder de façon transparente aux soins offerts par divers fournisseurs de soins du système de soins de santé
- Établir quelles formules de financement contribuent à améliorer la qualité des soins dispensés aux clients et les résultats pour ce qui est de leur santé

Le CASC du Centre-Toronto, ainsi que ses partenaires au sein de la communauté – les médecins spécialisés en soins palliatifs, le personnel d'hospice visiteur et les fournisseurs de services contractuels – se concentrent sur la mise au point de processus, de structures et d'outils permettant de renforcer les relations entre les fournisseurs de soins palliatifs de la communauté. Nous nous efforçons d'améliorer les expériences des clients et des soignants, et d'améliorer le système de soins de santé en encourageant les fournisseurs de services à engendrer de meilleurs résultats pour la santé. Nous cherchons à diffuser ces initiatives dans tout le RLIS du Centre-Toronto et à établir un modèle durable de soins palliatifs en tenant compte des besoins des clients et des soignants.

Initiatives en cours pour améliorer la situation des clients et des soignants :

Examens des soins dispensés aux clients : L'examen quotidien des soins dispensés aux clients par l'équipe principale de soins améliore l'efficacité des communications, la coordination et la planification des soins en fonction des besoins changeants du client, et la sécurité du client.

Point d'accès unique pour les clients, 24 heures sur 24, sept jours sur sept : Cette initiative prévoit la mise à l'essai d'un service téléphonique à numéro unique permettant au client de rejoindre n'importe quel membre de l'équipe soignante, de façon à améliorer la sensibilité aux besoins du client et à réduire les visites inutiles au service des urgences.

Amélioration de la communication entre les clients et l'équipe soignante : Cette initiative vise à découvrir de meilleures façons de diffuser les renseignements, de façon à éviter que les clients aient à répéter leurs explications à chacun de leurs soignants. Les mesures qui seront mises à l'essai comprennent les visites collectives à domicile, le partage des dossiers cliniques et la préparation de programmes de soins détaillés pour chaque client.

Partenariat avec les services médicaux d'urgence : Nous sommes en train de renforcer les relations entre les ambulanciers paramédicaux et l'équipe de soins palliatifs communautaires afin d'éviter aux clients des visites superflues au service des urgences. Lorsqu'il est nécessaire de transporter un client jusqu'à l'hôpital, nous prévoyons inaugurer un protocole de transfert au service des urgences.

Les leçons apprises à mesure que nous bâtissons et que nous renforçons le programme de soins palliatifs communautaires intégrés guideront nos initiatives visant à promouvoir l'intégration du système dans l'ensemble. Cette initiative mettra également l'accent sur les éléments suivants :

- l'identification précoce des clients quel que soit leur trouble de santé
- la création d'un point d'accès unique pour les clients qui reçoivent des soins palliatifs
- l'amélioration de la coordination et de l'intégration de soins dans l'ensemble du réseau de soins

¹ Canadian Hospice Palliative Care Association Policy Alert: Health Care Use at End of Life in Western Canada, 7 septembre 2007, p. 1
hospice and bereaved family member perception of quality of end-of-life care. Journal of Pain and Symptom Management, 30: 400-407.



« Nous devons tous faire face à la fin de notre existence, d'une façon ou d'une autre, à un moment donné. La majorité d'entre nous partage le même espoir – que lorsque la mort viendra, pour nous ou pour un être cher, elle sera paisible et indolore. Nous espérons mourir entourés d'êtres chers et de soins, dans un lieu sûr et confortable. »¹

Rehausser la coordination des soins

Le cas de Mary a été porté à l'attention de notre équipe de soins palliatifs par la coordonnatrice de soins du CASC, Gabby, à l'Hôpital St Joseph. Mary désirait rester chez elle, avec son chien, « French », un dogue de Bordeaux de quelque 160 livres. Ce cas s'est avéré inhabituel.

Le chien de Mary, French, jouait un rôle vital pour elle. Malheureusement, il recevait lui aussi des soins pour une insuffisance cardiaque congestive en phase terminale. Le lien entre French et Mary était si étroit que la famille a demandé que tous les soins prodigués à domicile, depuis la livraison des fournitures jusqu'aux visites de l'infirmière, soient coordonnés de façon à ne pas nuire au traitement du chien. Mary vouait une telle compassion et un tel amour à son chien qu'elle était disposée à renoncer à ses propres soins s'il n'était pas possible de les dispenser sans nuire à ceux qui étaient prodigués à French.

Gabby a travaillé avec tous les fournisseurs de soins pour coordonner leurs horaires en fonction des besoins de Mary et de French. Les fournisseurs de

soins téléphonaient à l'avance pour s'assurer qu'ils pourraient faire leur travail sans exciter le chien, car celui-ci était atteint de tachycardie. Mary était très heureuse d'avoir son chien auprès d'elle et de savoir qu'il recevait le meilleur traitement possible. Ils recevaient leurs soins palliatifs concurremment et ils ont pu passer leurs dernières heures ensemble.

Le fils de Mary a appelé le centre pour nous apprendre que sa mère et French s'étaient éteints le même jour. Il a dit : « Nous sommes fort reconnaissants à Gabby pour les efforts qu'elle a faits pour coordonner tous les fournisseurs de services qui s'occupaient de ma mère et de son chien d'alerte – elle a fait un travail extraordinaire et nous ne l'oublierons pas. Merci énormément. »

¹ The GlaxoSmithKline Foundation and the Canadian Hospice Palliative Care Association. (2001). Living Lessons®.



Chaque réduction de 10 % des 48 milliards de dollars dépensés pour le bien d'un pour cent de la population équivaut à des économies de 4,8 milliards de dollars.

Renforcer les relations entre les personnes âgées qui retournent chez elles et les médecins de premier recours

Bon nombre de personnes âgées de santé fragile qui sont aux prises avec de multiples problèmes de santé sont fréquemment incapables de rendre jusqu'au cabinet de leur médecin de famille lorsque leur état empire. Pour obtenir les soins dont elles ont besoin, elles n'ont pas d'autre choix que de se rendre jusqu'au service des urgences le plus proche. Le CASC du Centre-Toronto participe à une nouvelle initiative d'amélioration visant à corriger cette situation.

Le RLISS du Centre-Toronto a réuni le groupe de travail sur les soins primaires aux personnes âgées de santé fragile, à haut risque et confinées à la maison en mars 2011. Ce partenariat a été reconnu par l'équipe du projet « BRIDGES » – Bâtir des ponts afin d'intégrer les soins, une initiative des départements de médecine et de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée – qui a financé l'évaluation complète du modèle. BRIDGES encourage l'innovation et l'intégration dans la prestation de services de santé par le biais de collaborations entre les universités, les cliniciens, les hôpitaux et les CASC.

La décision de l'équipe du projet BRIDGES de reconnaître le modèle de soins primaires intégrés aux clients confinés à domicile et d'en financer l'évaluation prouve l'existence d'un intérêt et d'une volonté collective d'améliorer le système de santé de façon à mieux soutenir les personnes âgées dont l'état requiert des soins complexes et d'évaluer l'efficacité des modèles d'intégration novateurs.

Nous sommes excités par ce partenariat. Nous croyons qu'en réorganisant les ressources actuelles du système de santé de façon à maximiser l'efficacité du système et en intégrant davantage les soins prodigués aux personnes âgées dans la communauté où elles vivent, ces équipes amélioreront les soins dispensés aux personnes âgées et à leurs familles. Nous estimons également que les données démontreront que cela représente une solution importante pour améliorer la qualité des soins dans la communauté et assurer la pérennité du système de soins de santé.

Les recherches démontrent que les démarches plus intégrées dans le secteur de la santé donnent de meilleurs résultats pour la santé et réduisent les coûts dans l'ensemble. Les quelques initiatives que nous avons mises en relief ne sont que la pointe de l'iceberg.



**Nous repensons
la façon
dont nous
dispensons les
soins en nous
concentrant sur
ce qui importe
pour nos clients
et les soignants.**

Changer le cours de la conversation

Au cours de l'exercice qui se termine, le CASC du Centre-Toronto a établi de solides bases pour la prestation de soins axés sur le client. Nous sommes en train de changer le cours des conversations que nous avons avec nos clients, afin de vraiment comprendre qui importe pour eux, chaque fois que nous nous entretenons avec eux; nous ne nous contentons pas de dispenser les soins conformément au programme élaboré lors de la première visite du client chez nous.

Les clients et les soignants nous ont dit qu'ils désirent avoir plus de choix relativement à leurs soins. En réponse à cela, nous encourageons les préposés aux services de soutien à la personne et les autres fournisseurs de soins à offrir des services plus flexibles et personnalisés à nos clients et à nos soignants.

Nous avons mis à l'essai une façon d'offrir davantage de choix à nos clients par l'entremise d'un projet intitulé « Changer la conversation », démarré l'été dernier conjointement avec deux de nos partenaires et fournisseurs de services, VHA Home Healthcare and CBI. Les préposés aux services de soutien à la personne ont été invités à nouer une relation plus personnelle et affective en se concentrant sur les préoccupations ou les besoins immédiats des clients, comme préparer une tasse de thé

ou faire sortir le chien une dernière fois. Trois questions ont été préparées; les préposés aux services de soutien à la personne ont été invités à les poser à leurs clients durant leurs visites régulières. Voici les trois questions :

- 1) Quelle est la chose la plus importante que je peux faire pour vous aider aujourd'hui?
- 2) Je pars dans quelques minutes. Est-ce que je peux faire quelque chose d'autre pour vous avant de m'en aller?
- 3) Y a-t-il quelque chose que vous désirez que je dise au bureau, au superviseur ou au CASC?

Cette démarche fondée sur des données probantes a engendré des commentaires positifs de nos clients et de leurs familles.

Veiller à ce que chaque dollar que nous dépensons engendre de la valeur ajoutée pour nos clients et le système de santé

Au cours de l'exercice fiscal de 2011-2012, pour la quatrième année consécutive, le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto a équilibré son budget et s'est assuré que chaque dollar dépensé engendrait une valeur ajoutée pour nos clients et le système de santé.

En 2011-2012, le CASC du Centre-Toronto a reçu au total 209 millions de dollars, dont 91 % ont été affectés aux services directs à la clientèle.

Le tableau suivant présente un résumé de la situation financière du CASC du Centre-Toronto pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, comparativement à l'exercice précédent.

Centre d'accès aux soins communautaire du Centre-Toronto

État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2012

	2011-2012 000 \$	2010-2011 000 \$
Revenus		
Financement provenant du MSSLD/RLISS	206 350	202 488
Autres revenus	3 380	4 372
	209 729	206 860
Dépenses		
Services directs à la clientèle	190 727	188 976
Administration	18 507	17 777
	209 234	206 753
Excédent des revenus sur les dépenses	495	108

Bilan

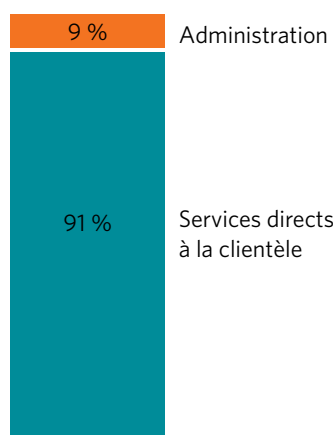
Exercice terminé le 31 mars 2012

Actif		
Actif à court terme	21 857	19 024
Fournitures en cas de pandémie	368	538
Immobilisations	8 956	9 768
	31 180	29 331
Passif		
Passif à court terme	21 197	19 031
Apports de capital reportés	8 956	9 768
Solde des fonds - non affectés	1 027	532
	31 180	29 331

Pour obtenir un exemplaire de nos états financiers vérifiés, veuillez communiquer avec notre bureau administratif au 416 217-3820, poste 2604.

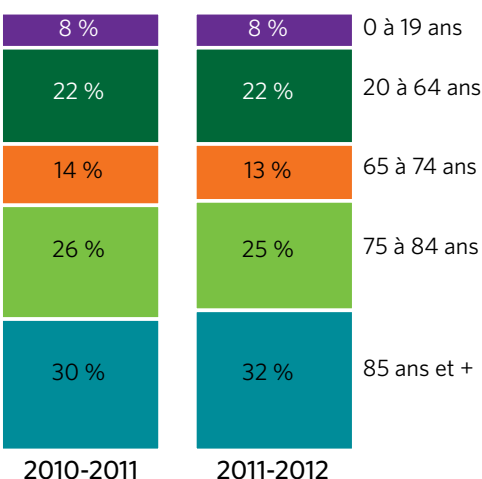
Utilisation efficace des ressources

Dans une conjoncture financière de plus en plus difficile, une gestion financière solide est plus importante que jamais pour faire en sorte que les fonds soient affectés de manière à procurer une valeur ajoutée maximale à notre clientèle et au système de soins de santé. Au CASC du Centre-Toronto, nous veillons à ce que chaque dollar compte pour les soins aux clients. Sur chaque dollar que reçoit le CASC, 91 cents sont affectés aux services directs à la clientèle.



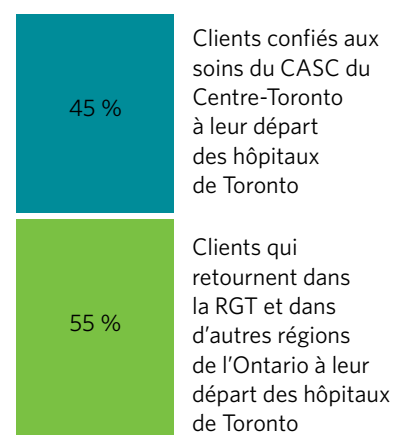
Dépenses en soins selon le groupe d'âge

Notre communauté comprend l'une des populations de personnes âgées qui croissent le plus rapidement en Ontario. Environ 70 % du financement que nous recevons est affecté aux besoins des aînés de plus de 65 ans et nous assistons un nombre accru de clients âgés de plus de 85 ans. Il est clair que les besoins en matière de soins axés sur les aînés – actuels et futurs – n'ont jamais été aussi importants. Globalement, 8 % de nos fonds sont affectés aux services aux enfants et 22 % sont affectés aux services aux adultes.



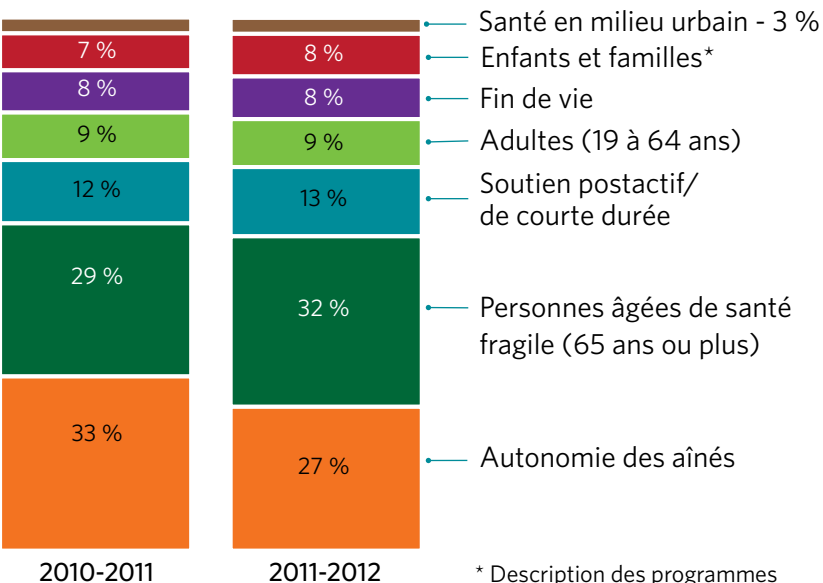
Transitions après l'hospitalisation

De nombreuses personnes viennent à Toronto pour recevoir des soins spécialisés dans les hôpitaux de la région de Toronto; tous les mois, notre CASC aide quelque 7 000 de ces patients à retourner à leur domicile dans d'autres régions de la province. Seulement 45 % des personnes recevant des soins dans un hôpital du Centre-Toronto vivent en fait dans notre région. Nous veillons à ce que les soins et les services dont ces clients ont besoin soient prêts à leur retour, quel que soit leur lieu de résidence.



Dépenses par population de clients

À mesure que notre population vieillit, un nombre croissant de personnes sont atteintes de maladies chroniques et la responsabilité de la prestation des soins est transférée de l'hôpital à la communauté. Nous desservons maintenant plus de clients atteints de multiples troubles complexes et chroniques que jamais auparavant et nous formons des partenariats avec des organismes de soutien communautaire afin d'assister une clientèle qui est plus indépendante pour ce qui est de ses besoins en matière de soins de santé. Le profil changeant de notre clientèle se reflète dans nos dépenses.



* Description des programmes à la page 19

ouvrir notre cœur, ouvrir notre esprit

Nous

nous efforcerons de
rechercher chaque
option afin de fournir
ce qu'il y a de plus
important pour
le client.



En parlant aux clients et aux fournisseurs de soins afin de comprendre ce qu'il leur tient le plus à cœur et en pensant de façon créative à la façon dont nous pouvons les soutenir pour y parvenir, nous savons que nous pouvons leur offrir une meilleure expérience de soins.

*Parlez-moi pour découvrir ce
qui me tient le plus à cœur.*

Nous

aiderons nos clients
à vivre une vie la plus
complète et la plus
saine possible



Chaque client a des capacités et un potentiel différents. Nous concentrerons notre attention sur la qualité de vie, les résultats en matière de santé et sur l'aide que nous apporterons à nos clients afin de les maintenir en santé. C'est la meilleure façon d'aider nos clients et de soutenir l'avenir du système de soins de santé.

*Je savais que la vie allait être
différente, mais c'est agréable de
savoir qu'elle n'est pas forcément
radicalement différente.*

notre plan stratégique 2012 – 2016

Nous encouragerons

notre équipe atteindre
son plein potentiel.



Nous fournirons un environnement au sein duquel chaque employé pourra se développer d'un point de vue personnel et professionnel afin de pouvoir aider de façon encore plus importante les clients que nous servons et la communauté dans laquelle nous vivons.

Nous encouragerons un environnement dans lequel chaque fournisseur de soins à domicile aura l'impression de faire partie d'une équipe et pourra contribuer au mieux de son potentiel afin d'offrir la meilleure expérience de soins possible.

*Mon travail consiste à m'assurer
qu'en fin de compte, j'ai tout fait
pour aider le client.*

Nous

intégrerons les soins le
mieux possible pour nos
clients qui en ont le
plus besoin



Le système des soins de santé peut parfois paraître compliqué et dispersé. Nous nous efforcerons de créer un environnement dans lequel nos clients bénéficieront d'une équipe unique de soins de santé qui travaillera à leur côté à chaque étape de leur parcours de soins.

*Je rencontre ma coordonnatrice
de soins du CASC toutes les deux
semaines environ et la dernière
fois, elle s'est arrangée pour que
mon médecin vienne avec elle.*

Au cours d'une année donnée, le CASC du Centre-Toronto soutient diverses populations, en aidant :

Santé en milieu urbain - 1 200 clients qui sont sans abri ou logés de façon précaire, ou qui ont des problèmes de santé mentale ou des déficiences cognitives à accéder aux services et à recevoir un appui pour vivre dans la communauté.

Enfants - 5 000 enfants à obtenir le soutien approprié à l'école;
400 enfants qui présentent des besoins médicaux complexes et
1 000 enfants qui ont besoin d'un soutien de courte durée.

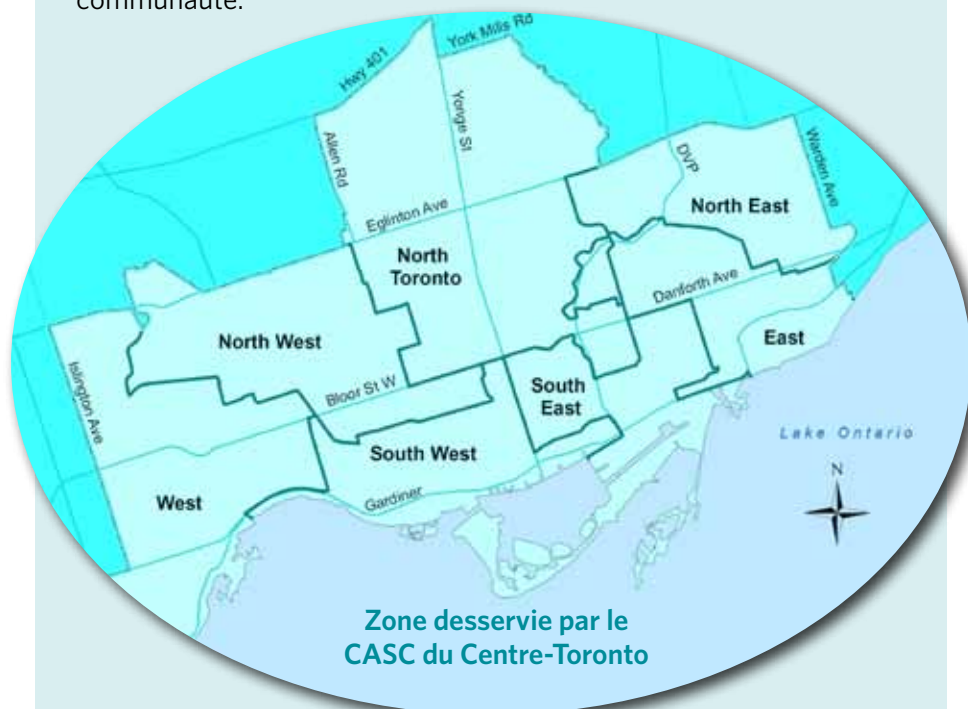
Fin de vie - 1 600 clients à mourir chez eux avec dignité.

Adultes - 1 200 adultes et leurs soignants à gérer des troubles de longue durée.

Soutien postactif/de courte durée - 13 000 clients ayant des besoins à court terme en matière de soins médicaux ou de réadaptation.

Personnes âgées de santé fragile - 6 400 personnes âgées et leurs soignants qui reçoivent un soutien actif axé sur les aînés pour leur permettre de vivre chez eux avec dignité.

Aide à l'autonomie des aînés - 12 000 aînés sont reliés aux soins et reçoivent de l'aide pour demeurer autonomes dans la communauté.



Tous les mois, **7 000** patients d'hôpitaux de la région de Toronto reçoivent l'aide de notre CASC pour retourner chez eux dans d'autres régions de l'Ontario.

Conseil d'administration 2011-2012

Nancy Dudgeon

Présidente du conseil d'administration

Floreen Cleary

Membre du comité de gouvernance

Judith Hayward

Présidente du comité des services à la clientèle et de la qualité

Myra Libenson

Membre du comité des services à la clientèle et de la qualité

Marsha Lindsay

Membre du comité de gouvernance

D' Puneet Luthra

Membre du comité des services à la clientèle et de la qualité

Shannon MacDonald

Présidente du comité de gouvernance

Wendy Nailer

Membre du comité des services à la clientèle et de la qualité

Christopher Neuman

Membre du comité de gouvernance

Manuel Pedrosa

Membre des comités de la vérification et des finances

Natasha vandenHoven

Membre des comités de la vérification et des finances

William Yetman

Président des comités de la vérification et des finances

Équipe de la haute direction

Stacey Daub

Directrice générale

Dipti Purbhoo

Directrice principale,
Services à la clientèle

Dennis Fong

Directeur principal, Ressources
humaines et Développement
organisationnel

William Tottle

Directeur principal, Services généraux

Anne Wojtak

Directrice principale, Gestion du
rendement et Responsabilisation



Toronto Central

ccac casc

Community
Care Access
Centre

Centre d'accès
aux soins
communautaires
du Centre-Toronto

CASC du Centre-Toronto
250, rue Dundas Ouest, bureau 305,
Toronto (Ontario) M5T 2Z5

Téléphone : 416 506 9888

Service en français : 416 701 4646

Sans frais : 1 866 243 0061

Service en français : 1 877 701 4646

www.toronto.ccac-ont.ca

Ce rapport est disponible en anglais.
(This report is available in English).

Des soins exceptionnels – chaque personne, chaque jour.

www.toronto.ccac-ont.ca ■ 310-CASC ■ www.310casc.ca



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé
du Centre-Toronto

Les services du CASC du Centre-Toronto sont rendus possibles grâce au financement accordé par le RLISS du Centre-Toronto.