



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Audit de l'optimisation  
des ressources :  
Traitement des  
cardiopathies  
et des accidents  
vasculaires cérébraux



*Décembre 2021*



# Traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

## 1.0 Résumé

Les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux représentent la majorité des maladies cardiovasculaires, qui constituent la deuxième cause de décès la plus fréquente au Canada, après le cancer. Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de plus de 200 000 visites aux urgences par année en Ontario.

Le ministère de la Santé (le Ministère) verse un financement annuel d'environ 1,1 milliard de dollars aux hôpitaux pour qu'ils fournissent des services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux et fournissent ces services aux patients qui en sont atteints en milieu hospitalier. Ces interventions et ces soins sont principalement fournis dans 20 centres de soins cardiaques et 28 centres de traitement des victimes d'AVC répartis dans la province. Les centres de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux sont des hôpitaux qui possèdent l'équipement et l'expertise nécessaires pour fournir des services de traitement dans ce domaine. **L'annexe 1** présente la liste des hôpitaux désignés comme centres de soins cardiaques et de traitement des victimes d'AVC par région sanitaire de l'Ontario, qui sont des régions de la province où la surveillance sanitaire est coordonnée géographiquement. **L'annexe 2** renferme une liste des termes liés aux cardiopathies et aux accidents vasculaires cérébraux.

CorHealth Ontario (CorHealth) est l'organisme provincial chargé de fournir des conseils fondés sur des données probantes ainsi que de surveiller le rendement des services de traitement des maladies cardiaques et vasculaires et de traitement des accidents vasculaires cérébraux en Ontario, et d'en rendre compte. CorHealth a été créé en 2016 par la fusion du Réseau ontarien de soins cardiaques et de l'Ontario Stroke Network. Le Ministère procède actuellement à une transition touchant CorHealth, qui est un organisme autonome, pour qu'il devienne une division de Santé Ontario, un organisme provincial qui surveille l'administration du système de soins de santé de l'Ontario. La transition devrait être achevée à la fin de 2021-2022.

Comme tous les services de soins de santé, la capacité d'offrir des traitements aux patients atteints de maladies cardiaques et victimes d'un accident vasculaire cérébral a été grandement affectée pendant la pandémie de COVID-19. À la suite d'une directive qui a été émise à deux reprises par la médecin hygiéniste en chef, applicable du 19 mars 2020 au 26 mai 2020, puis à nouveau du 20 avril 2021 au 19 mai 2021, toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes ont été suspendues ou leur nombre a été réduit à des niveaux minimaux. La directive était applicable à certaines périodes pour permettre aux hôpitaux de garder une capacité suffisante pour traiter les patients atteints de la COVID-19.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux est généralement conforme aux normes et aux orientations considérées comme des pratiques exemplaires, y compris celles élaborées par CorHealth et la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Nous avons également constaté que la mortalité globale à la suite de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux en Ontario est semblable ou supérieure à la moyenne des autres provinces canadiennes. Toutefois, les cibles provinciales en matière de délai de traitement pour les interventions dans le domaine des cardiopathies et des AVC n'ont pas été atteintes. Cette situation est préoccupante, car la recherche a démontré que l'atteinte de ces cibles se traduit par de meilleurs résultats pour les patients, y compris une réduction de la mortalité intrahospitalière. Il est également possible d'offrir un traitement meilleur ou plus rentable. Par exemple, nous avons constaté que même si de nombreux patients atteints de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux sont assez bien pour ne plus avoir besoin de soins dans des lits de soins actifs, ils doivent demeurer dans ces lits en attendant d'être transférés vers un milieu de soins plus approprié, comme un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés ou un foyer de soins de longue durée. En 2019-2020 seulement, si ces patients avaient été transférés dans des établissements de soins plus appropriés, nous estimons que la province aurait réalisé des économies de plus de 150 millions de dollars dans le système de santé.

En ce qui concerne le traitement des cardiopathies, certaines interventions cardiaques non urgentes sont pratiquées dans les délais cibles provinciaux; toutefois, le nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente pour ces interventions, la durée de l'attente et le nombre de personnes décédées en attente ont augmenté. Notre audit met en lumière un certain nombre d'approches et de pratiques de traitement cardiaque rentables qui pourraient écourter les séjours à l'hôpital, réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts et améliorer les résultats pour les patients. Ces approches et pratiques

ne sont pas mises en œuvre à grande échelle et de manière uniforme à l'échelle de la province. Par exemple, même si les experts ont déterminé qu'il est possible d'accroître le recours à des interventions non invasives, de nombreux patients cardiaques subissent encore des interventions plus invasives.

En ce qui concerne le traitement de l'AVC, en particulier, nous avons déterminé qu'il fallait sensibiliser davantage le public à la nécessité d'appeler rapidement une ambulance si des symptômes d'AVC se présentent afin que les patients victimes d'un AVC puissent recevoir des soins spécialisés le plus rapidement possible dans un établissement bien équipé pour prendre soin des victimes d'AVC. En effet, l'adage « chaque minute compte! » est une règle fondamentale du traitement des AVC : Plus le traitement de l'AVC est retardé, plus on s'attend à des lésions cérébrales permanentes. Nous avons également constaté que des mesures supplémentaires, notamment une utilisation accrue d'un logiciel particulier d'imagerie diagnostique par les hôpitaux, sont également nécessaires pour augmenter le nombre de patients victimes d'un AVC qui peuvent tirer profit d'une thrombectomie endovasculaire (TE), un traitement visant à éliminer mécaniquement un caillot sanguin d'un grand vaisseau du cerveau, à l'aide d'un cathéter, chez les patients victimes d'un AVC.

Voici quelques-unes de nos principales constatations :

### Traitement des cardiopathies

- **En règle générale, les hôpitaux n'offrent pas de traitement d'urgence en temps opportun pour les crises cardiaques, ce qui risque de causer des dommages cardiaques permanents aux patients.** Lorsqu'une personne fait une crise cardiaque, une intervention rapide est nécessaire pour rétablir un débit sanguin adéquat et prévenir des dommages cardiaques permanents. CorHealth a établi des délais de traitement cibles pour une intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) qui consiste à rouvrir l'artère et à rétablir le débit sanguin des patients victimes

d'une crise cardiaque. Selon les cibles, 75 % de ces patients devraient subir une ICPP dans les 90 minutes suivant leur arrivée à un hôpital en mesure d'effectuer une ICPP. Le délai cible est de 120 minutes pour les patients qui se présentent à un hôpital qui n'effectue pas d'ICPP et qui doivent donc être transférés dans un hôpital en mesure de le faire. Cependant, entre le deuxième trimestre de 2017-2018 (lorsque CorHealth a commencé à recueillir régulièrement des données) et 2020-2021, moins de 60 % de ces patients avaient subi une ICPP dans les délais cibles.

- **Les listes d'attente pour des interventions cardiaques ont augmenté, ce qui a entraîné une aggravation des problèmes de santé et un plus grand nombre de décès pendant la période d'attente.** Au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de COVID-19, le nombre moyen de patients inscrits sur les listes d'attente pour une intervention cardiaque a augmenté d'environ 44 % (passant de 5 450 en 2015-2016 à 7 850 en 2019-2020) et le nombre de patients décédés sur une liste d'attente a augmenté d'environ 42 % (passant de 147 en 2015-2016 à 209 en 2019-2020). Pendant la pandémie (qui a commencé à entraîner des répercussions sur la prestation des soins de santé à la fin de 2019-2020 et jusqu'en 2020-2021), le nombre moyen de patients en attente d'une intervention cardiaque a encore augmenté de plus de 6 % (passant d'environ 7 850 en 2019-2020 à environ 8 340 en 2020-2021) et le nombre de personnes décédées alors qu'elles étaient sur une liste d'attente a encore augmenté de plus de 10 % (passant de 209 à 231).
- **Les pratiques et les recommandations des experts relatives aux interventions cardiaques ne sont pas toujours suivies.** Nous avons recensé des exemples d'approches et de pratiques de traitement des maladies cardiaques rentables recommandées par des experts. Celles-ci peuvent écourter les séjours à l'hôpital, réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts en plus d'améliorer

les résultats pour les patients. Toutefois, en raison d'un manque de soutien et de financement de la province ou d'intérêt régional, ces pratiques et recommandations n'ont pas été mises en œuvre à grande échelle et de façon uniforme dans la province. Par exemple :

- **On ne recourt pas aussi souvent que cela est possible à une intervention cardiaque minimalement invasive.** L'implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC) est une intervention minimalement invasive utilisée pour traiter la sténose de la valve aortique. L'IVAC est une solution de rechange à la chirurgie de remplacement de la valve aortique (chirurgie valvulaire), laquelle est invasive. Par le passé, l'IVAC était habituellement utilisée uniquement chez les patients pour lesquels la chirurgie posait de grands risques. Cependant, en 2021-2022, le Ministère a approuvé l'augmentation du financement des IVAC pour les patients pour qui le risque chirurgical était moyen ou faible. Cette approbation a eu pour effet de permettre d'effectuer des interventions d'IVAC supplémentaires, mais l'intervention d'IVAC n'est toujours pas effectuée chez tous les patients qui pourraient en bénéficier. Le nombre d'IVAC financées grâce à cette augmentation sera d'environ 2 600 en 2021-2022, par comparaison à 1 940 en 2020-2021. Toutefois, d'après les données d'une étude réalisée en 2019 par la Société canadienne de cardiologie, nous estimons que l'augmentation du financement des IVAC pour les populations de patients à faible risque doublerait probablement le nombre d'interventions d'IVAC actuellement effectuées en Ontario, de sorte que ce nombre pourrait passer à environ 4 437 par année. À défaut de financer toutes ces interventions, les patients qui sont par ailleurs admissibles à une IVAC pourraient devoir subir une chirurgie valvulaire plus invasive.

- **Une initiative que l'on avait proposée, l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque, n'a pas été mise en œuvre à grande échelle.** En 2019, CorHealth a mis à l'essai une initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque. Dans le cadre de cette initiative, des hôpitaux désignés comme centres de traitement des cardiopathies peuvent collaborer avec des hôpitaux communautaires locaux et des fournisseurs de soins primaires, comme des médecins de famille, pour s'assurer que les patients atteints d'insuffisance cardiaque reçoivent le bon niveau de soins au bon moment. CorHealth nous a informés que cette initiative n'a été adoptée que par trois régions (Ottawa, Guelph et London). Ces régions ont fait savoir que cette initiative avait entraîné des effets positifs. À titre d'exemple de réussite, en 2018-2019, la région de Guelph a mis en œuvre le modèle, ainsi que d'autres stratégies locales en matière de traitement de l'insuffisance cardiaque, et le taux de réadmission dans les 30 jours de l'Hôpital général de Guelph est passé de plus de 22 % en 2020-2021 à moins de 11 % en 2018-2019.
- **Les traitements de réadaptation cardiaque sont sous-utilisés, malgré leur efficacité pour réduire le nombre de décès et les coûts des soins de santé.** Des études ont montré que la réadaptation cardiaque, qui consiste en un programme d'exercice, d'éducation et de consultation visant à favoriser le rétablissement, produit de meilleurs résultats pour les patients, par exemple une réduction du risque de récurrence des incidents cardiaques, une diminution de la mortalité à long terme après l'hospitalisation initiale et une réduction des coûts des soins de santé. Une étude réalisée en 2017 par le Réseau universitaire de santé révélait que la province économisait environ 3 000 \$ par année par patient qui achevait au moins les deux tiers de son programme de réadaptation cardiaque. Les économies étaient attribuables à une réduction du besoin d'accéder à d'autres services de santé ultérieurement, comme des visites aux urgences, lesquelles auraient autrement pu être nécessaires. Toutefois, la même étude a également révélé que seulement environ 33 % des patients aiguillés vers la réadaptation cardiaque achevaient au moins les deux tiers du programme. Bien que le Ministère dispose de données provinciales sur le nombre de visites des patients aux services de réadaptation cardiaque en consultation externe, il n'existe pas de mécanisme central de suivi des données comme le taux d'attrition ou le pourcentage d'aiguillages qui donnent lieu à une consultation dans les faits. À défaut de disposer de telles données, on ne peut déterminer avec certitude si l'on a répondu aux besoins des patients et il est difficile d'expliquer pourquoi des patients aiguillés vers un programme de réadaptation l'abandonnent en cours de route ou de déterminer quelles mesures peuvent être prises pour améliorer la compréhension et l'adhésion des patients.
- **Malgré les recommandations d'experts médicaux, aucun test diagnostique plus précis, non invasif et rentable de dépistage des coronaropathies n'est largement utilisé.** Depuis 2016, le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni et l'American College of Cardiology recommandent d'effectuer l'angiographie coronaire par tomodensitométrie (angiogramme tomodensitométrique) comme test initial pour évaluer certains patients sans coronaropathie connue. Leur recommandation est fondée sur des données probantes qui ont démontré que les angiogrammes tomodensitométriques sont plus précis que les épreuves d'effort qui utilisent l'échographie ou une autre technique d'imagerie pour surveiller la fonction du cœur à l'effort. Parmi les autres raisons invoquées pour recommander l'utilisation de l'angiogramme tomodensitométrique, notons que ces tests ne sont pas invasifs et peuvent réduire davantage le recours à l'intervention plus invasive qu'est le cathétérisme

cardiaque. Par comparaison avec d'autres tests non invasifs, comme l'épreuve d'effort, qui utilisent l'échographie ou une autre technique d'imagerie pour surveiller la fonction du cœur à l'effort, le coût total du diagnostic d'un patient à l'aide de l'angiogramme tomodensitométrique est d'environ 20 % inférieur à celui de l'épreuve d'effort. Malgré ces avantages connus, nous n'avons identifié qu'un seul hôpital en Ontario (l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa) qui utilise régulièrement l'angiogramme tomodensitométrique pour diagnostiquer la coronaropathie, même si de nombreux hôpitaux disposent d'un tomodensitomètre et pourraient effectuer l'angiogramme tomodensitométrique.

### Traitement des accidents vasculaires cérébraux

- Bien souvent, les hôpitaux n'offrent pas de traitements d'urgence en temps opportun pour les victimes d'un AVC, ce qui peut entraîner des lésions cérébrales permanentes pour les personnes qui en sont victimes.** Les AVC exigent des interventions rapides pour rétablir le flux sanguin vers le cerveau. Une étude a montré que chaque minute où un AVC ischémique n'est pas traité entraîne la destruction de près de deux millions de neurones. CorHealth a adopté des délais de traitement cibles pour deux interventions d'urgence clés qui peuvent briser ou éliminer les caillots sanguins chez les victimes d'un AVC ischémique. Si les délais de traitement cibles ne sont pas atteints, les patients peuvent obtenir des résultats moins favorables, comme une augmentation de l'incapacité ou le décès attribuable à la mort d'un plus grand nombre de cellules cérébrales.

  - L'une des cibles est l'administration d'un médicament appelé l'activateur du plasminogène (tPA), un médicament de dissolution du caillot servant à rétablir le flux sanguin utilisé dans le traitement d'un AVC ischémique. La cible de CorHealth est de traiter les patients avec du tPA dans un délai médian de 30 minutes après leur arrivée à l'hôpital. Toutefois, cette cible n'a pas été atteinte à l'échelle de la province, bien qu'il y ait eu une certaine amélioration entre 2015-2016 et 2019-2020, car le temps médian nécessaire pour que les patients reçoivent le tPA est passé de 50 à 45 minutes.
  - L'autre cible concerne l'exécution d'une intervention appelée thrombectomie endovasculaire (TE), qui consiste à retirer mécaniquement un caillot sanguin d'un gros vaisseau du cerveau à l'aide d'un cathéter. Cette intervention doit être entreprise dans un délai médian de 60 minutes suivant l'arrivée du patient à l'hôpital. Cette cible n'a jamais été atteinte où que ce soit dans la province depuis 2017-2018, lorsque CorHealth a commencé à suivre le rendement des hôpitaux par rapport à sa cible. Au cours des deux premiers trimestres de 2020-2021, le temps médian nécessaire pour entreprendre la TE était de 75 minutes à compter de l'arrivée du patient à l'hôpital.
- Le soutien financier provincial au programme de sensibilisation aux accidents vasculaires cérébraux a cessé, malgré le besoin continu d'accroître la compréhension du public des symptômes d'un accident vasculaire cérébral et des mesures appropriées à prendre dans ces cas.** En 2020-2021, le Ministère a cessé de financer la campagne publique de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC visant à sensibiliser le public aux trois principaux symptômes d'un AVC et à la nécessité de demander une ambulance pour conduire les patients à l'établissement le mieux à même de fournir des soins aux victimes d'AVC. Il a pris cette décision malgré le fait que des sondages menés auprès des Ontariens en 2018-2019 par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC ont révélé que les personnes qui se souviennent d'avoir vu sa campagne de sensibilisation publique étaient six fois plus susceptibles de reconnaître les trois symptômes d'un AVC que celles qui ne se souviennent pas d'avoir vu le matériel de la campagne. Nous avons constaté que de nombreux patients victimes d'un AVC ne se sont pas rendus

dans un établissement bien équipé pour leur prodiguer des soins et des traitements. Plus particulièrement :

- Si les ambulanciers paramédicaux constatent la probabilité d'occurrence d'un AVC, au lieu d'amener la personne à l'hôpital le plus proche, ils l'emmènent généralement dans un hôpital spécialisé dans le traitement de l'AVC. Toutefois, les patients qui se rendent seuls à l'hôpital, par exemple lorsqu'ils sont transportés par un membre de leur famille, peuvent se rendre sans le savoir dans un hôpital moins bien adapté pour traiter un AVC. En 2019-2020, environ 40 % des patients victimes d'un AVC n'ont pas été transportés par ambulance à l'hôpital et environ 30 % (plus de 11 900 patients) des patients victimes d'un AVC qui se sont rendus à un service d'urgence en présentant des symptômes d'AVC ne se sont pas rendus au type d'établissement (comme un centre de traitement des victimes d'AVC) où des ambulanciers paramédicaux conduisent généralement une personne qu'ils soupçonnent être victime d'un AVC. Nous avons également remarqué qu'en 2019-2020, plus de 730 transferts de patients victimes d'un AVC vers des centres de traitement des victimes d'AVC ont été effectués pour des patients qui s'étaient présentés dans d'autres hôpitaux par des moyens autres qu'une ambulance.
- Les patients qui se présentent dans un hôpital moins bien outillé pour traiter un AVC sont moins susceptibles d'être traités dans une unité spécialisée en soins de l'AVC. Toutefois, des données probantes prètent à penser que les soins fournis dans une telle unité produisent de meilleurs résultats pour les patients, comme une réduction du taux de mortalité intrahospitalière, que lorsque le patient est soigné dans une unité de médecine générale. En 2019-2020, CorHealth s'est fixé pour cible que plus de 75 % des patients victimes d'un AVC soient traités dans des unités spécialisées en soins de l'AVC, mais 54 % l'ont

effectivement été. Le pourcentage de patients traités dans des unités spécialisées en soins de l'AVC était de plus de 72 % dans les centres de traitement des victimes d'AVC, mais de moins de 24 % dans les hôpitaux sans ces unités.

- **Un test diagnostique efficace et nécessaire qui aide à déterminer le traitement approprié des victimes d'AVC peut être élargi à l'échelle provinciale.** L'imagerie par perfusion tomodensitométrie est un test diagnostique qui permet de déterminer si la TE est l'intervention qui se prête à l'affection du patient. Toutefois, parmi les 44 hôpitaux que CorHealth a désignés comme étant ceux qui devraient utiliser le logiciel de PT, seulement 16 avaient acheté le logiciel et l'utilisaient en juillet 2021. Lorsqu'un hôpital n'a pas de capacité d'imagerie par PT, il peut être nécessaire de transférer les patients victimes d'un AVC à un autre hôpital, ce qui pourrait retarder la réception du traitement nécessaire. De plus, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a dirigé l'élaboration des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC selon lesquelles une cible de départ raisonnable est de viser à ce que plus de 10 % des patients victimes d'un AVC ischémique subissent une TE. La cible peut être modifiée en fonction des circonstances ou des facteurs locaux. Toutefois, seulement 5,6 % de ces patients ont subi une TE au cours des deux premiers trimestres de 2020-2021. En Alberta, 7,8 % des patients victimes d'un AVC ischémique ont subi une TE en 2020-2021.
- **Le nombre et la disponibilité des services de réadaptation après un AVC ne répondent pas aux besoins des patients.** Les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC indiquent que les patients stables sur les plans médical et neurologique qui reçoivent des services de réadaptation en milieu hospitalier à la suite d'un AVC devraient recevoir 180 minutes de services de réadaptation par jour. Toutefois, en 2019-2020, le nombre médian de services de réadaptation pour les patients victimes d'un AVC

hospitalisés n'était que d'environ 69 minutes par jour, soit environ 60 % de moins que la cible de 180 minutes, certains fournisseurs de services de réadaptation n'offrant que 30 minutes ou moins par jour. De plus, malgré la loi de 2016 qui établit une fonction supplémentaire pour le ministre, à savoir de « veiller à l'adoption et à la promotion d'une approche fondée sur des données probantes à l'égard de la prestation de services de physiothérapie aux malades de tout âge ayant eu un accident vasculaire cérébral », les survivants d'un AVC âgés de 20 à 64 ans qui ont besoin de services de physiothérapie à la suite d'un AVC, mais qui ne sont pas hospitalisés, se voient encore refuser des services dans les cliniques communautaires de physiothérapie parce que les critères d'admissibilité demeurent inchangés. En effet, ceux-ci n'autorisent l'admission que de certains patients couverts par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, comme ceux qui ont moins de 20 ans ou plus de 64 ans ou ceux qui sont admis à l'hôpital.

### Coordination, surveillance et financement du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

- **Les hôpitaux ne sont pas en mesure de transférer de nombreux patients cardiaques et victimes d'AVC vers un établissement de soins actifs plus approprié, ce qui limite la disponibilité des lits d'hôpital.** Il arrive que des patients demeurent dans un lit d'hôpital, même s'ils n'ont plus besoin de soins de courte durée en milieu hospitalier, puisqu'aucun lit n'est disponible dans un établissement de soins plus approprié, comme les services de réadaptation pour patients hospitalisés ou les soins de longue durée. Les hôpitaux classent ces patients dans la catégorie Autre niveau de soins (ANS). En 2019-2020, plus de 5 300 patients atteints de cardiopathies considérés comme nécessitant un autre niveau de soins ont passé plus de 82 000 jours dans des lits d'hôpitaux de soins actifs, tandis que plus de 3 500 patients victimes

d'un AVC classés comme nécessitant un autre niveau de soins ont passé plus de 62 000 jours dans des lits d'hôpitaux de soins actifs. Nous estimons que la province aurait pu épargner plus de 150 millions de dollars en 2019-2020 (plus de 94 millions de dollars associés aux patients atteints de cardiopathies et 56 millions de dollars associés aux patients victimes d'un AVC) si tous les patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins avaient été transférés de lits d'hôpitaux de soins actifs à leur domicile ou dans un milieu de soins de santé plus approprié immédiatement après avoir été évalués comme nécessitant un ANS. Parallèlement, un plus grand nombre de lits d'hôpitaux de soins actifs aurait été disponible pour admettre d'autres patients plus tôt, comme des patients en attente d'une intervention cardiaque.

- **CorHealth n'a pas le pouvoir de surveillance nécessaire pour améliorer le système global de soins des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.** Le personnel hospitalier nous a parlé favorablement du travail effectué par CorHealth, mais sa capacité à améliorer les soins cardiaques et les soins aux victimes d'AVC en Ontario est limitée. Contrairement à des organismes comparables comme Action Cancer Ontario, CorHealth n'a pas le pouvoir d'obliger les hôpitaux à se conformer aux normes établies ou à adopter des pratiques exemplaires. CorHealth ne peut pas non plus diriger ou modifier le financement accordé aux fournisseurs de manière à favoriser l'amélioration du rendement ou le respect des pratiques exemplaires en matière de soins cardiaques et de traitement des AVC, contrairement aux organismes comparables de la Colombie-Britannique (Cardiac Services BC et Stroke Services BC). De plus, CorHealth se consacre principalement aux soins aux adultes atteints de cardiopathies et victimes d'accidents vasculaires cérébraux en milieu hospitalier, ce qui signifie que son travail ne s'étend pas à la prévention primaire des cardiopathies et des accidents

vasculaires cérébraux, à la pédiatrie ou aux soins communautaires (comme la réadaptation). Cela limite les avantages potentiels de la surveillance de la réadaptation à la suite d'un incident cardiaque et d'un AVC par CorHealth, notamment la surveillance du rendement des fournisseurs de services de réadaptation. Dans un rapport de juin 2018, CorHealth a formulé des recommandations au Ministère concernant l'amélioration de la réadaptation cardiovasculaire en Ontario, qui soulignaient la nécessité de se doter d'une structure de surveillance provinciale et régionale. Le Ministère n'a pris aucune mesure relativement à cette recommandation.

- **Les prix d'achat des équipements et fournitures pour les soins cardiaques que doit payer chacun des hôpitaux ne font pas l'objet d'un suivi ou d'un examen centralisé pour déterminer si des économies peuvent être réalisées par l'achat collectif à l'échelle de la province.** Les hôpitaux de l'Ontario sont responsables de l'approvisionnement en équipement et en fournitures nécessaires pour les interventions cardiaques, contrairement à l'Alberta et à la Colombie-Britannique, qui coordonnent l'approvisionnement provincial pour les appareils de traitement des cardiopathies et des AVC. Le Ministère n'a effectué aucun travail pour évaluer la variabilité des coûts entre les hôpitaux qui achètent des appareils et des fournitures pour les soins cardiaques et le traitement des accidents vasculaires cérébraux, et certains hôpitaux ont coordonné des achats regroupés de façon ponctuelle à plus petite échelle. Nous avons remarqué que la différence de prix que paient les hôpitaux ontariens pour les mêmes types d'appareils peut varier de 367 %. Par exemple, un hôpital a pu acheter un cathéter d'ablation simple à un prix moyen d'environ 300 \$, tandis qu'un autre hôpital paie un prix moyen d'environ 1 400 \$ pour chaque cathéter d'ablation simple.
- **Le financement réservé aux hôpitaux est désuet et ne couvre pas les coûts réels ou la demande d'interventions cardiaques des**

**patients, ce qui entraîne des retards dans l'exécution de certaines interventions.** En 1997, un comité mis sur pied par le Ministère a déterminé que les tarifs payés aux hôpitaux pour effectuer la plupart des interventions cardiaques devraient être revus chaque année. Toutefois, le dernier examen complet de ces tarifs a été effectué il y a 15 ans en 2006-2007. Les taux de financement désuets ne reflètent pas les coûts que doivent actuellement assumer les hôpitaux pour la prestation d'interventions cardiaques. Par exemple, en 2018-2019, CorHealth estimait que les hôpitaux étaient sous-financés d'environ 28 millions de dollars par rapport aux coûts réels qu'ils assument pour effectuer des interventions cardiaques. Dans certains cas, le Ministère sous-finance également les volumes d'interventions cardiaques par rapport au volume réel de patients traités par l'hôpital. Bien que les hôpitaux puissent combler ces déficits en utilisant les fonds provenant du budget global de l'hôpital, ils pourraient ne plus être en mesure de le faire puisque ce budget sert à couvrir toutes les autres activités des hôpitaux. Par conséquent, certains hôpitaux ont reporté des interventions cardiaques à l'année suivante, en attendant que des fonds supplémentaires soient affectés. Par exemple, un hôpital nous a informés qu'en 2019-2020, il avait reçu 325 patients cardiaques qui avaient besoin d'une implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC), mais comme il n'était financé que pour 265 interventions d'IVAC, il a reporté 60 de ces interventions jusqu'en 2020-2021. Neuf de ces patients sont décédés en 2020-2021 dans l'attente d'une IVAC.

#### **Effets de la COVID-19 sur le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux**

- **Un moins grand nombre d'interventions cardiaques ont été effectuées pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a entraîné des délais d'attente et des listes d'attente plus longs, une aggravation des problèmes cardiaques chez certains patients et une**

**augmentation du nombre de décès chez des patients en attente d'une intervention en 2020-2021 par rapport à 2019-2020.** En réponse à la pandémie de COVID-19, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a émis deux fois la même directive qui exigeait que toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes soient suspendues ou que leur nombre soit réduit. La directive a permis de réduire de 13 % le nombre d'interventions cardiaques effectuées, qui est passé d'environ 129 200 en 2019-2020 à environ 111 900 en 2020-2021. Le nombre de personnes décédées alors qu'elles étaient sur une liste d'attente pour une intervention cardiaque a également augmenté de plus de 10 %, passant de 209 décès en 2019-2020 à 231 en 2020-2021.

- **Les répercussions de la COVID-19 sur les besoins en traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux ne sont pas entièrement connues.** Outre le fait qu'on a effectué un moins grand nombre d'interventions en raison de la directive du médecin hygiéniste en chef, un moins grand nombre de patients a demandé un traitement contre des symptômes de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux en 2020-2021 par comparaison avec 2019-2020. Par exemple, les données disponibles de l'Institut canadien d'information sur la santé montrent que de mars 2020 à juin 2020, les médecins fournissaient 22 % moins de services par les modes combinés en personne et virtuels en ce qui concerne les soins en cas de cardiopathies et d'AVC que durant la même période l'année précédente. Les omnipraticiens ont donc effectué environ 20 % moins de renvois vers des cardiologues et environ 19 % moins de renvois vers des neurologues en 2020-2021 par rapport à 2019-2020. Les intervenants nous ont informés que les patients éprouvant des symptômes plus légers de cardiopathies ou d'AVC ne cherchaient pas à obtenir des soins adéquats ou préventifs pendant la pandémie contrairement à avant celle-ci. De plus, lorsque des patients ont effectivement demandé des soins, ils étaient

généralement plus malades que les patients typiques atteints d'une cardiopathie ou victimes d'un accident vasculaire cérébral avant la COVID-19. Comme de nombreux patients n'ont pas sollicité de soins pendant la pandémie, on ignore encore le nombre de ces patients « passés entre les mailles du filet ». Par conséquent, les listes d'attente actuelles pour des interventions cardiaques sous-estiment probablement les besoins des Ontariens. Bien que les besoins futurs en matière de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux de ces patients « passés entre les mailles du filet » ne soient pas encore connus, leurs besoins futurs augmenteront probablement la demande de traitements dans les hôpitaux de l'Ontario.

Le présent rapport renferme 15 recommandations préconisant 39 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

## Conclusion globale

Notre audit a révélé que le Ministère, en collaboration avec CorHealth et les fournisseurs de soins de santé, ne dispose pas de systèmes et de procédures entièrement efficaces pour fournir des services de cardiologie et de traitement des AVC de manière rapide, équitable et rentable afin de répondre aux besoins des Ontariens dans le respect des normes, lignes directrices et lois applicables.

En ce qui concerne le traitement des cardiopathies, les interventions urgentes et d'urgence ont généralement été effectuées dans les délais cibles. Ces cibles ont été atteintes moins souvent pour les interventions d'urgence en cas de crise cardiaque ainsi que pour les interventions semi-urgentes et non urgentes planifiées. Les patients qui ont subi des interventions cardiaques semi-urgentes et non urgentes planifiées ont généralement dû attendre plus longtemps pour les subir en 2019-2020 qu'en 2015-2016. Les pratiques de soins cardiaques rentables qui peuvent prévenir les visites aux urgences ou les hospitalisations (comme la surveillance à

distance) ne sont pas mises en œuvre de manière uniforme à l'échelle provinciale. Bien que les normes et les directives en matière de soins cardiaques soient généralement respectées, ce n'est pas toujours le cas, notamment en ce qui concerne l'initiative de CorHealth sur les insuffisances cardiaques qui n'a été adoptée que par trois régions de la province.

En ce qui concerne le traitement des AVC, il a fallu plus de temps pour effectuer les interventions que les délais cibles. Les normes et les directives en matière de traitement de l'AVC sont généralement respectées; toutefois, les principales cibles en matière de prestation de soins aux victimes d'AVC ne sont pas atteintes. Il s'agit notamment du nombre cible de patients victimes d'un AVC traités dans une unité spécialisée en soins de l'AVC et du nombre cible de services de réadaptation offerts aux patients victimes d'un AVC hospitalisés. Malgré la loi de 2016 qui semble éliminer la discrimination fondée sur l'âge en ce qui concerne les personnes qui peuvent recevoir des services de physiothérapie financés par le gouvernement, les victimes d'un AVC de 20 à 64 ans qui ont besoin de physiothérapie, mais qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation, ne peuvent pas avoir accès à des services de physiothérapie financés par le gouvernement dans des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire. Nous avons également constaté que la compréhension des AVC par le public pourrait empirer parce que la province n'appuie plus les campagnes visant à sensibiliser le public aux symptômes des AVC et aux mesures à prendre appropriées dans ces cas.

En ce qui concerne les soins cardiaques et le traitement des accidents vasculaires cérébraux, si les patients qui avaient obtenu leur congé de l'hôpital avaient été transférés pour recevoir des soins continus dans d'autres milieux appropriés, des économies importantes auraient pu être réalisées et un plus grand nombre de lits d'hôpitaux auraient pu être libérés plus rapidement. Contrairement aux organismes comparables d'autres provinces, CorHealth n'a pas de pouvoir d'application de la loi sur les hôpitaux et les fournisseurs de services de réadaptation pour les obliger à respecter

les normes qu'elle établit, et son mandat ne le lui permet pas.

Notre audit a révélé que le Ministère mesurait les résultats et l'efficacité des principaux services et des principales initiatives en matière de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, et en rendait compte, par l'entremise de CorHealth Ontario. CorHealth est responsable de surveiller le rendement des hôpitaux par rapport aux indicateurs de rendement qu'elle établit et d'en rendre compte. Toutefois, les responsabilités relatives à la mesure et la production de rapports peuvent être élargies. Par exemple, le Ministère n'exigeait pas que les fournisseurs de services de réadaptation cardiaque surveillent ou déclarent le nombre d'aiguillages vers ses programmes ou le nombre de patients qui terminent effectivement les programmes de réadaptation prescrits.

## RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) remercie la vérificatrice générale de l'Ontario d'avoir mené cet audit en temps opportun et des recommandations qu'elle y formule. Le Ministère est déterminé à élaborer et à mettre en œuvre des initiatives et des solutions novatrices pour contrer les conséquences du traitement des cardiopathies et de l'AVC sur la vie des Ontariens. Nous sommes reconnaissants à la vérificatrice générale de nous avoir transmis ses observations et ses recommandations. Ces recommandations pourront être mises en œuvre de façon à en arriver à un réseau de soins de santé intégrés et de meilleure qualité.

L'audit présente des éléments à prendre en considération au sujet desquels le Ministère est déjà en train de prendre des mesures pour apporter des solutions et renforcer son propre engagement envers l'amélioration continue. Le Ministère est convaincu que CorHealth Ontario (CorHealth) et Santé Ontario continueront d'offrir des soins de grande qualité aux Ontariens atteints de cardiopathies ou victimes d'un accident vasculaire cérébral

et qu'ils mettront en oeuvre pleinement les recommandations de l'audit pour améliorer encore davantage ces soins.

Dans les prochains mois, Santé Ontario prendra en charge le travail de CorHealth et aura l'occasion d'améliorer davantage la surveillance, l'intégration et la coordination des soins pour les patients victimes d'un AVC et atteints de cardiopathies dans l'ensemble du continuum. Le Ministère continuera de travailler en étroite collaboration avec CorHealth et Santé Ontario pour veiller à ce que les Ontariens aient accès à des services de traitement des cardiopathies et de l'AVC équitables, intégrés et rentables.

En 2020-2021, le Ministère a distribué 702 millions de dollars en financement fondé sur le volume pour les interventions cardiaques de niveau avancé aux 30 hôpitaux ontariens qui fournissent ces services. De plus, les hôpitaux ont reçu 212,2 millions de dollars pour les soins et le traitement de l'insuffisance cardiaque congestive et 194,7 millions de dollars pour les interventions liées à l'AVC. En outre, le Ministère a fourni aux hôpitaux de soins cardiaques de niveau avancé un financement spécial pour la COVID-19 de 60 millions de dollars pour les interventions cardiaques afin d'aider les hôpitaux à assumer les coûts supplémentaires liés à l'exécution d'interventions et de chirurgies dans le contexte de la pandémie.

Au fur et à mesure que l'Ontario continue d'investir dans les services de traitement des cardiologies et de l'accident vasculaire cérébral, notamment en appuyant les nouvelles technologies et la modernisation des tarifs, le Ministère s'efforcera d'améliorer continuellement le système des services et des soins aux patients, y compris les soins à l'extérieur des hôpitaux, l'élaboration de normes, le financement efficient et réfléchi ainsi que la mesure et l'évaluation.

## RÉPONSE GLOBALE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth Ontario (CorHealth) remercie la Vérificatrice générale de son audit exhaustif des services de soins des cardiopathies et de traitement de l'AVC en Ontario. Nous accueillons d'un bon œil les occasions de collaborer avec nos partenaires, y compris le ministère de la Santé, les intervenants cliniques et du réseau de la santé, les patients ainsi que les familles, pour améliorer ces services en Ontario. Au cours des prochains mois, Santé Ontario prendra en charge le travail de CorHealth Ontario. Santé Ontario aura l'occasion d'améliorer davantage la surveillance, l'intégration et la coordination des soins pour les patients des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux dans l'ensemble du continuum.

Les recommandations présentées dans ce rapport tablent sur les travaux réalisés jusqu'à maintenant par CorHealth Ontario, le ministère de la Santé et de nombreux autres partenaires. Le rapport présente aussi d'autres occasions à saisir pour apporter des améliorations dans plusieurs domaines, dont un grand nombre renvoie aux buts et aux objectifs du plan stratégique de CorHealth Ontario.

CorHealth Ontario accueille d'un bon œil les recommandations de la vérificatrice générale et il sait qu'avec le soutien continu du ministère de la Santé et de ses intervenants, ces recommandations pourront être mises en oeuvre de façon à en arriver à un réseau de soins de santé intégrés et de meilleure qualité pour les patients des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux.

En 2016, le Réseau ontarien de soins cardiaques et le Réseau ontarien de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux ont fusionné pour former CorHealth Ontario, dont le mandat englobe les soins cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux dans la province. En seulement cinq ans, CorHealth a été

reconnu pour avoir apporté des améliorations importantes à la prestation et à la gestion des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux en Ontario et pour avoir poursuivi le travail des anciens organismes. Ces réussites ont été attribuées à l'efficacité de l'équipe de CorHealth et à l'importance élevée accordée aux partenariats de collaboration et à la mobilisation des intervenants cliniques et du réseau de santé ainsi que des patients et des familles pour relever les défis dans le continuum des soins. D'importantes améliorations ont été apportées pour faire progresser la production de rapports sur les résultats et mettre au point des mécanismes à l'appui de la mesure et de la surveillance des principaux paramètres de qualité des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux, et pour favoriser le dialogue et partager les leçons apprises à l'échelle de la province. D'autres réalisations ont mené une meilleure coordination de la planification du système et à l'adoption de nouvelles technologies, en plus de contribuer à moderniser les politiques et les modèles de financement actuels afin que les patients des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux reçoivent les meilleurs soins qui soient.

## 2.0 Contexte

### 2.1 Causes des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

Les cardiopathies (ou maladies cardiaques) et les accidents vasculaires cérébraux entrent dans la catégorie des maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires comprennent toutes les maladies ou affections qui touchent l'appareil circulatoire (cœur et vaisseaux sanguins). Elles concernent les vaisseaux sanguins rétrécis ou obstrués et peuvent mener à différentes affections, selon l'endroit où se trouvent ces vaisseaux sanguins dans l'organisme. L'audit portait sur les cardiopathies – la

deuxième cause de décès en importance au Canada – et les accidents vasculaires cérébraux, la quatrième cause de décès en importance au Canada (voir la **section 2.2**).

Le **figure 1** donne un aperçu des affections cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. L'**annexe 2** renferme un glossaire des termes relatifs au traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux. L'**annexe 3** décrit les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux courants.

Le continuum de soins pour les patients atteints de cardiopathies et victimes d'AVC comporte quatre grandes étapes : 1) prévention; 2) diagnostic; 3) traitement; 4) rétablissement/réadaptation. Le **figure 2** donne un aperçu des sections du présent rapport qui se rapportent à chacune de ces quatre étapes. Le présent audit portait principalement sur l'étape du traitement des cardiopathies et des AVC.

### 2.2 Répercussions des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

Au Canada, le cancer est la principale cause de décès (plus de 80 000 personnes sont décédées du cancer en 2019), mais les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux sont respectivement les deuxième et quatrième causes de décès en importance. Ensemble, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux ont été responsables d'environ 66 000 décès en 2019, soit environ 52 000 décès attribuables à des cardiopathies et environ 14 000 décès attribuables à des AVC.

Comme le montre la **figure 3**, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux sont responsables, en Ontario, d'un nombre important de visites aux urgences et d'hospitalisations. Plus particulièrement :

- En 2019-2020, environ 242 000 visites aux urgences et 151 000 hospitalisations ont été associées à des cardiopathies et à des accidents vasculaires cérébraux. Les chiffres de 2019-2020 représentent une augmentation

d'environ 5 % dans les deux cas par rapport à 2015-2016.

- En 2020-2021, en partie en raison de l'hésitation des patients à demander des soins de santé en raison de la COVID-19 (voir la **section 7.1**), les visites aux urgences liées à des maladies cardiaques et à des accidents vasculaires cérébraux ont diminué d'environ 11 % (passant d'environ 242 000 visites à environ 215 000 visites) et les séjours à l'hôpital liés à ces affections ont diminué d'environ 5 % (passant d'environ 151 000 à environ 144 000) par rapport à 2019-2020.

## 2.3 Aperçu du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

Pour diagnostiquer une maladie cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, les fournisseurs de soins de santé, comme les médecins de premier recours, examinent les antécédents médicaux et familiaux d'une personne et effectuent divers tests diagnostiques. Les types de tests dépendent des signes et symptômes présentés par le patient. Ces tests peuvent être commandés par un fournisseur de soins primaires, un spécialiste, comme un cardiologue, ou par un service d'urgence. Par exemple, une

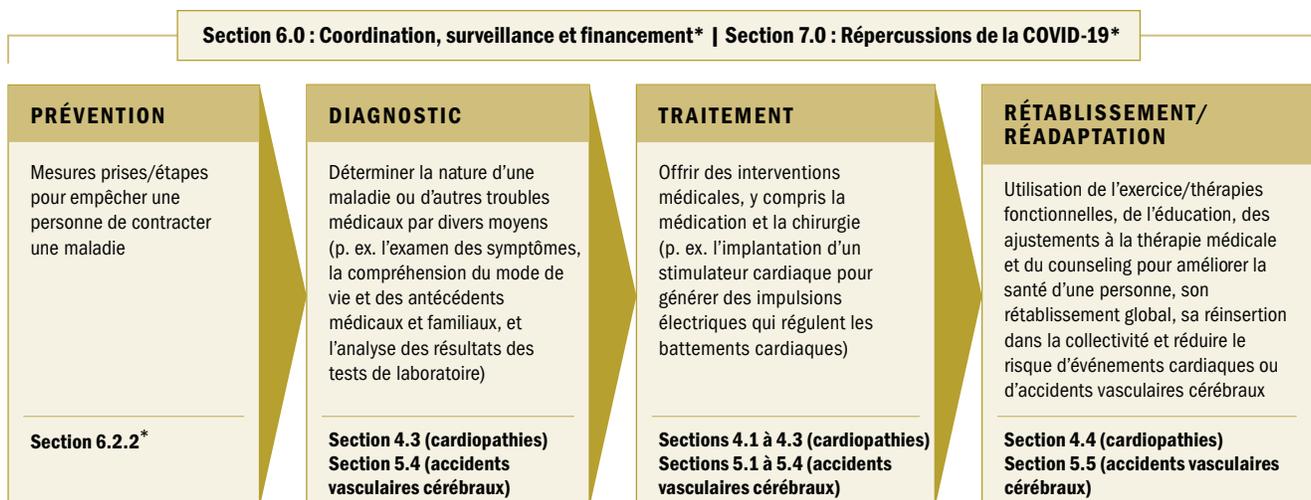
**Figure 1 : Vue d'ensemble des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux**

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Région touchée	Description
<b>Cardiopathie</b>	<b>Cœur</b>	Selon la région affectée du cœur, les cardiopathies peuvent être classées en trois grandes catégories : <ol style="list-style-type: none"> <li>Mécanique, structurelle ou musculaire (p. ex. cardiomyopathie)</li> <li>Électrique (p. ex. arythmie ou battements cardiaques anormaux)</li> <li>Circulatoire (p. ex. coronaropathie)</li> </ol>
<b>Accidents vasculaires cérébraux</b>	<b>Cerveau</b>	Selon la cause de l'interruption du débit sanguin vers le cerveau, l'AVC peut être classé en deux grandes catégories liées aux lésions ou à la mort des tissus cérébraux qui en résultent : <ol style="list-style-type: none"> <li>Causé par l'obstruction d'un vaisseau sanguin (accident ischémique cérébral)</li> <li>Causé par une hémorragie ou l'éclatement d'un vaisseau sanguin (AVC hémorragique)</li> </ol>

**Figure 2 : Continuum de soins pour les patients atteints de cardiopathies et victimes d'AVC**

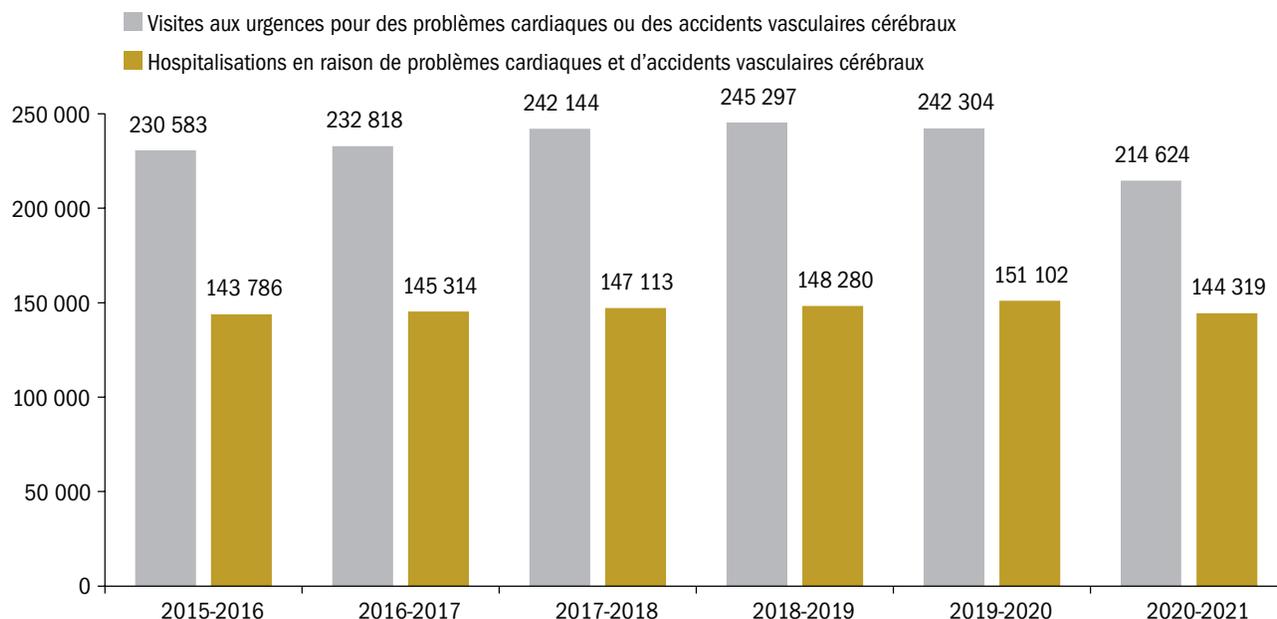
Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



\* Ces sections s'appliquent aux soins des cardiopathies et au traitement des accidents vasculaires cérébraux.

**Figure 3 : Visites aux urgences et hospitalisations liées aux cardiopathies et aux accidents vasculaires cérébraux, 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : Ministère de la Santé



analyse sanguine, appelée test de troponine, peut être commandée lorsqu'un patient se présente aux urgences avec des symptômes de crise cardiaque afin de déterminer s'il a bel et bien été victime d'une crise cardiaque. La **figure 4** présente les tests diagnostiques courants pour les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux.

### 2.3.1 Diagnostic et traitement des cardiopathies

Dans bien des cas, les cardiopathies peuvent être prises en charge alors que le patient se trouve dans la collectivité. Par exemple, les soins peuvent être fournis par des fournisseurs de soins primaires ou des spécialistes. Ces soins peuvent comprendre de la médication et de l'éducation. Différents médicaments peuvent être prescrits, notamment des médicaments pour prévenir et traiter les battements cardiaques anormaux (antiarythmiques), pour réduire le risque de formation de caillots sanguins (anticoagulants, aussi appelés éclaircisseurs de sang) ou pour réduire le rythme cardiaque et la tension artérielle d'une personne (bêtabloquants).

Certains types de cardiopathies peuvent ne pas être diagnostiqués avant qu'un événement aigu ne se produise, comme une crise cardiaque, appelée en termes médicaux infarctus du myocarde. Dans ces cas d'urgence, la personne doit se rendre à l'urgence pour subir des tests diagnostiques (voir la **figure 4**) qui peuvent aider à évaluer son état et à déterminer l'option de traitement appropriée, laquelle pourrait inclure une chirurgie. Dans les cas non urgents, des interventions cardiaques sont planifiées. Comme le montre la **figure 5**, le nombre d'interventions cardiaques a augmenté d'environ 8 % de 2015-2016 à 2019-2020 (passant d'environ 119 000 à environ 129 000 en 2019-2020) et a diminué d'environ 13 % de 2019-2020 à 2020-2021, principalement en raison de la pandémie de COVID-19.

L'Institut canadien d'information sur la santé recueille des données sur la mortalité hospitalière (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant la première admission des patients ayant reçu un diagnostic de crise cardiaque aiguë par province. Comme le montre la **figure 6**, en 2019-2020, le taux de mortalité intrahospitalière

**Figure 4 : Exemples de tests diagnostiques courants des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux**

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Test diagnostique	Description
<b>Angiogramme</b>	Test par imagerie à rayons X des artères coronaires et des vaisseaux qui irriguent le cœur.
<b>Cathétérisme cardiaque</b>	Il s'agit d'un test relativement plus invasif utilisé conjointement avec d'autres tests pour évaluer les valvules cardiaques, la fonction cardiaque et l'apport sanguin afin de déterminer si une chirurgie cardiaque est nécessaire.
<b>Échocardiogramme (ECHO)</b>	Ce test utilise des ondes sonores (des ultrasons) pour créer une image des valvules cardiaques afin de représenter graphiquement leur fonctionnement la circulation du sang à travers elles.
<b>Électrocardiogramme (ECG/EKG)</b>	Ce test évalue le fonctionnement du cœur en mesurant les ondes (signaux) électriques qui le parcourent.
<b>Épreuve d'effort</b>	Ce test mesure l'activité électrique, la tension artérielle et le rythme cardiaque d'une personne à l'effort (habituellement pendant qu'elle marche sur un tapis roulant).
<b>Examen par IRM ou TDM</b>	Ce test détecte un AVC causé par un caillot de sang ou une hémorragie dans le cerveau.
<b>Radiographie du thorax</b>	Ce test utilise l'imagerie à rayons X afin de déterminer si le cœur est hypertrophié ou si du liquide s'est accumulé dans les poumons en raison d'une crise cardiaque.
<b>Test de troponine</b>	Il s'agit d'un test sanguin visant à déterminer s'il y a des concentrations élevées de troponine I ou de troponine T dans le sang, qui sont des protéines libérées lorsque le cœur est endommagé, par exemple à la suite d'une crise cardiaque.

dans les 30 jours de l'Ontario était le même que la moyenne canadienne (6,1 %). De plus, comme le montre l'**annexe 4**, selon un rapport de 2015 sur la mortalité intrahospitalière à la suite d'une crise cardiaque dans 34 pays, le Canada et la Suisse se classent au septième rang avec un taux de mortalité de 5,1 décès pour 100 patients âgés de 45 ans et plus. Ce taux est inférieur au taux moyen de 7,5 décès pour 100 patients âgés de 45 ans et plus dans les pays inclus dans l'étude.

### 2.3.2 Diagnostic et traitement de l'AVC

Les AVC surviennent souvent soudainement. Pour améliorer les chances de survie et de rétablissement, il est essentiel de reconnaître rapidement les symptômes d'AVC et d'agir rapidement. C'est pourquoi la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, un organisme de bienfaisance canadien anciennement connu sous le nom de Fondation des maladies du cœur du Canada, participe à des programmes de recherche, de défense des intérêts et de promotion

de la santé liés aux cardiopathies et aux AVC. La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a élaboré la campagne VITE afin de mettre l'accent sur les trois principaux symptômes d'un AVC et sur le besoin d'agir rapidement pour appeler le 911 lorsqu'on éprouve ou lorsqu'on est témoin des symptômes d'un AVC. (Voir la **section 5.2.2.**)

Dès l'apparition des symptômes de l'AVC, la personne doit se rendre immédiatement à l'hôpital pour y recevoir un traitement. Le traitement approprié dépend de l'état du patient et du type d'AVC qu'il subit (voir l'**annexe 3**). Certains AVC appelés accidents ischémiques transitoires, qui représentaient environ 12 % des AVC ayant mené à une hospitalisation en Ontario en 2020-2021, peuvent se résorber par eux-mêmes ou après la prise de médicaments comme l'aspirine. D'autres types courants d'AVC doivent être traités par une médication ou une chirurgie. Par exemple, les AVC ischémiques, causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin, et les AVC hémorragiques, causés par l'éclatement d'un vaisseau sanguin, sont traités à l'aide de médicaments ou

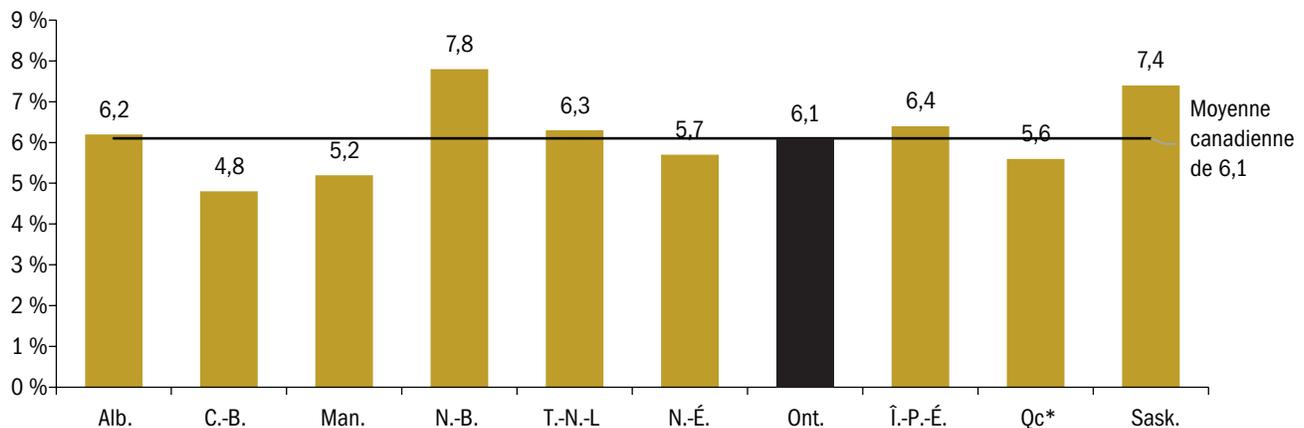
**Figure 5 : Nombre d'interventions cardiaques effectuées, 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario

Procédure	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	% de variation avant la COVID-19 (2015-2016 à 2019-2020)	% de variation après la COVID-19 (2019-2020 à 2020-2021)
Ablation complexe	1 955	2 124	2 360	2 634	2 769	2 692	42	(3)
Ablation ordinaire	2 423	2 397	2 476	2 445	2 471	2 013	2	(19)
Cathétérisme cardiaque	69 000	70 420	71 479	72 751	73 528	62 642	7	(15)
Chirurgie valvulaire	2 708	2 727	2 869	2 994	2 837	2 662	5	(6)
Étude électrophysiologique	4 923	5 093	5 339	5 552	5 735	5 146	16	(10)
Implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC)	745	863	1 023	1 411	1 831	1 940	146	6
Implants d'un dispositif	3 517	3 569	3 602	3 649	3 646	3 371	4	(8)
Intervention coronarienne percutanée (ICP)	25 500	26 526	27 190	27 870	28 018	24 359	10	(13)
Pontage aortocoronarien et chirurgie valvulaire (effectués ensemble)	1 427	1 555	1 418	1 458	1 251	1 176	(12)	(6)
Pontage aortocoronarien	6 894	7 093	7 019	7 018	7 105	5 923	3	(17)
<b>Total des interventions</b>	<b>119 092</b>	<b>122 367</b>	<b>124 775</b>	<b>127 782</b>	<b>129 191</b>	<b>111 924</b>	<b>8</b>	<b>(13)</b>

**Figure 6 : Taux de mortalité intrahospitalière dans les 30 jours suivant une crise cardiaque, par province (%), 2019-2020**

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Remarque : Les données sont rajustées selon les risques, ce qui signifie que les chiffres fournis ont été rajustés pour tenir compte de facteurs liés aux patients traités (comme l'âge des patients, les troubles préexistants) afin de rendre la comparaison entre les provinces plus utile.

\* Les résultats du Québec sont pour 2018-2019.

d'une chirurgie. En 2020-2021, les AVC ischémiques représentaient environ 72 % des AVC ayant mené à une hospitalisation, tandis que les AVC hémorragiques représentaient environ 16 % de ces cas. La **figure 7** montre le nombre d'interventions en cas d'accidents vasculaires cérébraux effectuées fréquemment en Ontario de 2015-2016 à 2019-2020.

L'Institut canadien d'information sur la santé recueille de l'information sur la mortalité hospitalière (toutes causes confondues) survenue dans les 30 jours suivant la première admission des patients ayant reçu un diagnostic d'AVC. Comme le montre la **figure 8**, en 2019-2020, le taux de mortalité intrahospitalière dans les 30 jours de l'Ontario (10,5 %) était inférieur à la moyenne canadienne (11,4 %). De plus, comme

**Figure 7 : Nombre d'interventions de traitement d'un AVC effectuées, 2015-2016 à 2019-2020**

Sources des données : CorHealth Ontario et ministère de la Santé

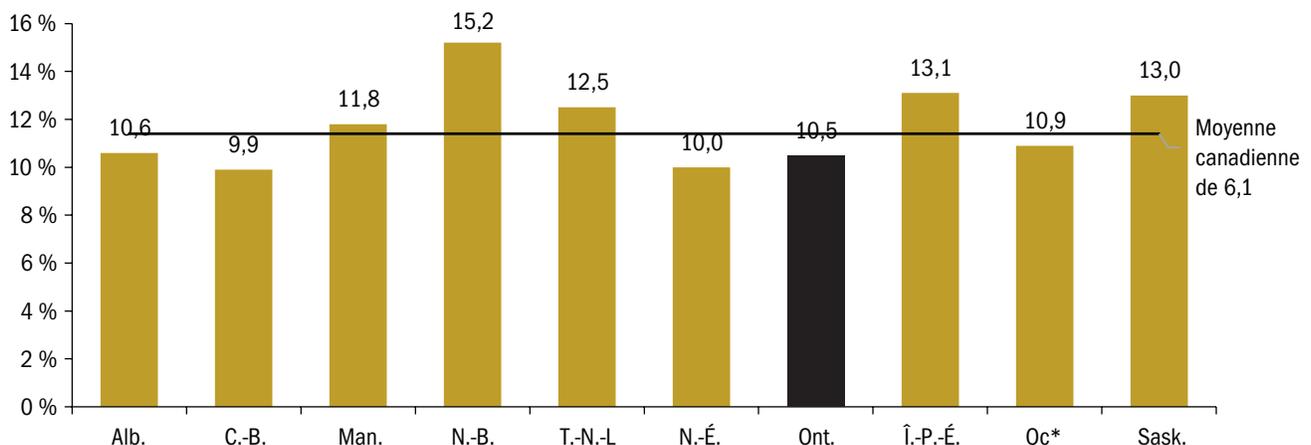
Traitement des accidents vasculaires cérébraux	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Variation en % (2015-2016 à 2019-2020)
Administration d'un activateur tissulaire du plasminogène (tPA) <sup>1</sup>	1 860	1 980	2 003	2 035	2 110	13
Interventions de thrombectomie endovasculaire (TE) <sup>2</sup>	s.o.	s.o.	685	817	1 002	s.o.
Insertion de spirales d'anévrisme <sup>3</sup>	276	300	290	301	324	17
Clipping d'anévrisme <sup>3</sup>	97	87	83	79	80	(18)

Remarque : le tPA et la TE sont deux approches courantes pour traiter les accidents vasculaires cérébraux. Les données pour 2020-2021 ne sont pas disponibles. Les données sont recueillies et analysées par CorHealth Ontario et, au moment de notre audit, elles étaient complètes seulement jusqu'en 2019-2020.

1. Le tPA est un médicament intraveineux utilisé chez les victimes d'un AVC pour dissoudre les caillots et restaurer le flux sanguin vers le cerveau.
2. La TE, une procédure qui peut être effectuée sur certains patients victimes d'un AVC, consiste à insérer un cathéter dans l'aîne d'un patient pour accéder à un gros vaisseau du cerveau et l'enlever physiquement. L'Ontario n'a commencé à financer les interventions de TE qu'en 2017-2018.
3. L'insertion de spirales d'anévrisme et le clipping d'anévrisme peuvent être utilisés chez les victimes d'AVC hémorragique.

**Figure 8 : Taux de mortalité intrahospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral par province (%), 2019-2020**

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Remarque : Les données sont rajustées selon les risques, ce qui signifie que les chiffres fournis ont été rajustés pour tenir compte de facteurs liés aux patients traités (comme l'âge des patients, les troubles préexistants) afin de rendre la comparaison entre les provinces plus utile.

\* Les résultats du Québec sont pour 2018-2019.

le montre l'**annexe 5**, selon un rapport de 2017 sur les taux de mortalité intrahospitalière pour accident vasculaire cérébral ischémique dans 35 pays, le taux de mortalité au Canada de 7,9 décès pour 100 patients de 45 ans et plus n'était que légèrement supérieur au taux moyen de 7,7 des pays inclus dans l'étude.

## 2.4 Financement et surveillance du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

Le ministère de la Santé (le Ministère) est responsable du financement des soins des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, tandis que CorHealth Ontario (CorHealth) est principalement responsable de la surveillance du rendement des hôpitaux en ce qui concerne le traitement des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux.

### 2.4.1 Ministère de la Santé

Le Ministère distribue des fonds aux hôpitaux pour fournir des soins aux personnes atteintes de cardiopathies et victimes d'AVC au moyen de

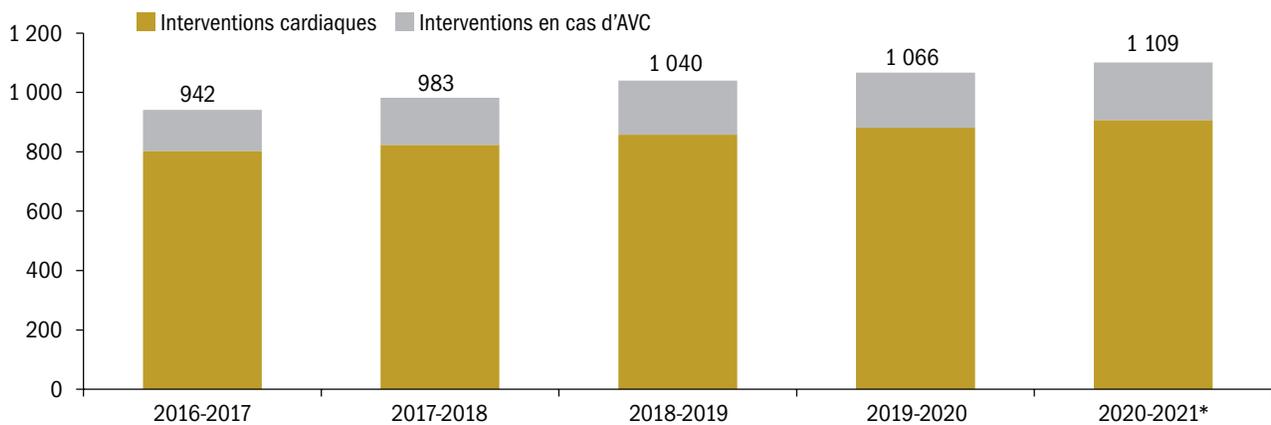
deux modèles : 1) le financement fondé sur les interventions; 2) le financement fondé sur les patients, que l'on appelle le financement au titre des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ).

Plus particulièrement :

1. **Le financement fondé sur les interventions** est utilisé pour les interventions cardiaques de pointe, comme les chirurgies cardiaques. Les hôpitaux reçoivent une certaine somme par intervention calculée à des taux fixes imputée à une allocation que le Ministère fixe pour chaque hôpital au début de l'exercice. Le Ministère collabore avec les hôpitaux tout au long de l'année pour rajuster l'importance de l'allocation, au besoin.
2. **Le financement fondé sur les patients** est utilisé pour traiter les patients atteints d'insuffisance cardiaque et victime d'un AVC. Le financement est versé aux hôpitaux selon des taux fixes par patient ou par intervention et les sommes sont imputés à une allocation que le Ministère fixe pour chaque hôpital au début de l'exercice. Les régions sanitaires de l'Ontario collaborent avec les hôpitaux tout au long de l'année pour ajuster l'importance de l'allocation, au besoin. Le

**Figure 9 : Financement des hôpitaux pour les interventions dans le domaine des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, 2016-2017 à 2020-2021 (en millions de dollars)**

Source des données : Ministère de la Santé



Remarque : Les interventions cardiaques comprennent celles indiquées à la figure 5, ainsi que les soins et le traitement pour l'insuffisance cardiaque congestive. Les interventions pour traiter l'AVC comprennent le traitement des accidents ischémiques hémorragiques, ischémiques et ischémiques transitoires ainsi que la thrombectomie endovasculaire. Le financement des interventions de traitement de l'AVC et des soins pour l'insuffisance cardiaque congestive pour tous les exercices est fondé sur les allocations initiales parce que le financement après rapprochement ne peut être attribué à certains types d'interventions.

\* Au moment de notre audit, les rapprochements de fin d'exercice pour le financement des interventions cardiaques n'étaient pas terminés pour 2020-2021, de sorte que les montants indiqués correspondent aux affectations initiales du Ministère et aux versements spéciaux liés à la COVID-19.

financement au titre des AMQ vise à améliorer la qualité des soins et à optimiser l'utilisation des ressources en favorisant l'adoption de pratiques cliniques exemplaires et en renforçant le lien entre la qualité et le financement.

Le financement des services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux a augmenté d'environ 18 % de 2016-2017 à 2020-2021, passant d'environ 942 millions de dollars à environ 1,1 milliard de dollars (voir la **figure 9**). Le financement comprenait l'introduction et la mise en œuvre de nouvelles technologies et interventions ainsi que de nouveaux centres de soins cardiaques et de traitement des victimes d'AVC. Si un hôpital a utilisé tous les fonds du Ministère affectés aux services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, il peut utiliser son budget global pour financer et exécuter d'autres interventions dans ce domaine.

Le Ministère désigne certains hôpitaux de la province comme des centres de soins cardiaques ou des centres de traitement des victimes d'AVC. Les centres de soins cardiaques et les centres de traitement des victimes d'AVC sont généralement les mieux équipés pour traiter les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux en raison de leur expertise et de leur capacité à effectuer les tests diagnostiques et les interventions nécessaires. Voir l'**annexe 1** pour obtenir la liste de tous les centres de soins cardiaques et de traitement des victimes d'AVC de la province par région sanitaire de l'Ontario.

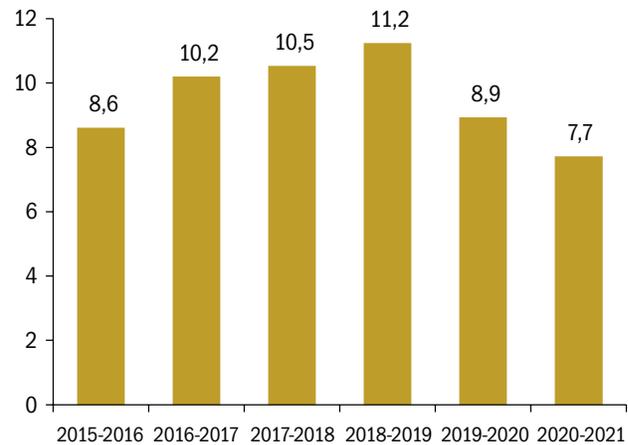
### 2.4.2 CorHealth Ontario

CorHealth est un organisme provincial financé par le Ministère dont le mandat englobe les soins cardiaques, vasculaires et de traitement des AVC pour les patients adultes dans la province. CorHealth a été créé en 2016 par la fusion du Réseau ontarien de soins cardiaques et de l'Ontario Stroke Network. Il a été officiellement nommé CorHealth Ontario en juin 2017.

CorHealth a reçu environ 7,7 millions de dollars du Ministère en 2020-2021, soit environ 9 % de

**Figure 10 : Financement du Ministère versé à CorHealth Ontario, 2015-2016 à 2020-2021 (en millions de dollars)**

Source des données : Ministère de la Santé



Remarque : Le financement du Ministère versé à CorHealth Ontario a diminué de 2018-2019 à 2019-2020 en raison de l'achèvement de plusieurs projets particuliers qui avaient déjà été financés (comme l'élaboration d'un projet d'amélioration de la qualité de l'échocardiographie et les travaux liés à l'élaboration de procédures fondées sur la qualité pour les soins cardiovasculaires). Les données de 2015-2016 portent sur le financement du Réseau ontarien de soins cardiaques (5,9 millions de dollars) et de l'Ontario Stroke Network (2,7 millions de dollars).

moins que les 8,6 millions de dollars que ses deux organismes prédécesseurs avaient reçus en 2015-2016 (voir la **figure 10**). Au 31 mars 2021, CorHealth comptait environ 42 employés équivalents temps plein.

Les responsabilités de CorHealth sont notamment les suivantes :

- fournir une orientation et des recommandations fondées sur des données probantes au Ministère, à Santé Ontario, aux anciens réseaux locaux d'intégration des services de santé (qui font maintenant partie de Santé Ontario) et aux hôpitaux pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et l'équité des services cardiaques, vasculaires et de traitement des accidents vasculaires cérébraux pour les patients ontariens;
- effectuer des analyses de données et formuler des prévisions à l'appui des politiques provinciales et des programmes de financement futurs visant à assurer l'uniformité de la qualité des soins de santé à l'échelle de la province;

- surveiller le rendement des hôpitaux par rapport aux indicateurs de rendement qu'il établit pour déterminer si le rendement s'améliore ou se détériore à l'échelle des hôpitaux, des régions et des provinces.

Au moment de notre audit, le Ministère prévoyait faire passer CorHealth d'un organisme autonome à une division de Santé Ontario. La transition devrait être terminée à la fin de 2021-2022.

D'autres organismes provinciaux ont également des responsabilités qui couvrent des domaines liés à ceux couverts par CorHealth. Par exemple, Qualité des Services de Santé Ontario, qui est devenu une division de Santé Ontario en décembre 2019, est un organisme gouvernemental financé par le Ministère pour agir à titre de conseiller du gouvernement sur la qualité des soins de santé dans la province. Son rôle consiste notamment à publier des normes de soins cliniques et des rapports sur le rendement du système de santé dans son ensemble.

Un autre exemple est Santé publique Ontario, un organisme provincial chargé de fournir des données scientifiques et des conseils spécialisés sur des questions liées à la santé publique, ainsi que de recueillir des données sur les maladies chroniques – y compris les maladies cardiovasculaires – en Ontario et de déclarer le fardeau qu'elles représentent. Bien que les responsabilités de Qualité des Services de Santé Ontario et de Santé publique Ontario couvrent certains aspects du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, contrairement à CorHealth, leur travail n'est pas uniquement axé sur les maladies cardiovasculaires. De plus, les rapports sur le rendement produits par Qualité des Services de Santé Ontario pour le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux sont parfois fondés sur les données recueillies par CorHealth.

## 2.5 Incidence de la COVID-19 sur le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

La pandémie de COVID-19 a entraîné des répercussions sur la vie des Ontariens de nombreuses

façons. Elle a été officiellement déclarée pandémie par la lieutenant-gouverneure en conseil en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* le 17 mars 2020. La COVID-19 a entraîné des répercussions négatives sur l'accès des Ontariens aux services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux. Par exemple :

- Les services de soins primaires, qui comprennent la reconnaissance des symptômes, l'examen des patients et l'aiguillage des patients vers des spécialistes, pouvaient généralement être obtenus, mais ces services n'étaient souvent offerts que par voie virtuelle par téléphone ou vidéo plutôt qu'en personne.
- Même si les urgences demeuraient accessibles aux patients ayant besoin d'un traitement immédiat en raison de cardiopathies ou parce qu'ils présentaient des symptômes d'AVC, certaines personnes hésitaient à se rendre à l'hôpital pendant la pandémie.
- Seuls les hôpitaux offraient systématiquement des interventions urgentes ou d'urgence dans le traitement de maladies cardiaques et de l'AVC. Les chirurgies et les interventions jugées non essentielles ou non urgentes ont été suspendues ou leur nombre a été réduit, du 19 mars 2020 au 26 mai 2020 et de nouveau du 20 avril 2021 au 19 mai 2021, lorsque le médecin hygiéniste en chef a émis une directive indiquant que toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes devaient être suspendues ou que leur nombre devait être réduit à des niveaux minimaux. Durant ces périodes, les personnes qui avaient besoin d'interventions chirurgicales ou d'interventions non urgentes étaient inscrites sur une liste d'attente qui n'a cessé de s'allonger.
- Les services de réadaptation pour les patients cardiaques et victimes d'AVC ont été perturbés par la fermeture de certains services en personne, de sorte que ces services n'ont été offerts que par voie virtuelle aux patients. Les répercussions de ces fermetures se sont fait sentir à l'échelle régionale. Les raisons de ces fermetures étaient diverses, mais elles étaient principalement

tributaires de la directive provinciale de diminuer les activités non urgentes, d'un besoin de redéployer du personnel pendant cette période dans des établissements de soins de longue durée et dans d'autres hôpitaux ou encore en raison d'éclousions de COVID-19 survenues sur le site en question.

La **section 7.0** fournit plus de détails sur les répercussions de la COVID-19 sur le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.

### 3.0 Objectif et étendue de l'audit

L'audit mené par le Bureau avait pour objectif de déterminer si le ministère de la Santé (ci-après le Ministère), de concert avec CorHealth Ontario (CorHealth) et les fournisseurs des soins de santé de la région ou de la collectivité locale, avait mis en place des consignes et des systèmes performants pour :

- fournir des services dans le domaine des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux en temps opportun, de manière équitable et selon un bon rapport coût-efficacité pour répondre aux besoins de la population ontarienne et qu'ils se conforment aux normes, aux lignes directrices et aux lois applicables;
- évaluer les résultats et l'efficacité des initiatives et des services dans le domaine des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux afin d'atteindre les objectifs établis et faire rapport à ce sujet.

Lors de la planification de nos travaux, nous avons déterminé les critères d'audit (voir l'**annexe 6**) à utiliser pour atteindre notre objectif d'audit. Ces critères reposent notamment sur un examen des lois, des politiques et des consignes applicables, des études internes et externes, et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du Ministère et de CorHealth ont passé en revue les

objectifs du Bureau et leurs critères connexes, après quoi ils ont convenu de leur pertinence.

L'audit s'est déroulé de janvier 2020 à juillet 2021. Les travaux d'audit sur le terrain ont été suspendus d'avril 2020 à décembre 2020 en reconnaissance du lourd fardeau que la COVID-19 impose au système de santé. Nous avons obtenu de la direction du Ministère et CorHealth une déclaration écrite selon laquelle, au 19 novembre 2021, ils avaient fourni à notre Bureau toute l'information qui, à leur connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

La plus grande partie de notre travail d'audit a été effectuée à la Direction des services de santé du Ministère, à la Hospitals Branch et à la Direction des programmes provinciaux, ainsi qu'à CorHealth. Dans le cadre de ses travaux d'audit, le Bureau :

- a interrogé la haute direction et le personnel responsables de la surveillance générale et du financement des services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux afin de comprendre les processus et les défis actuels en Ontario;
- a examiné les rapports pertinents et les notes d'information liés à la stratégie de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux;
- a obtenu des renseignements sur les soins en milieu hospitalier et communautaire aux victimes d'AVC reçus par les Ontariens et sur les dépenses des hôpitaux, ainsi que sur la facturation des soins en cas de maladie cardiaque et d'AVC par les médecins;
- a examiné les données sur les visites aux urgences et les hospitalisations liées au traitement et aux soins des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux et les raisons de ces séjours;
- a examiné les analyses et les rapports sur la disponibilité des services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux en Ontario;
- a analysé les rapports sur le rendement (y compris l'information sur les temps d'attente) liés au traitement des cardiopathies et des accidents

vasculaires cérébraux par les hôpitaux et les fournisseurs de services de réadaptation.

Notre travail d'audit portait sur sept hôpitaux ou groupes d'hôpitaux qui sont ou ont des centres de soins cardiaques ou des centres de traitement des victimes d'AVC (voir l'**annexe 1**). Ces hôpitaux/groupe d'hôpitaux sont les suivants : Hamilton Health Sciences, le Centre des sciences de la santé de London, l'Hôpital d'Ottawa, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, Trillium Health Partner et Unity Health Toronto (plus précisément l'Hôpital St. Michael) et l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Nous avons sélectionné ces hôpitaux en fonction de leur emplacement géographique (y compris au moins un hôpital dans chacune des cinq régions sanitaires de l'Ontario), ainsi que du type et du volume d'interventions effectuées. Dans le cadre de ses travaux d'audit, le Bureau :

- a rencontré le personnel des hôpitaux ou discuté avec lui pour comprendre les services de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux qu'il offre et les défis auxquels il fait face;
- a examiné des politiques, des procédures et d'autres documents pertinents ayant trait aux programmes afin de connaître leurs services et leurs activités;
- a obtenu des renseignements sur le traitement et l'expérience des patients victimes de cardiopathies et d'AVC, y compris des renseignements sur le coût et la durée de l'hospitalisation, des données d'enquête auprès des patients et des dossiers des patients.

En plus de communiquer avec les sept hôpitaux mentionnés ci-dessus, nous avons également rencontré le personnel et recueilli des données auprès d'autres hôpitaux et d'intervenants pertinents de la province afin de mieux comprendre les pratiques en matière de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, y compris les services de réadaptation et les soins pédiatriques (voir l'**annexe 7**).

Afin de mieux comprendre les points de vue et les défis des centres de soins cardiaques et de traitement des victimes d'AVC, en plus des sept hôpitaux susmentionnés qui sont des centres de soins cardiaques ou des centres de traitement des victimes d'AVC, nous avons également envoyé un sondage à d'autres hôpitaux, dont 14 centres de soins cardiaques et 22 centres de traitement des victimes d'AVC. Nous avons reçu des réponses de neuf centres de soins cardiaques et de 13 centres de traitement des victimes d'AVC (64 % des centres de soins cardiaques restants et 59 % des centres de traitement des victimes d'AVC restants). Dans l'ensemble, en communiquant directement avec les hôpitaux et en effectuant un sondage auprès de ceux-ci, nous avons recueilli des renseignements et reçu des réponses de 15 (ou 75 %) des 20 centres de soins cardiaques et de 19 (68 %) des 28 centres de traitement des victimes d'AVC.

Nous avons également discuté avec le personnel de Santé Ontario et recueilli des données sur les programmes de lutte contre le cancer afin de comprendre comment la surveillance du traitement du cancer en Ontario se compare à celle du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.

Pour en apprendre davantage sur les initiatives d'approvisionnement antérieures et actuelles dans les hôpitaux de l'Ontario, nous avons rencontré ApprovisiOntario (un organisme créé par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs le 5 novembre 2020 pour centraliser la chaîne d'approvisionnement du gouvernement et rationaliser les processus d'approvisionnement) et avons interrogé des représentants de la Mohawk Medbuy Corporation et de Plexxus, les deux plus importants organismes sans but lucratif de l'Ontario spécialisés dans les services de la chaîne d'approvisionnement en soins de santé.

Nous avons discuté avec des membres du personnel de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC afin de comprendre les difficultés auxquelles font face les patients atteints de cardiopathies ou victimes d'un AVC partout au Canada, de voir comment l'Ontario se compare aux autres provinces

en matière de prestation de soins et d'en apprendre davantage sur les programmes de promotion de la santé offerts à l'échelle nationale.

Afin de mieux comprendre les systèmes de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux dans d'autres provinces, nous avons discuté avec des membres du personnel des Services de santé de l'Alberta et de la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique et recueilli des données.

Nous avons fait appel à un expert-conseil, un cardiologue qui exerce dans une autre province, pour mieux comprendre les pratiques exemplaires en matière de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux au Canada et dans le monde entier.

Nous avons réalisé nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela comprenait l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Il s'est conformé aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés de l'Ontario, qui sont fondées sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

## 4.0 Constatations détaillées de l'audit : Traitement des cardiopathies

### 4.1 Les interventions cardiaques ne sont pas toujours effectuées en temps opportun et les listes d'attente pour les interventions se sont allongées

#### 4.1.1 De nombreux patients victimes d'une crise cardiaque ne bénéficient pas d'une intervention d'urgence vitale dans les délais cibles de la province

Une crise cardiaque – appelée en termes médicaux infarctus du myocarde – survient lorsque le débit sanguin est complètement ou partiellement obstrué dans une artère coronaire. Chez les patients victimes d'une crise cardiaque, il est impératif de rétablir rapidement le débit sanguin oxygéné afin de prévenir des lésions cardiaques permanentes et la mort. « La rapidité d'intervention fait foi de tout » est une expression utilisée en cardiologie. Elle souligne l'importance d'un traitement rapide, car le cœur lui-même est un organe musculaire qui peut être endommagé de façon permanente lorsqu'il est privé d'oxygène. Lorsque le débit sanguin est complètement obstrué, le patient souffre d'un infarctus du myocarde avec surélévation du segment T (STEMI). Une intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) est utilisée pour rouvrir l'artère et rétablir le débit sanguin. Au moment de notre audit, 20 hôpitaux de la province étaient équipés pour effectuer des interventions coronariennes percutanées primaires (ICPP) (dont 17 effectuent des ICPP 24 heures sur 24, 7 jours sur 7).

En 2017-2018, CorHealth a adopté les cibles provinciales suivantes en matière de délai de traitement, lesquelles sont fondées sur la rapidité de l'ICPP chez de patients STEMI :

1. L'une des cibles est que 75 % des patients STEMI subissent une ICPP dans les 90 minutes suivant le

premier contact médical lorsqu'ils se présentent à un hôpital en mesure d'effectuer une ICPP.

2. L'autre cible s'applique lorsqu'un patient se présente à un hôpital, mais doit être transféré vers un autre hôpital en mesure d'effectuer une ICPP. Dans de tels cas, la cible est que 75 % des patients STEMI subissent une ICPP dans les 120 minutes suivant leur arrivée au premier hôpital.

Le non-respect de ces cibles peut entraîner le décès d'Ontariens. Selon une étude publiée en 2006 dans le *Journal of the American College of Cardiology*, les taux de mortalité intrahospitalière et les taux de mortalité sept ans après l'intervention ont augmenté lorsque les patients ont dû attendre plus longtemps avant de recevoir une ICPP. Plus particulièrement :

- Le taux de mortalité intrahospitalière était de 4,9 % pour les patients traités entre zéro et 1,4 heure, et il est passé à 6,1 % pour les patients traités entre 1,5 heure et 1,9 heure. Le taux augmentait encore à 8 % lorsque les patients devaient attendre de 2 à 2,9 heures, et à 12,2 % lorsque les patients devaient attendre 3 heures ou plus.
- Le taux de mortalité des patients 7 ans après l'intervention était de 12,6 % chez les patients traités entre zéro et 1,4 heure, et il augmentait à 16,4 % chez les patients traités entre 1,5 heure et 1,9 heure. Le taux augmentait encore à 20,4 % lorsque les patients devaient attendre de 2 à 2,9 heures, et à 27,1 % lorsque les patients devaient attendre 3 heures ou plus.

Les figures 11 et 12 montrent le rendement historique par rapport à ces délais cibles avant l'ICPP. Comme ces chiffres l'indiquent, ces cibles n'ont jamais été atteintes à l'échelle provinciale depuis le deuxième trimestre de 2017-2018, lorsque CorHealth a commencé à rendre compte de façon constante du rendement par rapport à ces cibles. Nous avons également constaté une variation considérable du rendement à l'échelle de la province. Par exemple, pour le dernier trimestre de 2020-2021 :

- La figure 11 indique qu'environ 45 % (322 sur 715) des patients STEMI ont été traités dans

un délai de 90 minutes suivant leur arrivée à un hôpital qui effectue l'ICPP, le rendement allant d'environ 6 % dans un hôpital (Réseau universitaire de santé) à environ 67 % dans deux autres hôpitaux (Centre des sciences de la santé de London et Centre de santé régional de Windsor).

- La figure 12 indique qu'environ 41 % (179 sur 436) des patients STEMI ont été traités dans un délai de 120 minutes lorsqu'ils se sont présentés à un hôpital qui n'effectue pas l'ICPP, le rendement allant d'environ 8 % chez les patients transférés à un hôpital (Kingston General Hospital) à environ 58 % chez ceux transférés à un autre hôpital (Peterborough Regional Health Centre).

Selon une recherche documentée par les cardiologues ontariens et le personnel de CorHealth dans le *Journal canadien de cardiologie* en juillet 2020, des cibles n'auraient pas été atteintes en raison de facteurs liés à la COVID-19. Par exemple, l'augmentation des mesures de sécurité ainsi que la disponibilité limitée des services de transport et du personnel soignant ont probablement accru le délai de traitement des patients victimes d'une crise cardiaque. Par ailleurs, un chevauchement entre les symptômes de maladie cardiaque et la COVID-19 a pu compliquer le diagnostic définitif d'une crise cardiaque. La section 7.0 fournit plus de détails sur les répercussions de la COVID-19 sur le traitement cardiaque.

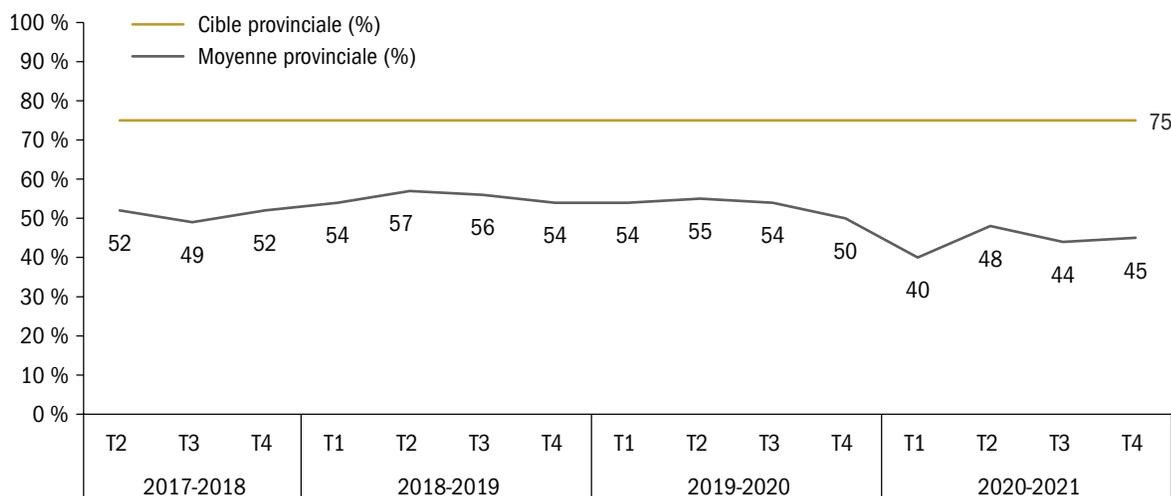
#### 4.1.2 Les cibles relatives aux délais d'attente avant les interventions cardiaques ne sont pas toujours atteintes

CorHealth fait le suivi des délais d'attente avant de nombreuses interventions cardiaques, mais ces temps d'attente ne sont pas tous rendus publics. Seuls les temps d'attente associés aux trois interventions suivantes suivies par CorHealth sont déclarés publiquement par Qualité des Services de Santé Ontario par rapport aux cibles provinciales en matière de délai d'attente (voir la figure 13) :

1. cathétérisme cardiaque diagnostique, qui consiste à injecter un colorant dans les artères

**Figure 11 : Pourcentage de cas d'infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) dont la cible de 90 minutes après l'intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) est atteinte, 2017-2018 à 2020-2021**

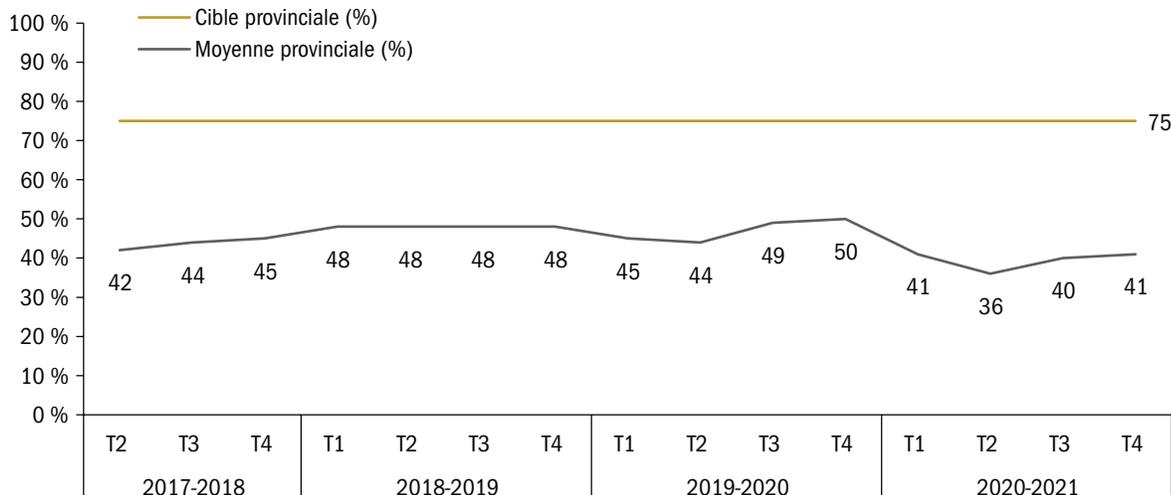
Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : CorHealth Ontario recueille ces données sur une base régulière depuis le deuxième trimestre de 2017-2018.

**Figure 12 : Pourcentage de cas d'infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) dont la cible est de 120 minutes après l'intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) est atteinte, 2017-2018 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : CorHealth Ontario recueille ces données sur une base régulière depuis le deuxième trimestre de 2017-2018.

- coronaires du patient pour détecter la présence et l'étendue des obstructions à l'aide de l'imagerie diagnostique;
- intervention coronarienne percutanée (ICPP), qui consiste à élargir une artère coronaire étroite et à placer une endoprothèse pour maintenir l'artère ouverte;

- Pontage aortocoronarien, une intervention chirurgicale visant à contourner une artère coronaire obstruée pour rétablir le débit sanguin.

La figure 14 montre le rendement provincial par rapport à ces cibles pour les exercices de 2015-2016 à 2019-2020, ce qui se rapproche des cinq exercices précédant l'arrêt initial des interventions

**Figure 13 : Cibles de temps d'attente pour diverses interventions cardiaques par niveau de priorité**

Source : CorHealth Ontario et Qualité des Services de Santé Ontario

Niveau de priorité <sup>1</sup>	Délai entre l'aiguillage et le cathétérisme cardiaque diagnostique <sup>2</sup>	Délai entre la décision et l'intervention coronarienne percutanée (ICP) <sup>3</sup>	Délai entre la décision et le pontage aortocoronarien <sup>3</sup>
Urgent et d'urgence	7 jours	7 jours	14 jours
Semi-urgent	28 jours	14 jours	42 jours
Non urgent	84 jours	28 jours	90 jours

Remarque : Les temps d'attente cibles devraient être atteints pour 9 patients traités sur 10 (90 %).

1. Les cas d'urgence sont ceux qui exigent une hospitalisation et une attention immédiate, mais ils sont amalgamés aux cas urgents dans le suivi. Les cas urgents comprennent les cas qui sont graves, mais qui n'exigent pas une attention immédiate. Les cas semi-urgents comprennent les cas pour lesquels une intervention est planifiée et qui comportent une certaine urgence médicale, mais qui n'exigent pas d'hospitalisation. Les cas non urgents ou électifs sont ceux pour lesquels une intervention est planifiée, mais qui ne sont pas urgents sur le plan médical.
2. Mesuré à partir de l'aiguillage du patient pour une intervention jusqu'au moment de l'exécution de celle-ci.
3. Mesuré entre le moment où le patient et le chirurgien ou spécialiste décident de procéder à l'intervention jusqu'au moment où le patient subit l'intervention.

**Figure 14 : Rendement par rapport aux temps d'attente cibles pour soins cardiaques, par intervention et niveau de priorité, 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario

	2015-2016 (%)	2016-2017 (%)	2017-2018 (%)	2018-2019 (%)	2019-2020 (%)	2020-2021 (%)
<b>Cathétérisme cardiaque</b>						
Urgent et d'urgence	99	98	99	98	98	98
Semi-urgent	89	80	79	84	80	83
Non urgent	100	99	99	99	99	96
<b>Intervention coronarienne percutanée (ICP)</b>						
Urgent et d'urgence	95	96	94	94	93	93
Semi-urgent	67	61	59	52	52	55
Non urgent	84	82	77	75	73	74
<b>Pontage aortocoronarien</b>						
Urgent et d'urgence	92	91	93	94	92	95
Semi-urgent	87	87	86	90	91	90
Non urgent	95	89	89	93	93	90

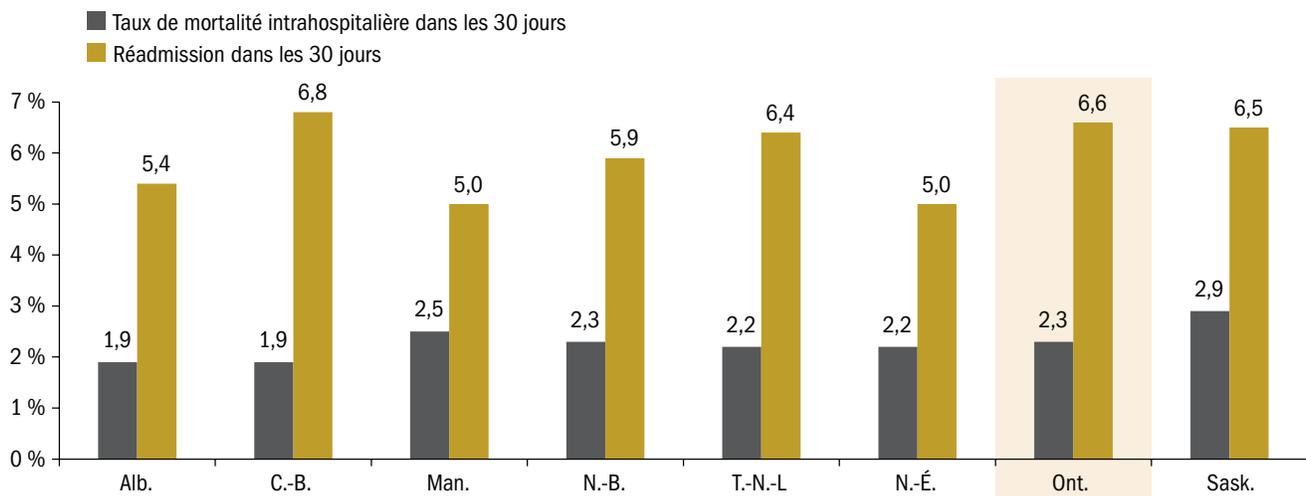
non urgentes en raison de la COVID-19, et pour 2020-2021, où la COVID-19 a eu une incidence majeure sur le fonctionnement des hôpitaux. Bien que les hôpitaux de l'Ontario aient été en mesure d'effectuer la plupart des interventions cardiaques urgentes dans les délais ciblés, ils n'ont pas été en mesure d'atteindre aussi souvent les cibles relatives aux délais d'attente avant les interventions semi-urgentes et non urgentes. L'impact de la COVID-19 sur le fonctionnement des hôpitaux n'a pas compromis

de façon significative le rendement provincial par rapport à ces cibles. En effet, on n'observe pas de baisse importante du rendement en 2020-2021 par rapport à 2019-2020. La **section 7.0** fournit plus de détails sur les répercussions de la COVID-19 sur le traitement des cardiopathies.

En particulier, les cibles relatives à l'exécution des ICP semi-urgentes et non urgentes n'ont pas été atteintes. Selon les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Ontario

**Figure 15 : Taux de mortalité dans les 30 jours et taux de réadmission dans les 30 jours suivant une intervention coronarienne percutanée (ICP), par province, 2016-2017 à 2018-2019**

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Remarque : Les données des autres provinces (Île-du-Prince-Édouard et Québec) et des territoires (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) n'étaient pas disponibles au moment de notre audit. Les données sont rajustées selon les risques, ce qui signifie que les chiffres fournis ont été rajustés pour tenir compte de facteurs liés aux patients traités (comme l'âge des patients, les troubles préexistants) afin de rendre la comparaison entre les provinces plus utile.

affichait probablement un taux de réadmission dans les 30 jours suivant une ICP plus élevé que dans toutes les autres provinces (à l'exception de la Colombie-Britannique). Le taux de mortalité intrahospitalière dans les 30 jours suivant une ICP était de 2,3 % en Ontario, ce qui n'était pas significativement différent de celui des autres provinces. Toutefois, il était légèrement plus élevé que le taux observé en Alberta et en Colombie-Britannique. La **figure 15** compare le rendement par rapport à ces mesures par province.

Comme le montrent la **figure 13** et la **figure 14**, nous constatons également que le suivi des délais d'attente de CorHealth avant les interventions cardiaques urgentes et urgentes ne fait pas de distinction entre les interventions urgentes (planifiées) et d'urgence, les deux niveaux de priorité étant déclarés publiquement par rapport aux mêmes cibles en matière de délai d'attente pour les trois interventions susmentionnées. La déclaration des interventions d'urgence de concert avec les interventions urgentes planifiées exagère la rapidité avec laquelle l'Ontario fournit des soins pour les interventions urgentes planifiées, car les

interventions d'urgence sont effectuées beaucoup plus rapidement et sans délai d'attente. La distinction entre les interventions d'urgence et les interventions urgentes dans le suivi des délais d'attente permettrait de produire des rapports plus précis.

#### 4.1.3 Les délais d'attente, les listes d'attente et les décès de patients en attente d'une intervention cardiaque ont augmenté en raison de l'augmentation de la demande

Une comparaison entre les années 2015-2016 et 2020-2021 montre que les délais d'attente pour la plupart des interventions et les niveaux de priorité ont augmenté (voir la **figure 16**).

- Au cours de la période de cinq ans se terminant en 2019-2020, soit environ cinq ans avant les répercussions majeures de la COVID-19, alors que le nombre d'interventions cardiaques effectuées a augmenté de plus de 8 % (passant de plus de 119 000 interventions en 2015-2016 à plus de 129 000 en 2019-2020), le nombre de patients en attente d'une intervention cardiaque durant cette

**Figure 16 : Temps d'attente moyen par niveau de priorité pour diverses interventions cardiaques (jours), 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario

Procédure et niveau de priorité	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
<b>Cathétérisme cardiaque diagnostique<sup>1</sup></b>						
Urgent et d'urgence	1	1	1	1	1	1
Semi-urgent	14	18	18	17	19	19
Non urgent	17	21	22	20	23	27
Non attribué <sup>2</sup>	13	16	14	17	16	16
<b>Pontage aortocoronarien</b>						
Urgent et d'urgence	6	8	7	6	7	6
Semi-urgent	17	19	18	16	14	16
Non urgent	31	38	38	32	31	34
Non attribué <sup>2</sup>	26	23	27	12	23	15
<b>Intervention coronarienne percutanée (ICP)</b>						
Urgent et d'urgence	2	2	3	3	3	3
Semi-urgent	13	15	16	18	19	19
Non urgent	15	16	21	21	21	24
Non attribué <sup>2</sup>	3	18	5	4	5	3
<b>Autre<sup>3</sup></b>						
Urgent et d'urgence	30	34	33	30	31	35
Semi-urgent	50	60	57	55	51	75
Non urgent	41	47	44	45	42	46
Non attribué <sup>2</sup>	71	81	84	87	93	105

1. Les temps d'attente pour les cathéters cardiaques sont mesurés à partir du moment de l'aiguillage jusqu'au moment où l'intervention est effectuée pour s'harmoniser avec la façon dont le rendement est suivi par rapport aux délais de prestation cibles. Tous les autres temps d'attente sont mesurés à partir du moment où le patient décide de subir l'intervention avec son chirurgien ou son spécialiste jusqu'au moment de l'exécution de celle-ci.
2. Les niveaux de priorité sont déterminés par un algorithme. Lorsque les renseignements requis sont manquants, aucun niveau de priorité n'est attribué. Des niveaux de priorité n'ont pas été attribués à certaines interventions comme l'implantation d'une valve aortique par voie transcathéter puisqu'il n'existe aucun délai d'attente cible fondé sur les priorités en Ontario.
3. La catégorie Autres comprend les interventions suivantes : ablations (normales et complexes), pontage aortocoronarien et remplacement valvulaire simultanés, implantations de dispositifs, études électrophysiologiques, remplacement valvulaire isolé et implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC).

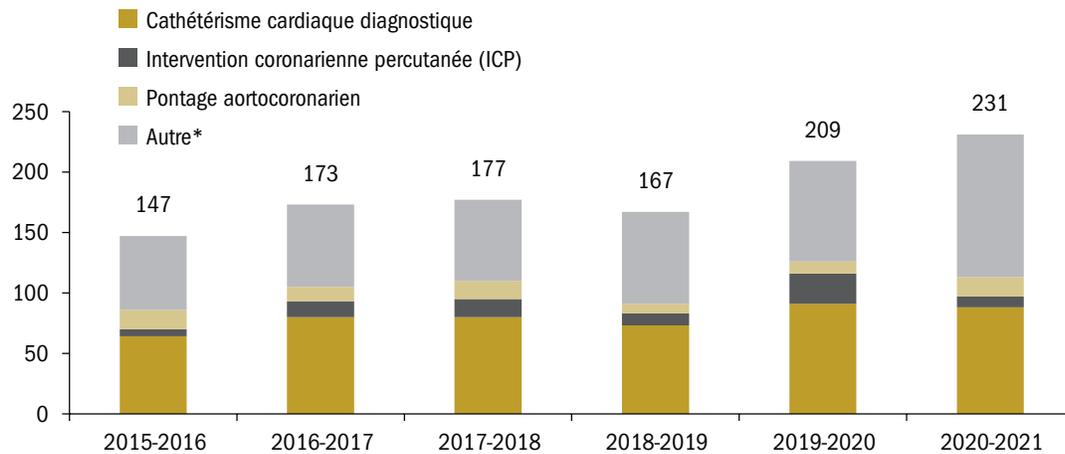
période a augmenté à un rythme beaucoup plus rapide : environ 44 % (passant d'une moyenne d'environ 5 450 patients en 2015-2016 à environ 7 850 en 2019-2020). Ainsi, les temps d'attente pour de nombreuses interventions cardiaques sont demeurés à peu près les mêmes ou ont légèrement augmenté de 2015-2016 à 2019-2020.

- Pendant la pandémie de COVID-19, le nombre d'interventions cardiaques a chuté de plus de 13 %, passant d'environ 129 000 en 2019-2020 à environ 112 000 en 2020-2021. Parallèlement, la liste d'attente moyenne s'est allongée de plus

de 6 %, passant d'environ 7 850 patients en 2019-2020 à environ 8 340 en 2020-2021. Cette augmentation de moins de 500 personnes était inférieure à la croissance moyenne de la liste d'attente d'environ 600 patients par année pendant la période quinquennale précédant 2020-2021. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients choisissent de ne pas se faire traiter ou parce qu'ils n'ont pas eu accès aux traitements pendant la COVID-19. Cette question est abordée plus en détail à la **section 7.0**.

**Figure 17 : Décès de patients sur une liste d'attente pour diverses interventions cardiaques planifiées, 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario



\* La catégorie Autres comprend les interventions suivantes : ablations (normales et complexes), pontage aortocoronarien et remplacement valvulaire simultanés, implantations de dispositifs, études électrophysiologiques, remplacement valvulaire isolé et implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC).

L'allongement des listes d'attente a également contribué à l'aggravation de l'état des patients et à un nombre accru de décès chez les patients en attente d'une intervention cardiaque (voir la **figure 17**).

- Au cours de la période quinquennale se terminant en 2019-2020, le nombre de décès de patients en attente a augmenté de 42 %, passant de 147 patients en 2015-2016 à 209 patients en 2019-2020. Ce taux concorde avec l'augmentation de 44 % du nombre moyen de personnes inscrites sur une liste d'attente pour une intervention cardiaque au cours de ces exercices.
- D'avril 2021, peu après le début de la pandémie de COVID-19, à la fin de 2020-2021, le nombre de patients décédés alors qu'ils étaient sur des listes d'attente a augmenté de plus de 10 %, passant de 209 patients en 2019-2020 à 231 patients en 2020-2021 (voir la **section 7.0**).

Le vieillissement de la population fait augmenter la demande de services de soins cardiaques. La croissance du nombre de personnes nécessitant une intervention cardiaque devrait se poursuivre, compte tenu des projections qui montrent que la population continuera de vieillir. Par exemple :

- Selon les données de Statistique Canada, alors que la population ontarienne âgée de moins de 64 ans

a augmenté d'environ 5 % (passant d'environ 11,6 millions en 2016 à environ 12,1 millions en 2020), la population ontarienne âgée de 65 ans et plus a augmenté trois fois plus rapidement, soit d'environ 15 % (passant d'environ 2,3 millions en 2016 à 2,6 millions en 2020).

- Les données du ministère de la Santé indiquent que de 2016-2017 à 2020-2021, plus de 60 % des visites aux urgences en raison d'un accident cardiaque ou d'un AVC concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus.
- Selon les projections de croissance démographique du ministère des Finances pour la prochaine décennie, le nombre d'Ontariens âgés de 65 ans et plus devrait continuer d'augmenter. D'ici 2031, la population totale de l'Ontario devrait augmenter de 16 % par rapport à ce qu'elle était en 2020, mais la population des 65 ans et plus devrait augmenter de 42 %.

Il est important que le Ministère tienne compte du vieillissement de la population de l'Ontario lorsqu'il effectue la planification stratégique et prend des décisions de financement et d'investissement dans le domaine des interventions cardiaques pour améliorer le rendement relatif aux délais d'attente.

## RECOMMANDATION 1

Afin d'améliorer la déclaration des délais d'attente et de fournir aux patients des interventions plus rapides en cas de cardiopathies, le ministère de la Santé devrait enjointre à CorHealth Ontario :

- d'établir des cibles distinctes en ce qui concerne les délais d'attente pour des interventions urgentes et des interventions d'urgence et d'assurer un suivi distinct du rendement par rapport à ces cibles et d'en rendre compte;
- d'évaluer les interventions cardiaques sans cibles relatives au délai de traitement afin de déterminer si la prestation des soins en temps voulu peut avoir une incidence sur les résultats pour les patients;
- d'établir des délais de traitement cibles pour certaines procédures déterminées et de rendre compte publiquement du rendement par rapport à ces cibles;
- d'évaluer régulièrement le rendement des hôpitaux par rapport à toutes les cibles relatives au délai de traitement pour les interventions cardiaques et de collaborer avec les hôpitaux pour prendre les mesures nécessaires pour atteindre largement ces cibles;
- d'analyser les méthodes de gestion des listes d'attente pour des interventions cardiaques des hôpitaux afin de comprendre les raisons de l'allongement des listes d'attente et de déterminer les mesures correctives à prendre.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance des cibles de rendement pour éclairer les cheminements cliniques qui amélioreront la qualité des soins aux patients cardiaques. Le Ministère est prêt à travailler avec CorHealth Ontario (ou Santé Ontario) pour étudier la possibilité de mettre à jour les cibles relatives au temps d'attente, ou d'en établir de nouvelles, et la façon de les atteindre, d'évaluer le rendement des hôpitaux par rapport à ces cibles et d'analyser les

pratiques de gestion des listes d'attente pour les interventions cardiaques.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation et appuie la promotion des systèmes de mesure et de production de rapports dans les dimensions de la qualité qui favorisent l'amélioration des résultats pour les patients. CorHealth s'engage à continuer de produire des rapports qui font état avec précision de la qualité et de la rapidité des soins cardiovasculaires dans l'ensemble de la province. Ces indicateurs et rapports facilitent le partage et la diffusion de pratiques exemplaires et de stratégies d'amélioration à l'échelle locale et provinciale. À l'automne 2017, CorHealth a entrepris un cycle de mesure et de surveillance du rendement en matière de qualité (MSRQ) avec tous les programmes de soins cardiaques, le ministère de la Santé et les réseaux locaux d'intégration des services de santé.

CorHealth continuera d'offrir cette plateforme pour la mesure et la surveillance régulières des principales mesures de la qualité des services cardiaques et pour soutenir le dialogue et partager les apprentissages à l'échelle de la province. CorHealth aidera le ministère de la Santé à formuler d'autres recommandations ou à cerner des occasions d'amélioration liées à la rapidité des interventions cardiaques.

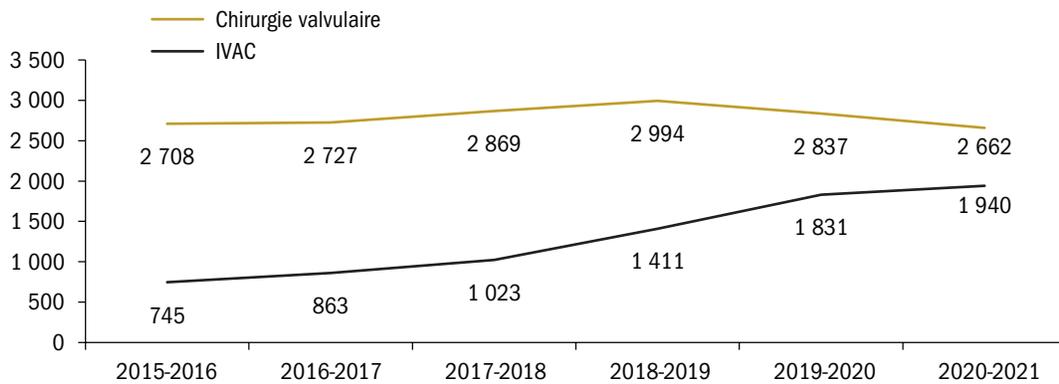
## 4.2 Les approches et pratiques rentables en matière de traitement cardiaque ne sont pas largement utilisées à l'échelle provinciale

### 4.2.1 De nombreux patients cardiaques subissent encore des interventions invasives malgré les recommandations d'experts visant à accroître l'utilisation d'interventions moins invasives

L'implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC) est une procédure peu invasive visant à

**Figure 18 : Nombre d'implantations valvulaires aortiques par cathéter et de chirurgies de remplacement de la valve aortique (chirurgie valvulaire) effectuées, 2015-2016 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario



réduire la sténose de la valve aortique, une affection où la valve aortique ne s'ouvre pas et ne se ferme pas correctement. La sténose de la valve aortique entraîne une circulation sanguine restreinte qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner une insuffisance cardiaque. L'IVAC réduit la nécessité de recourir à une autre intervention plus invasive appelée chirurgie de remplacement de la valve aortique (CRVA ou chirurgie valvulaire). La chirurgie valvulaire entraîne des séjours plus longs à l'hôpital et des effets secondaires physiques et psychologiques plus importants après l'intervention. En 2020-2021, la durée médiane de l'hospitalisation à la suite d'une chirurgie valvulaire était d'une journée, comparativement à six jours pour la chirurgie valvulaire.

À l'heure actuelle, l'IVAC est offert dans 11 hôpitaux de l'Ontario et n'est financé que pour les personnes atteintes d'une sténose de la valve aortique grave qui présentent un risque élevé de complications. Le recours à l'IVAC a augmenté d'environ 160 % (passant de 745 interventions en 2015-2016 à 1 940 interventions en 2020-2021), tandis que la chirurgie valvulaire a diminué d'environ 2 % (passant de 2 708 interventions en 2015-2016 à 2 662 interventions en 2020-2021). Malgré une croissance importante de l'utilisation de l'IVAC, le nombre d'IVAC effectuées (1 940) en 2020-2021 est toujours environ

25 % inférieur au nombre de chirurgies valvulaires effectuées (2 662) en 2020-2021 (voir la **figure 18**).

En 2020, Qualité des Services de Santé Ontario a effectué des évaluations des technologies de la santé, dont l'IVAC, et a recommandé que l'IVAC soit financée en Ontario pour les patients souffrant de sténose de la valve aortique grave et présentant un risque chirurgical faible ou modéré. Les résultats de l'évaluation des technologies de la santé ont révélé que, comparativement à la chirurgie valvulaire, l'IVAC produisait des résultats à court terme plus favorables, comme une meilleure qualité de vie et un risque de mortalité légèrement inférieur. En 2021-2022, le Ministère a mis à jour les critères d'admissibilité des patients afin d'inclure les patients présentant un risque faible et modéré et a fourni un financement visant à accroître le nombre d'IVAC effectuées, portant à 2 601 le nombre total d'IVAC financées pour 2021-2022. Malgré ce financement accru, l'intervention d'IVAC n'est toujours pas effectuée auprès de toutes les personnes qui pourraient vraisemblablement en bénéficier en Ontario.

Bien qu'il y ait eu une augmentation des interventions d'IVAC attribuable à la mise à jour des critères d'admissibilité des patients, elle ne semble pas suffisante pour être offerte à tous les patients admissibles. D'après les données d'une étude menée en 2019 par la Société canadienne de cardiologie qui a estimé le taux de la population

qui se prêterait à l'IVAC, nous estimons que l'élargissement de l'accessibilité aux IVAC aux populations de patients à risque faible nécessiterait probablement le financement et l'exécution d'environ 4 437 interventions par année, soit environ 1,7 fois plus que le nombre d'interventions financées par le Ministère en 2021-2022. Cela signifie que certains patients qui sont par ailleurs admissibles à des interventions d'IVAC pourraient devoir subir une chirurgie valvulaire plus invasive pour recevoir leur traitement en temps voulu.

Par le passé, les interventions d'IVAC étaient beaucoup plus coûteuses que la chirurgie valvulaire en raison du coût de la valvule utilisée. Le coût d'une valve utilisée dans les IVAC est d'environ 25 000 \$, soit plus de quatre fois le coût de la valve de 6 000 \$ habituellement utilisée dans une chirurgie valvulaire. Les évaluations des technologies de la santé effectuées par Qualité des Services de Santé Ontario ont révélé que l'élargissement du financement pour les patients à risque moyen et faible entraînerait une augmentation des coûts annuels de 7 à 11 millions de dollars sur cinq ans. Les évaluations ont également révélé que les coûts pourraient être réduits encore davantage si la durée de l'hospitalisation pouvait être écourtée. Par exemple, nous avons constaté qu'en 2020-2021, six des 11 hôpitaux ontariens qui sont en mesure d'effectuer une IVAC ont réduit la durée de l'hospitalisation des patients ayant subi cette intervention à une seule journée. Ils ont réduit la durée de l'hospitalisation par divers moyens, comme la prestation de programmes de physiothérapie précoce et d'exercices physiques visant à améliorer la force et l'autonomie fonctionnelle des patients, ainsi que la surveillance à distance des patients après leur congé. La Colombie-Britannique affiche une durée médiane de l'hospitalisation d'une journée depuis 2016, soit près de cinq ans plus tôt que l'Ontario, et cette durée est demeurée inchangée jusqu'en 2018 (les données de l'année la plus récente disponibles).

## RECOMMANDATION 2

Pour que les patients atteints d'une sténose de la valve aortique (un type de cardiopathie) reçoivent des soins plus efficaces et pour réduire la durée de leur séjour à l'hôpital, le ministère de la Santé devrait :

- évaluer le nombre d'interventions d'implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC) nécessaires pour traiter tous les patients admissibles et ajuster le financement en conséquence;
- demander à CorHealth d'élaborer une norme relative aux interventions d'IVAC et collaborer avec les hôpitaux pour confirmer la conformité à la norme afin que l'IVAC puisse être réalisée de façon rentable.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et convient qu'il est important de procéder, de façon responsable, à l'adoption et à la diffusion de technologies nouvelles et novatrices.

Depuis près de deux ans, le Ministère a retenu les services de CorHealth pour travailler avec les hôpitaux de cardiologie avancée dans le cadre d'une initiative sur l'implantation de la valve aortique afin d'élaborer des normes de prestation et d'aider le secteur à composer avec la complexité de la transition de ses programmes d'une méthode fondée sur la chirurgie ouverte à une nouvelle intervention minimalement invasive pour cette population de patients. À mesure que les programmes d'implantation valvulaire aortique par cathéter continuent de prendre de l'expansion et d'évoluer, le Ministère continuera également de rajuster le financement pour que tous les patients admissibles à cette intervention puissent la recevoir.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth convient que les patients atteints de sténose aortique devraient recevoir des soins efficaces qui donnent d'excellents résultats. En 2019, CorHealth a lancé l'Initiative sur l'implantation de la valve aortique (IVA) afin d'élaborer un modèle de soins qui garantit que tous les patients atteints de sténose aortique reçoivent des soins fondés sur des données probantes, y compris un accès rapide et équitable aux traitements par IVA, comme l'implantation valvulaire aortique par chirurgie ou l'implantation valvulaire aortique par cathéter. CorHealth continuera d'appuyer le travail de planification et d'affectation des ressources du ministère de la Santé pour tous les patients ontariens admissibles en déterminant le volume prévu d'interventions.

CorHealth continuera de collaborer avec les programmes de soins cardiaques pour surveiller l'accès et les indicateurs de qualité liés à l'intervention d'IVAC afin d'assurer des pratiques exemplaires et la prestation normalisée des soins.

### 4.2.2 L'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque qui peut améliorer les soins aux patients et réduire le nombre d'hospitalisations n'a pas été mise en œuvre à grande échelle

L'insuffisance cardiaque est une affection chronique évolutive qui fait en sorte que le cœur devient incapable de faire circuler suffisamment de sang pour répondre aux besoins du corps. Elle peut entraîner une affection potentiellement mortelle accompagnée de symptômes tels que l'essoufflement, la fatigue et l'enflure des jambes, des chevilles et des pieds. Selon une publication de 2019 de Qualité des Services de Santé Ontario, environ 250 000 Ontariens, soit environ 1,8 % de la population de la province, étaient touchés par une insuffisance cardiaque en 2015. Plus récemment, en 2018-2019, plus de 28 000 hospitalisations ont été enregistrées dans des hôpitaux ontariens, la principale raison étant

l'insuffisance cardiaque. Parmi ces admissions, environ un patient sur cinq a été réadmis dans les 30 jours suivant la visite précédente et environ 8 % des patients sont décédés durant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

En raison de la nature chronique de l'insuffisance cardiaque, les patients peuvent avoir besoin de soins primaires et actifs, en plus de devoir se soumettre à une surveillance attentive pour prévenir leur réadmission à l'hôpital. En 2018, CorHealth a publié un document qui décrivait comment les soins pour insuffisance cardiaque pourraient être organisés pour fournir de meilleurs soins aux patients atteints de cette affection et prévenir d'autres hospitalisations. En 2019, Qualité des Services de Santé Ontario a publié les Heart Failure Care in the Community Quality Standards (normes de qualité des soins pour insuffisance cardiaque fournis dans la collectivité), qui décrivent comment améliorer la prestation des soins dans la collectivité pour améliorer les résultats pour les patients. En 2019, CorHealth a élaboré et mis à l'essai l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque (l'Initiative).

L'objectif de l'Initiative était de promouvoir un système de soins intégrés pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui permet aux centres de soins cardiaques de collaborer avec les hôpitaux communautaires locaux et les fournisseurs de soins primaires, comme les médecins de famille, pour veiller à ce que les patients atteints d'insuffisance cardiaque reçoivent des soins appropriés au moment voulu. Par exemple, une étude ontarienne publiée en 2018 dans le Journal de l'Association médicale canadienne a révélé que les soins de suivi fournis par un cardiologue ou un médecin de famille dans les sept jours suivant le congé d'un service d'urgence étaient associés à des taux plus faibles de réadmission à l'hôpital et de mortalité à long terme. Ces soins de suivi offerts en temps opportuns après la recommandation du congé sont intégrés à l'Initiative.

Toutefois, au moment de notre audit, CorHealth nous a informés qu'elle n'avait été adoptée que par trois régions : Ottawa, Guelph et London. CorHealth nous a confirmé que les données sur cette initiative

n'ont pas encore été recueillies et que l'initiative n'a pas été élargie au-delà des trois régions, bien qu'il soit prévu d'en élargir la portée une fois que d'autres données auront été recueillies.

Parmi les trois régions qui ont adopté l'initiative, nous avons constaté qu'elles avaient obtenu des résultats positifs, comme la réduction du nombre d'hospitalisations et une meilleure éducation des patients. Plus particulièrement :

- La région d'Ottawa a été la première à mettre en œuvre l'initiative dans le cadre de son initiative sur l'insuffisance cardiaque (Champlain). Depuis 2013, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) fournit des conseils et assure la surveillance de 13 hôpitaux communautaires de la région en utilisant un outil fondé sur des lignes directrices élaborées par l'American Heart Association. L'initiative a réuni les membres régionaux du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain (qui fait maintenant partie de la région sanitaire de l'Est de l'Ontario) afin de cerner les lacunes dans les services de traitement de l'insuffisance cardiaque et de proposer des solutions aux fins de l'élaboration éventuelle d'un plan l'ICUO. Une étude menée par l'ICUO a révélé une importante augmentation du nombre de patients qui reçoivent des soins correspondant aux pratiques exemplaires. Par exemple, le pourcentage d'hôpitaux communautaires offrant des services formels d'éducation des patients sur l'insuffisance cardiaque, comme la détection des symptômes et la prise des mesures appropriées, a considérablement augmenté. Avant l'initiative, seulement 25 % des hôpitaux offraient ces services d'éducation; depuis l'adoption de l'initiative, 90 % des hôpitaux offrent maintenant ces services.
- La région de Guelph a commencé à mettre en œuvre l'initiative en mars 2019. Elle indique que l'initiative a fourni un cadre qui aide à répondre aux besoins des patients de Guelph atteints d'insuffisance cardiaque et de leurs aidants naturels. L'initiative améliore également la

collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, car elle permet de nouveaux partenaires d'y participer. L'Hôpital général de Guelph a déterminé que l'initiative était l'un des facteurs qui contribuent à la réduction du taux de réadmission dans les 30 jours chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Le taux de réadmission est passé de plus de 22 % en 2018-2019 à moins de 11 % en 2020-2021.

- Bien que la région de London n'ait pas été en mesure de mettre pleinement en œuvre l'initiative avant 2021, nous avons été informés que la région sanitaire de l'Ouest de l'Ontario avait mis en œuvre un programme Best Care (de soins exemplaires) qui s'harmonise avec l'initiative. Le programme Best Care est axé sur la gestion intégrée des maladies chroniques et fait la promotion de normes fondées sur des données probantes à tous les niveaux de soins. Il a également obtenu des résultats positifs pour d'autres maladies chroniques comme l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Le programme Best Care a d'abord été utilisé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2016 sous forme de projet pilote, puis il a été pleinement mis en œuvre en 2018. La région a constaté rapidement une amélioration des résultats, par exemple sur le plan de la qualité de vie des patients et de la réduction des hospitalisations et des visites aux urgences.

### RECOMMANDATION 3

Pour permettre aux patients atteints d'insuffisance cardiaque de recevoir des soins de grande qualité dans la collectivité et réduire les visites aux urgences et les hospitalisations, le ministère de la Santé devrait :

- enjoindre à CorHealth de recueillir des données pour mener une évaluation en bonne et due forme de l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque dans les régions où elle a été adoptée afin de déterminer quels facteurs ont contribué au succès de l'initiative;

- élaborer et mettre en œuvre un plan pour élargir l'initiative à toutes les régions d'intérêt.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance des soins pour insuffisance cardiaque précoce afin de prévenir les hospitalisations et les résultats indésirables. Le Ministère est prêt à travailler avec CorHealth afin d'examiner des solutions appropriées pour améliorer la qualité des soins pour insuffisance cardiaque et la façon d'y parvenir.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation et reconnaît l'importance d'une approche provinciale pour offrir des soins de santé intégrés axés sur la valeur aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. CorHealth a mis à l'essai l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque (ISIIC) afin de mettre à l'essai la mise en œuvre d'un modèle de prestation de soins intégrés et d'une norme de qualité des soins pour insuffisance cardiaque. Les principaux apprentissages ont servi à éclairer des recommandations sur la façon de mettre en œuvre un modèle de prestation de soins intégrés et une norme de qualité des soins pour insuffisance cardiaque. CorHealth continue de travailler avec les sites pilotes pour comprendre l'incidence du modèle et les répercussions sur l'amélioration des soins de santé intégrés axés sur la valeur pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. CorHealth appuie également toute occasion d'harmonisation avec le ministère de la Santé de l'Ontario afin de collaborer aux priorités de gestion des maladies chroniques pouvant inclure la population des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

### 4.2.3 Les pratiques efficaces et efficaces de traitement des cardiopathies utilisées par certains hôpitaux ne sont pas adoptées systématiquement ou à grande échelle

Nous avons relevé un certain nombre d'initiatives visant à améliorer l'efficacité des traitements des cardiopathies, mais elles ne sont pas mises en œuvre de manière uniforme à l'échelle provinciale. Ces initiatives comprennent la surveillance à distance, des cliniques d'évaluation rapide et des services de traitement complets intégrés.

#### Surveillance à distance

La surveillance à distance est un type de prestation de soins de santé qui met à contribution des technologies de l'information, comme des téléphones cellulaires et des tablettes, pour surveiller la santé des patients et saisir les données sur celle-ci, pour ensuite transmettre l'information colligée par voie électronique aux fournisseurs de soins de santé à des fins d'évaluation. La surveillance à distance peut permettre de détecter plus tôt les changements dans l'état de santé du patient, y compris des battements cardiaques irréguliers qui, s'ils ne sont pas détectés ni traités, peuvent entraîner des événements indésirables comme une insuffisance cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. Malgré les avantages qu'elle présente, elle n'est pas offerte de façon uniforme à l'échelle de la province, selon l'emplacement et l'état du patient (voir la **figure 19**).

Treize des vingt centres de soins cardiaques de l'Ontario ont répondu à notre question du sondage sur leur utilisation de la surveillance à distance (65 % des centres de soins cardiaques). Dix des treize centres de traitement des cardiopathies qui ont répondu à notre sondage (77 %) ont déclaré utiliser la surveillance à distance des patients cardiaques. Parmi ces dix centres, neuf (69 %) utilisaient la surveillance à distance pour surveiller des patients atteints d'insuffisance cardiaque, trois (23 %) pour surveiller des patients cardiaques après une chirurgie et deux (15 %) pour surveiller des patients présentant des battements irréguliers. Certains centres ont

## Figure 19 : Disponibilité des programmes de surveillance à distance selon l'état du patient dans certains hôpitaux sélectionnés

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

État du patient	Insuffisance cardiaque	Soins post-chirurgicaux
Hamilton Health Sciences		✓
Centre des sciences de la santé de London	✓	
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	✓	
Partenaires de santé Trillium	✓	
Unité Santé		
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	✓	✓

Remarque : « ✓ » indique qu'un programme de surveillance existe pour ce groupe de patients. L'information est fournie par certains hôpitaux sélectionnés de l'Ontario. Les patients doivent satisfaire à certains critères d'admissibilité propres à chacun de ces hôpitaux.

utilisé la surveillance à distance pour surveiller plusieurs affections.

Une intervention proactive et précoce fondée sur surveillance à distance contribue à réduire ou à éviter les hospitalisations coûteuses. Par exemple, le coût estimatif d'un programme de surveillance à distance du Réseau universitaire de santé (RUS) est d'environ 1 150 \$ par année par patient atteint d'insuffisance cardiaque. Cela représente moins d'un septième du coût d'une hospitalisation, soit environ 8 200 \$ par admission pour insuffisance cardiaque. Par conséquent, si la surveillance à distance est adoptée à plus grande échelle, les économies ou les avantages potentiels associés à la réduction ou à l'évitement des hospitalisations pourraient être substantiels.

En 2020-2021, CorHealth a préparé une note d'information à l'intention du Ministère indiquant le besoin immédiat d'élargir la surveillance à distance des patients atteints d'insuffisance cardiaque, particulièrement en réponse à la COVID-19. CorHealth a également recommandé que le Ministère envisage de financer un programme utilisé par le RUS pour surveiller à distance les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce programme permet aux patients de surveiller leur poids, leur tension artérielle, leur rythme cardiaque et leurs symptômes, et de recueillir ces renseignements sur une base quotidienne dans le système du programme. L'algorithme du système

fournit ensuite une rétroaction en temps réel aux patients sur les mesures qu'ils peuvent prendre pour gérer leur santé. L'information déclarée par un patient, qui s'inscrit en marge de seuils prédéfinis, alerte automatiquement les cliniciens afin d'évaluer le patient en vue d'une intervention supplémentaire, y compris au moyen de consultations par voie virtuelle ou de visites à une clinique de consultation externe.

Une étude réalisée en 2020 par des chercheurs du RSP a révélé qu'une réduction de 50 % des hospitalisations en raison d'une insuffisance cardiaque avait été enregistrée chez un groupe de 315 patients du programme de surveillance à distance dans les six mois suivant leur admission au programme par comparaison à la période de six mois précédant leur participation. CorHealth estimait que si la surveillance à distance était élargie à 5 000 patients, cela se traduirait par des économies annuelles de 6,7 millions de dollars. Toutefois, le Ministère n'a encore pris aucune mesure pour élargir la surveillance à distance. Le Ministère nous a informés que les décisions relatives aux logiciels et à la technologie relèvent des hôpitaux. Le Ministère a indiqué qu'il était nécessaire d'effectuer une nouvelle évaluation du financement au titre des actes médicaux fondés sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive en vue de permettre aux hôpitaux de mettre en œuvre des approches novatrices en matière de soins aux patients atteints

d'insuffisance cardiaque; toutefois, ces travaux ne sont pas terminés.

### Cliniques d'évaluation rapide

L'objectif des cliniques d'évaluation rapide est de faciliter le triage des patients qui se présentent aux urgences avec des signes précurseurs d'un problème cardiaque, mais qui ne présentent aucun risque immédiat d'incident cardiaque indésirable. Le triage des patients dans les cliniques d'évaluation rapide permet de réduire le temps que les patients doivent passer aux urgences, d'éviter les hospitalisations potentielles en facilitant l'accès rapide au niveau de soins approprié et d'affecter les ressources des urgences aux patients ayant des besoins plus urgents. Malgré ces avantages, les cliniques d'évaluation rapide ne sont pas encore utilisées dans tous les hôpitaux. Treize des vingt centres de soins cardiaques de l'Ontario ont répondu à notre question du sondage sur leur utilisation des cliniques d'évaluation rapide (65 %) des centres de soins cardiaques. Neuf des treize centres de soins cardiaques qui ont répondu à notre sondage (69 %) ont déclaré avoir une clinique d'évaluation rapide.

Dans les hôpitaux dotés de ces cliniques, les activités de celles-ci variaient, chacune ciblant différents groupes de patients et utilisant différents processus d'aiguillage. Par exemple :

- Depuis 1998, l'hôpital Toronto Western exploite une clinique d'évaluation cardiaque et de traitement rapide qui reçoit des recommandations de son service d'urgence pour les patients qui se présentent avec des douleurs cardiaques non urgentes. Cela permet aux patients d'obtenir leur congé plus rapidement des urgences, ce qui libère des ressources de la salle d'urgence tout en permettant à ces patients d'être évalués en clinique dans les trois jours ouvrables pour effectuer des tests et recevoir les traitements nécessaires.
- Depuis 2011, Hamilton Health Science offre une clinique d'évaluation rapide pour les patients atteints de cardiopathies. La structure de la clinique a été mise à niveau en 2017 pour offrir des tests diagnostiques cardiaques. La majorité

des aiguillages vers la clinique proviennent de son service d'urgence, tandis que d'autres aiguillages proviennent de médecins de famille qui utilisent un numéro d'admission central.

- Depuis 2014, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa exploite une clinique d'intervention rapide, dotée d'un coordonnateur des soins infirmiers qui peut être joint par téléphone 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour trier les patients souffrant de douleurs thoraciques et d'autres symptômes cardiaques. Après avoir effectué une évaluation, l'infirmier ou infirmière oriente le patient vers le niveau de soins le plus approprié, ce qui peut aider à prévenir les visites aux urgences ou les admissions à l'hôpital.

### Modèle de soins complets intégrés

Un modèle de soins complets intégrés comprend l'établissement de protocoles entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins à domicile afin d'assurer une transition sans heurts des soins aux patients et de prévenir les réadmissions, les longues attentes aux urgences et de permettre un congé plus rapide de l'hôpital. Dans ce modèle, un coordonnateur des soins intégrés qui travaille dans son hôpital d'attache accompagne les patients dans le système de soins de santé, avant leur chirurgie, durant l'hospitalisation et jusqu'à leur retour dans la collectivité. Le coordonnateur met les patients en contact avec des services de soutien à domicile avant qu'ils ne sortent de l'hôpital et intègre les dossiers électroniques des patients entre l'hôpital et le fournisseur de services à domicile. Ce modèle de soins intégrés n'a toutefois pas été adopté à grande échelle dans la province, même s'il a été utilisé de manière efficace par certains hôpitaux et fournisseurs communautaires. Treize des vingt centres de soins cardiaques de l'Ontario ont répondu à notre question du sondage sur leur utilisation de modèles de soins intégrés complets (65 % de tous les centres de soins cardiaques). Seulement trois des 13 centres de traitement des cardiopathies qui ont répondu à notre sondage (23 %) ont déclaré utiliser un modèle de soins complets intégrés. Par exemple :

- Depuis 2012, St. Joseph's Healthcare Hamilton offre un programme intégré de soins complets, dirigé par St. Joseph's Home Care, en partenariat avec plusieurs fournisseurs de soins de santé communautaires. Un large éventail de patients, y compris ceux qui subissent des chirurgies thoraciques planifiées, ainsi que ceux qui souffrent de maladies chroniques, comme l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique, ont bénéficié de ce programme. De 2012 à 2018, le centre de soins de santé St Joseph a déclaré un taux de satisfaction des patients de 98 %, une réduction jusqu'à 30 % des visites aux urgences et des taux de réadmission à l'hôpital. Ce modèle a permis d'épargner plus de 30 000 jours-lit.
- En juin 2019, le Réseau universitaire de santé s'est associé à un organisme sans but lucratif de soins à domicile pour élaborer le programme de soins intégrés (inspiré en grande partie du programme de soins intégrés de St. Joseph). Le programme de soins intégrés a amélioré la transition de l'hôpital à la collectivité pour des patients de tout type, y compris ceux atteints d'insuffisance cardiaque et les patients qui ont subi une chirurgie cardiaque ou vasculaire. Bien que le programme en soit encore aux premières étapes, les résultats préliminaires ont révélé une diminution globale de la durée du séjour des patients, des visites aux urgences et des réadmissions.
- Depuis 2018, Trillium Health Partners (Trillium) collabore avec un fournisseur de services de santé communautaire pour coordonner la transition des patients ayant subi une chirurgie cardiaque de l'hôpital aux soins à domicile. De 2018-2019 à 2020-2021, Trillium a enregistré une baisse de 40 % du taux de réadmission (de 6,2 % à 3,7 %) et une baisse de 33 % du nombre de patients qui retournent aux urgences après leur congé.

#### RECOMMANDATION 4

Pour permettre aux patients de la province atteints de cardiopathies de recevoir des soins

plus efficaces et uniformes, le ministère de la Santé devrait :

- enjoindre à CorHealth d'élaborer et de mettre en œuvre des normes de surveillance à distance et de collaborer avec les hôpitaux pour mettre en œuvre ces normes à l'échelle provinciale;
- procéder à une réévaluation des procédures fondées sur la qualité pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive afin de déterminer s'il conviendrait d'inclure le financement de services de surveillance à distance;
- déterminer les régions qui pourraient tirer parti de cliniques d'évaluation rapide et collaborer avec les hôpitaux pour s'assurer que le mode de fonctionnement de ces cliniques est cohérent;
- déterminer les groupes de patients qui ont le plus profité des hôpitaux qui utilisent actuellement un modèle de soins complets intégrés et collaborer avec les hôpitaux et les fournisseurs communautaires pour mettre en place des groupes de soins intégrés à l'échelle provinciale, là où ils sont requis.

#### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère encourage des solutions novatrices qui augmentent la qualité des soins que reçoivent les patients, mais laisse aux médecins la prise de décisions cliniques pour déterminer les meilleures solutions pour leurs patients.

Le Ministère collaborera avec CorHealth et d'autres partenaires du secteur à l'élaboration de solutions pour fournir des soins de grande qualité à l'échelle de la province, y compris la surveillance à distance et les modèles de soins complets intégrés dans les cliniques d'évaluation rapide, lorsque cela est nécessaire

#### RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation visant à s'assurer que les patients atteints

de cardiopathies reçoivent des soins fondés sur des données probantes de manière cohérente et efficace. CorHealth reconnaît la valeur de la surveillance à distance et le besoin d'élaborer et de mettre en œuvre des normes provinciales. CorHealth travaille en étroite collaboration avec le ministère de la Santé afin d'examiner les occasions d'amélioration, notamment en recourant à des cliniques d'évaluation rapide et des modèles intégrés de soins complets afin d'assurer la qualité des soins aux patients cardiaques.

### 4.3 L'Ontario n'utilise pas largement de test diagnostique plus précis, non invasif et rentable des coronaropathies malgré les recommandations d'experts

Un seul hôpital de l'Ontario (l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa) utilise l'angiographie coronaire par tomodensitométrie (angiogramme tomodensitométrique) sur une base régulière pour diagnostiquer la coronaropathie, malgré les données probantes et le consensus des experts selon lequel l'angiogramme tomodensitométrique est un test initial rentable pour diagnostiquer une coronaropathie chez les patients se plaignant de douleurs thoraciques non urgentes.

L'angiogramme tomodensitométrique est un examen d'imagerie diagnostique non invasif visant à détecter les obstructions dans les artères coronaires. L'angiogramme tomodensitométrique peut être effectué plus rapidement et pose moins de risque qu'un cathétérisme cardiaque. Le cathétérisme cardiaque consiste à insérer un long tube mince, appelé cathéter, dans une artère ou une veine depuis l'aîne du patient jusqu'au cœur en cheminant à travers les vaisseaux sanguins. Les patients qui ont subi un angiogramme tomodensitométrique vivent moins d'inconfort et se rétablissent plus rapidement. Selon diverses études et recommandations d'experts, l'angiogramme

tomodensitométrique est devenu une solution de rechange rentable et non invasive.

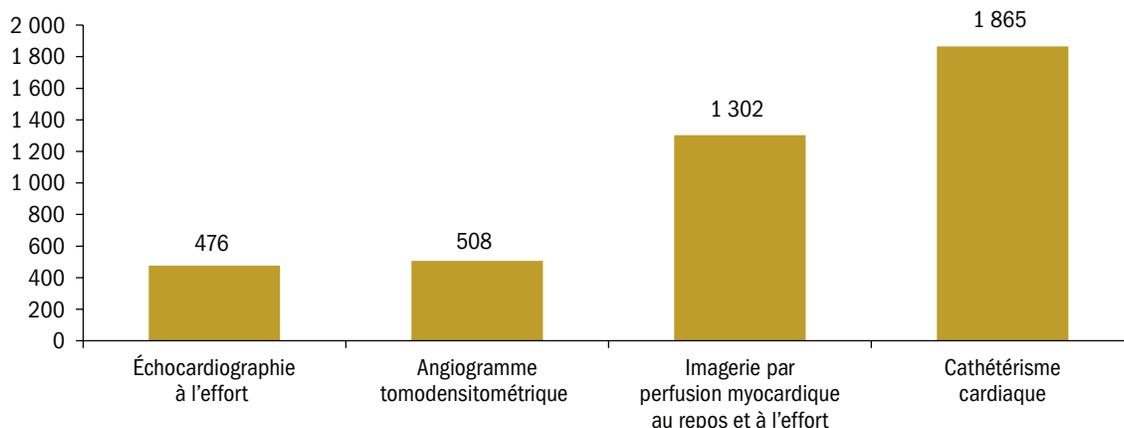
En 2010, le Secrétariat des services consultatifs médicaux, qui conseille le Ministère, a effectué une analyse fondée sur des données probantes de l'angiogramme tomodensitométrique pour détecter et diagnostiquer les patients présentant un risque modéré de coronaropathie. L'étude a révélé que la principale valeur de l'angiogramme tomodensitométrique réside dans le fait qu'il peut permettre de confirmer la présence ou non d'une coronaropathie importante. Toutefois, cette étude n'a pas entraîné de changements importants dans la façon dont les hôpitaux ontariens détectent et diagnostiquent la coronaropathie.

Depuis, l'angiogramme tomodensitométrique est reconnu comme une solution de rechange plus précise, non invasive et rentable au cathétérisme cardiaque et à d'autres tests non invasifs, selon diverses études et recommandations d'experts. Par exemple :

- En novembre 2016, le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni a mis à jour son orientation sur le diagnostic cardiaque en demandant que l'angiogramme tomodensitométrique soit le premier test diagnostique utilisé chez les patients se plaignant de douleurs thoraciques pour faciliter le diagnostic de coronaropathie. Selon cette orientation, l'angiogramme tomodensitométrique procure plus d'avantages que les épreuves d'effort, qui utilisent l'échographie ou une autre méthode d'imagerie pour surveiller la fonction du cœur à l'effort. Voici quelques exemples des avantages de l'angiogramme tomodensitométrique comme première intervention diagnostique :
  - le test permet d'écarter avec précision et plus d'efficacité qu'une épreuve d'effort la présence d'une coronaropathie : dans environ 97 % des cas avec l'angiogramme tomodensitométrique comparativement à environ 73 % des cas avec l'épreuve d'effort;
  - le test réduisait le besoin de recourir à un cathétérisme cardiaque invasif comme test

**Figure 20 : Comparaison du coût d'exécution d'un angiogramme tomодensitométrique et d'autres tests diagnostiques de coronaropathie (\$)**

Source des données : Ministère de la Santé et Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa



Remarque : Le coût total comprend le coût total assumé par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa pour l'exécution de chaque intervention (à l'exclusion des contrats de service visant l'équipement utilisé pour ces tests) ainsi que les honoraires versés par le ministère de la Santé par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario à l'hôpital ou au professionnel ayant effectué le test. L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa est le seul hôpital pour lequel les coûts sont inclus parce qu'il s'agit du seul hôpital de l'Ontario qui utilise l'angiogramme tomодensitométrique pour diagnostiquer les coronaropathies chez des patients.

subséquent ou de suivi pour confirmer ou éliminer la coronaropathie. près de 24 % des patients ayant subi une épreuve d'effort ont dû subir un cathétérisme cardiaque afin d'écartier la possibilité d'une coronaropathie, alors que seulement 9 % des patients ayant subi un angiogramme tomодensitométrique ont dû subir un cathétérisme cardiaque;

- le coût total du diagnostic d'un patient devient moins élevé. L'utilisation d'un angiogramme tomодensitométrique fait en sorte que le coût total du diagnostic d'un patient est environ 20 % moins élevé qu'une épreuve d'effort.
- En septembre 2020, le Journal of the American College of Cardiology a publié un rapport décrivant les avantages d'une stratégie de diagnostic en utilisant d'abord l'angiogramme tomодensitométrique. Le rapport reflète le consensus d'experts qui ont participé à un sommet de l'American College of Cardiology en 2019 sur les percées technologiques dans le domaine de la coronarographie par tomодensitométrie. Le rapport fournissait des données probantes issues d'essais effectués au Royaume-Uni et aux États-Unis et faisait état des constatations de l'essai clinique mené dans le cadre de l'International

Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches sur les avantages que présente cette technique. Ces données probantes suggèrent qu'une stratégie fondée sur l'utilisation de l'angiogramme tomодensitométrique comme première intervention peut améliorer les résultats pour les patients souffrant de douleurs thoraciques stables et réduire les coûts de diagnostic. Le Royaume-Uni et les autres pays d'Europe ont choisi de modifier leurs lignes directrices sur la foi de ces constats.

Un angiogramme tomодensitométrique permet non seulement de poser un diagnostic plus précis sans recourir à des tests invasifs, mais il coûte aussi moins cher que d'autres types de tests, y compris les épreuves d'effort et le cathétérisme cardiaque invasif, pour diagnostiquer une coronaropathie (voir la figure 20).

De nombreux hôpitaux de l'Ontario ont un tomодensitomètre qui, équipé du bon logiciel, pourrait être utilisé pour effectuer l'angiogramme tomодensitométrique. Toutefois, d'après les renseignements recueillis par CorHealth et fournis par les hôpitaux avec lesquels nous avons discuté, seul l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) utilise l'angiogramme

tomodensitométrie sur une base régulière pour diagnostiquer la coronaropathie. Nous avons remarqué que, depuis 2014, l'ICUO utilise régulièrement l'angiogramme tomodensitométrique pour diagnostiquer (ou écarter la possibilité) la coronaropathie chez certains de ses patients, comme ceux qui présentent un risque de coronaropathie de faible à modéré. L'ICUO a effectué un angiogramme tomodensitométrique pour écarter une coronaropathie à 1 900 reprises en 2016-2017, à 1 714 reprises en 2017-2018, à 1 194 reprises en 2018-2019, à 1 370 reprises en 2019-2020 et à 1 943 reprises en 2020-2021.

Treize des vingt centres de traitement des cardiopathies ont répondu à notre question du sondage sur l'utilisation de l'angiogramme tomodensitométrique pour diagnostiquer une coronaropathie (65 % des centres de traitement des cardiopathies). Sept de ces treize centres (54 %) ont déclaré que l'angiogramme tomodensitométrique devrait être effectué pour diagnostiquer une coronaropathie. Ces hôpitaux ont indiqué qu'il n'était pas encore possible d'effectuer la transition d'autres types de tests diagnostiques à l'angiogramme tomodensitométrique en raison de certains obstacles. Par exemple :

- L'un des obstacles les plus courants relevé était l'incapacité d'effectuer un angiogramme tomodensitométrique en temps opportun parce que le tomodensitomètre nécessaire pour ce faire était utilisé pour d'autres patients non cardiaques.
- Un autre obstacle a trait au système de remboursement provincial et aux règles de financement relativement plus contraignantes du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour l'angiogramme tomodensitométrique que pour l'épreuve d'effort. Par exemple, pour chaque échocardiographie à l'effort, l'ICUO reçoit environ 177 \$ du Ministère par l'entremise du RASO à titre de frais techniques pour couvrir le salaire du technicien de l'hôpital et le coût d'immobilisation de l'équipement et les frais généraux, et reçoit environ 725 \$ et 703 \$ respectivement pour chaque cathétérisme

cardiaque et imagerie par perfusion myocardique au repos et à l'effort. Toutefois, l'hôpital ne reçoit aucun financement supplémentaire lorsqu'il effectue un angiogramme tomodensitométrique pour faciliter le diagnostic de coronaropathie. Par conséquent, les hôpitaux ne sont pas incités à utiliser l'angiogramme tomodensitométrique par rapport aux autres tests diagnostiques.

Malgré les avantages pour les patients et les économies possibles, le Ministère n'a pris aucune autre mesure pour encourager les hôpitaux à utiliser l'angiogramme tomodensitométrique pour diagnostiquer les coronaropathies.

## RECOMMANDATION 5

Afin d'élargir l'utilisation de tests diagnostiques rentables qui peuvent réduire le besoin de tests plus invasifs pour diagnostiquer les maladies coronariennes, le ministère de la Santé devrait :

- collaborer avec les intervenants (y compris CorHealth Ontario et Santé Ontario) pour déterminer si l'angiographie coronaire par tomodensitométrie (angiogramme tomodensitométrique) devrait être recommandée comme principal test diagnostique pour certains patients cardiaques, comme les patients se plaignant de douleurs thoraciques non urgentes, afin d'aider à diagnostiquer une coronaropathie;
- collaborer avec les hôpitaux pour appuyer l'adoption complète de l'angiogramme tomodensitométrique, au besoin.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie les recommandations de la vérificatrice générale sur les technologies de la santé et collaborera avec des partenaires de Santé Canada, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé et avec des partenaires du secteur par l'entremise du comité de planification des nouvelles technologies dirigé par CorHealth pour prendre

des décisions éclairées et fondées sur des données probantes sur la mise en œuvre et la diffusion sûres des technologies de la santé en Ontario, y compris l'utilisation de la tomodensitométrie (angiogramme par tomodensitométrie).

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation et continue de travailler avec le ministère de la Santé et d'autres partenaires du réseau pour assurer une approche coordonnée aux fins de l'adoption, de la planification et du financement des nouvelles technologies par les provinces. Les données cliniques continuent d'évoluer pour déterminer quels patients se prêtent les mieux pour subir un diagnostic à l'aide de la technologie de coronarographie par tomodensitométrie (TDM) par opposition à un diagnostic par angiographie coronaire. CorHealth travaille actuellement avec une équipe clinique de Hamilton Health Sciences à un projet qui visera à mieux comprendre les temps d'attente actuels et l'utilisation du CCTA pour la détection des coronopathies en Ontario. De plus, un examen des résultats de l'étude CARDIA du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (TDM pour optimiser le rendement diagnostique de l'angiographie invasive chez les patients à plus faible risque) sera effectué afin de déterminer si cette étude pourrait éclairer un chemin de diagnostic provincial fondé sur les meilleures données probantes à l'aide de la TDM pour les patients atteints de coronaropathie à faible risque.

### 4.4 La réadaptation cardiaque est mal utilisée malgré son efficacité à réduire les décès et les coûts des soins de santé

La réadaptation cardiaque est un programme d'exercice, d'éducation et de counseling conçu pour favoriser le rétablissement après une crise cardiaque ou d'autres problèmes cardiaques. Elle est généralement offerte en consultation externe.

En raison de l'absence d'un suivi centralisé ou de la collecte de données sur la réadaptation cardiaque en consultation externe par le Ministère, il est difficile de déterminer si tous les patients qui pourraient bénéficier d'une réadaptation cardiaque reçoivent bel et bien ce service et pourquoi ils ont choisi de ne pas participer au programme qui leur a été prescrit ou de l'abandonner.

Diverses études ont démontré que la participation à la réadaptation cardiaque est associée à une meilleure qualité de vie, à une diminution de la mortalité et à un moins grand nombre d'événements cardiaques indésirables, ce qui, à son tour, réduit la demande de services de santé et le coût des soins de santé. Par exemple, une étude réalisée en 2017 par le Réseau universitaire de santé a révélé que chaque patient d'un programme de réadaptation cardiaque ayant achevé au moins les deux tiers de son programme avait permis à la province d'économiser environ 3 000 \$ par année en coûts de soins de santé grâce à la réduction du besoin de fournir d'autres services de santé, comme les visites aux urgences.

Bien que les fournisseurs de services externes de réadaptation recueillent généralement des renseignements, comme le nombre d'aiguillages et le nombre de patients inscrits au programme, il n'existe pas d'exigence de recueillir ces renseignements ni de les communiquer au Ministère. Comme il n'y a pas de suivi centralisé, le Ministère et les fournisseurs de soins ne disposent pas de renseignements provinciaux et régionaux utiles pour déterminer les améliorations à apporter aux programmes de réadaptation cardiaque en Ontario ou pour déterminer si les patients mènent à bien le programme qui leur a été prescrit.

Bien que le Ministère ne recueille pas de données sur la réadaptation cardiaque sur une base régulière, autres que les renseignements sur le nombre de visites des patients, nous avons relevé des études et demandé aux six hôpitaux couverts par la portée de notre audit, qui sont des centres de soins cardiaques, de fournir des données sur les programmes de réadaptation cardiaque offerts en consultation externe. Nous avons relevé de

faibles taux de participation et d'achèvement des programmes. Par exemple :

- Une étude menée en 2012 sur les aiguillages vers des services de réadaptation cardiaque au Centre régional de santé Southlake a révélé que moins de 45 % des patients aiguillés vers des services de réadaptation cardiaque s'en prévalaient effectivement.
- L'étude de 2017 du Réseau universitaire de santé a révélé que seulement 33 % des patients aiguillés avaient suivi la plus grande partie (au moins les deux tiers) du programme qui leur avait été prescrit.
- Le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay a déclaré un taux de fréquentation de 30 % (sur 1 564 aiguillages, seulement 473 patients ont participé) en 2019 et de 27 % (sur 1 210 aiguillages, seulement 328 patients ont participé) en 2020. Les patients ont exprimé que les principales raisons pour lesquelles des patients n'avaient pas suivi le programme de réadaptation cardiaque étaient leur réticence à participer à un programme de six mois et leur réticence à changer leur mode de vie.
- L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a indiqué que son programme de réadaptation cardiaque en consultation externe a reçu environ 3 200 aiguillages de patients par année de 2016-2017 à 2020-2021, mais qu'en moyenne, environ la moitié seulement des patients aiguillés s'étaient effectivement inscrits au programme. Les raisons de refus étaient multiples et comprenaient notamment l'absence d'intérêt de patients à participer ou le manque de temps pour participer.

En avril 2018, le Ministère a conclu une entente avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour appuyer la collecte de données sur la réadaptation des patients en services externes ayant subi des remplacements articulaires de la hanche et du genou afin de comprendre leur utilisation des services de réadaptation. L'ICIS a recueilli des données, notamment sur l'état du patient, les services fournis, le nom de l'organisme ayant fourni les

services et le moment du départ du patient, afin de comprendre leur profil d'utilisation des services de réadaptation et de les aider à prendre des décisions à l'échelle du système. Toutefois, le Ministère n'a pas cherché à recueillir de données sur la réadaptation en services externes des patients cardiaques. En novembre 2020, CorHealth a lancé une stratégie de données pour commencer à suivre le nombre de patients. Cette stratégie a été suspendue en raison de la pandémie de COVID-19. Elle a toutefois été reprise à l'été 2021-2022.

## RECOMMANDATION 6

Pour que les patients atteints d'une maladie cardiaque aient accès à la quantité et au type appropriés de services de réadaptation qui sauront le mieux répondre à leurs besoins, le ministère de la Santé doit élaborer et mettre en œuvre une stratégie de données pour commencer à recueillir des renseignements sur la réadaptation cardiaque en consultation externe afin d'évaluer les raisons pour lesquelles les patients atteints d'une maladie cardiaque n'achèvent pas les programmes de réadaptation vers lesquels ils ont été aiguillés. Il doit aussi prendre des mesures correctives pour accroître le taux de participation en sensibilisant davantage aux bienfaits de ces services, et en favorisant une meilleure compréhension, en se dotant d'une stratégie de communication efficace.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît que la réadaptation est un aspect important du processus de rétablissement des patients cardiaques et collaborera avec les partenaires de CorHealth et de Santé Ontario pour déterminer les prochaines étapes de la collecte de renseignements auprès des fournisseurs externes de services de réadaptation.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à la recommandation et appuie les efforts visant à mieux comprendre

l'état actuel des services de réadaptation cardiovasculaire en Ontario afin de saisir les occasions d'amélioration. CorHealth, avec ses partenaires du secteur de la réadaptation cardiovasculaire, a entrepris l'examen des avenues possibles pour faire progresser la mesure de la réadaptation cardiovasculaire en Ontario afin d'appuyer la planification, la surveillance du système et la mesure du rendement. Dans le cadre de la phase initiale, CorHealth examinera la faisabilité de la collecte de données sur la réadaptation cardiovasculaire en consultation externe avec ses fournisseurs et programmes de réadaptation cardiovasculaire.

## 5.0 Constatations détaillées de l'audit : Traitement de l'AVC

### 5.1 Les interventions d'urgence en cas d'AVC ne sont pas toujours effectuées en temps opportun

#### 5.1.1 Les médicaments visant à prévenir les lésions cérébrales permanentes chez les victimes d'AVC ne sont souvent pas administrés en temps voulu

Les AVC exigent des interventions rapides pour rétablir le flux sanguin vers le cerveau. Selon une étude publiée en 2006 dans une revue médicale à comité de lecture aux États-Unis, chaque minute qui s'écoule avant qu'un AVC ischémique soit traité entraîne la destruction de près de deux millions de neurones. Cette estimation quantitative met l'accent sur l'urgence du traitement de l'AVC, suivant l'adage « chaque minute compte », car les lésions permanentes s'accumulent à mesure que persiste l'AVC.

L'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) est un médicament intraveineux qui dissout les caillots. Il est utilisé pour rétablir le débit sanguin dans le traitement d'un AVC ischémique. Le Manuel

clinique relatif aux accidents vasculaires cérébraux du Ministère et de Qualité des Services de Santé Ontario recommande que tous les patients victimes d'un AVC ischémique aigu qui peuvent être traités dans les 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes soient évalués pour déterminer leur admissibilité au traitement par injection du tPA.

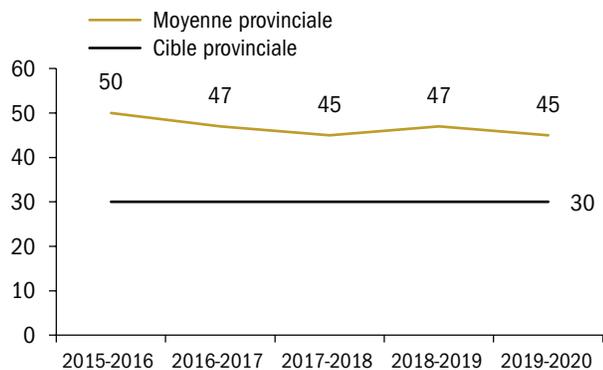
De nombreuses études publiées dans des revues médicales évaluées par des pairs au cours des 25 dernières années, dont celles publiées dans le *Journal of the American Medical Association*, le *Journal of the American Heart Association* et *The Lancet*, montrent que le tPA réduit le risque d'invalidité et de décès à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique. Par exemple, une étude publiée en 2012, dans *The Lancet*, a conclu que 42 personnes de plus sur 1 000 sont vivantes et ont conservé leur autonomie après avoir reçu du tPA par comparaison à des patients qui n'ont pas reçu ce médicament, et que les bienfaits du tPA étaient encore plus importants chez les patients qui l'ont reçu dans les trois heures suivant l'apparition des symptômes.

CorHealth a adopté une cible provinciale — appelée « délai entre l'arrivée et l'injection » — pour que les patients reçoivent le tPA dans les 30 minutes suivant leur arrivée à l'un des 47 hôpitaux de la province qui offrent ce traitement. Cette cible est fondée sur la cible nationale établie dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, dont l'élaboration a été dirigée par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Bien que la médiane provinciale réelle du délai entre l'arrivée et l'injection se soit quelque peu améliorée dans les cinq dernières années (passant de 50 minutes en 2015-2016 à 45 minutes en 2019-2020), la médiane demeure bien au-dessus de la cible de 30 minutes (voir la **figure 21**).

Parmi les 47 hôpitaux qui offrent le traitement au tPA, un seul hôpital (le Centre des sciences de la santé de Kingston) a déjà atteint la cible de 30 minutes de délai entre l'arrivée et l'injection, et ce, de 2017-2018 à 2019-2020, soit la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles au moment

**Figure 21 : Délai entre l'arrivée et l'injection pour les patients qui reçoivent un activateur tissulaire du plasminogène (tPA) en Ontario (en minutes), 2015-2016 à 2019-2020**

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : Au moment de notre audit, CorHealth Ontario n'avait reçu et analysé que les données allant jusqu'en 2019-2020.

de notre audit. Tous les autres hôpitaux ont fait face à des obstacles qui les ont empêchés d'atteindre la cible d'un délai de 30 minutes entre l'arrivée et l'injection.

Par exemple, Horizon Santé-Nord a reconnu qu'il avait eu de la difficulté à respecter les délais d'exécution du traitement des victimes d'un AVC hyper aigu. L'une des raisons évoquées était le manque de ressources humaines, plus précisément le fait qu'un seul neurologue spécialisé en AVC soit disponible. Malgré ses contraintes, Horizon Santé-Nord a accordé la priorité à ses soins aux victimes d'AVC aigus dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité de 2018-2019 qui a mené à la révision des protocoles visant à réduire les variations dans les traitements et les soins. Cette initiative a contribué à réduire d'environ 15 minutes le délai entre l'arrivée et l'injection de tPA par rapport au rendement antérieur. Malgré ces améliorations, il pourrait être difficile d'atteindre la cible de 30 minutes sur une base régulière à défaut d'augmenter les ressources humaines consacrées uniquement aux AVC.

Le traitement rapide à l'aide du tPA est une intervention essentielle, car ce médicament ne peut être injecté que dans les 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes d'AVC. Plus il s'écoule de

temps avant qu'un patient se présente à un hôpital qui utilise le tPA, moins l'hôpital dispose de temps pour injecter le médicament. Si le patient demeure trop loin d'un hôpital, la fenêtre d'intervention pourrait d'emblée se refermer avant même qu'il n'atteigne un hôpital offrant ce traitement. Dans notre correspondance avec les hôpitaux, nous avons recensé les patients qui n'avaient pas pu recevoir le tPA à temps parce qu'il leur avait fallu trop de temps pour se présenter à un hôpital capable de fournir ce médicament. L'annexe 8 présente les cas de patients touchés par les retards dans le traitement au tPA.

### 5.1.2 La procédure d'urgence pour le traitement des AVC n'est généralement pas réalisée dans les délais de traitement cibles de la province, ce qui augmente les risques pour les patients

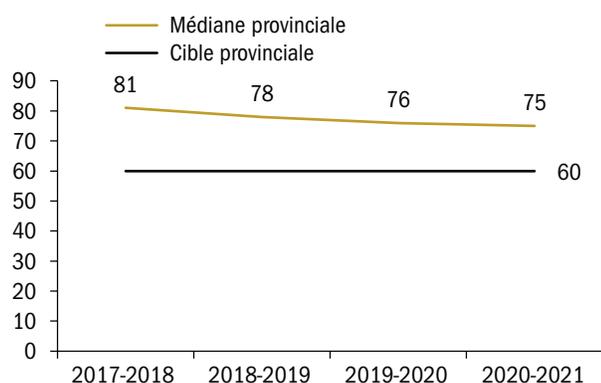
Outre l'administration du tPA, certains hôpitaux correctement équipés peuvent également effectuer une thrombectomie endovasculaire (TE) chez certains patients victimes d'un AVC ischémique en fonction de leurs symptômes et des résultats de l'imagerie diagnostique.

La TE est une intervention que les médecins peuvent pratiquer sur les victimes d'un AVC ischémique pour retirer un caillot sanguin. Dans une TE, le médecin utilise un cathéter inséré dans l'aîne du patient pour accéder à un gros vaisseau du cerveau à l'origine de l'AVC et retirer physiquement le caillot qui l'obstrue. Cette procédure a été effectuée à plus de 1 000 reprises en 2019-2020 et près de 490 reprises au premier semestre de 2020-2021 en Ontario. À l'heure actuelle, seulement 11 hôpitaux de l'Ontario sont équipés pour effectuer la TE (voir l'annexe 1).

CorHealth a adopté un délai provincial cible à l'intérieur duquel la TE est entreprise. Comme la TE implique qu'un médecin perfore une artère au niveau de l'aîne du patient pour y insérer un cathéter, la cible est appelée « délai entre l'arrivée et la perforation ». La cible est que l'artère du patient soit perforée dans les 60 minutes suivant l'arrivée du patient à un hôpital qui pratique la TE. La cible est fondée sur une référence nationale

**Figure 22 : Temps médian provincial entre l'arrivée et la ponction artérielle chez les patients qui ont subi une thrombectomie endovasculaire (TE), 2017-2018 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : En raison du retard dans la production des rapports, les résultats des troisième et quatrième trimestres de 2020-2021 n'étaient pas disponibles au moment de notre audit. La valeur indiquée pour 2020-2021 est donc basée sur les résultats des deux premiers trimestres seulement.

établie en 2016 par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Bien que le délai médian provincial entre l'arrivée et la perforation se soit légèrement amélioré au cours des dernières années, il demeure bien au-dessus de la cible de 60 minutes (voir la **figure 22**). Les retards dans la prestation de soins en temps opportun peuvent entraîner des lésions cérébrales permanentes ou la mort. L'**annexe 8** présente les cas de patients touchés par des retards de traitement par TE.

À l'instar de son rendement en ce qui concerne le délai cible entre l'arrivée et l'injection du tPA, parmi les 11 hôpitaux ontariens équipés pour effectuer la TE, le Centre des sciences de la santé de Kingston est le seul hôpital qui a atteint le délai cible entre l'arrivée et la perforation pour chaque année surveillée.

## RECOMMANDATION 7

Pour fournir des soins d'urgence aux victimes d'un AVC en temps opportun, le ministère de la Santé devrait :

- enjoindre à CorHealth d'analyser les facteurs de réussite cruciaux et de déterminer les pratiques exemplaires des hôpitaux qui

obtiennent régulièrement de meilleurs résultats que la moyenne provinciale en ce qui concerne le traitement à l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) et la thrombectomie endovasculaire (TE);

- exiger que les autres hôpitaux mettent en œuvre les pratiques exemplaires susmentionnées dans la mesure du possible, et surveillent le rendement pour déterminer si ces pratiques sont mises en œuvre de manière efficace.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reçoit des rapports de CorHealth sur la mesure du rendement des hôpitaux spécialisés dans le traitement de l'AVC et participe aux appels trimestriels que CorHealth dirige avec les programmes de traitement de l'AVC financés au titre des AMQ pour discuter de la gestion du volume et de la qualité. Le Ministère et CorHealth participeront à ces activités pour améliorer le traitement au tPA et le rendement de la TE ainsi que pour encourager la collecte et la diffusion de pratiques exemplaires aux hôpitaux concernés.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth Ontario appuie cette recommandation et s'engage à assurer la mesure du rendement, la surveillance et la mobilisation des réseaux régionaux contre les accidents vasculaires cérébraux et des hôpitaux afin de permettre la prestation de soins de grande qualité, y compris en temps opportun, à l'échelle de la province. CorHealth continuera d'offrir une plateforme pour la mesure et la surveillance régulières des principales mesures de qualité pour le traitement des AVC hyperaigus, ainsi que pour soutenir le dialogue et partager les leçons apprises à l'échelle de la province. Les indicateurs et les rapports qui appuient les discussions facilitent le partage et la diffusion des pratiques exemplaires et des stratégies d'amélioration aux échelles locale et provinciale.

## 5.2 Certains patients peuvent ne pas se rendre dans des hôpitaux bien équipés pour le traitement de l'AVC

### 5.2.1 De nombreux patients présentant des symptômes d'AVC omettent d'appeler une ambulance, ce qui retarde le traitement en temps opportun

Un nombre limité d'hôpitaux ontariens sont des centres désignés pour les victimes d'AVC ou possèdent des unités spécialisées en soins de l'AVC qui sont mieux équipées pour offrir des traitements et des soins appropriés aux victimes d'AVC. En 2019-2020, plus de 40 % des personnes présentant des symptômes d'AVC se sont rendues à l'hôpital sans l'aide d'une ambulance. En 2019-2020, environ 30 % des victimes d'AVC se sont présentées dans des hôpitaux où les ambulanciers paramédicaux ne transportent généralement pas les victimes d'AVC. Dans certains cas, ces patients sont transférés vers un autre hôpital pour recevoir les traitements et les soins appropriés.

#### Hôpitaux désignés comme centres de traitement de l'AVC

Comme il est indiqué à l'**annexe 1**, seulement 28 hôpitaux ontariens sont des centres de traitement des victimes d'AVC, ce qui signifie qu'ils sont les mieux équipés pour traiter et soigner les victimes d'AVC. Depuis 2005, les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario suivent des protocoles d'aiguillage des victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Selon les protocoles, lorsqu'une personne présente des signes d'AVC aigu, plutôt que de les amener à l'hôpital le plus proche, les ambulanciers paramédicaux les transportent à l'hôpital spécialisé en AVC le plus proche. Si un patient victime d'un AVC n'est pas transporté à l'hôpital par ambulance, par exemple lorsqu'un membre de la famille s'occupe du transport, il se rend habituellement à l'hôpital le plus proche, qui peut ne pas être en mesure de fournir le traitement nécessaire pour renverser ou arrêter l'AVC. En effet, de nombreuses personnes ne savent pas quels hôpitaux sont mieux équipés pour fournir des soins aux victimes d'AVC.

Le nombre de patients victimes d'un AVC arrivant à l'hôpital par ambulance est demeuré stable au cours des cinq dernières années. Par exemple, en 2015-2016, environ 58 % des patients sont arrivés par ambulance et en 2019-2020, un peu plus de 59 %. Cela signifie que plus de 40 % des patients victimes d'un AVC sont arrivés à l'hôpital sans avoir été examinés et évalués par des ambulanciers paramédicaux pour déceler les symptômes d'un AVC afin de s'assurer qu'ils sont aiguillés vers le centre de traitement des victimes d'AVC le plus proche.

De toutes les visites à l'urgence pour cause d'AVC en 2020-2021, nous avons constaté qu'environ 30 % des patients (plus de 11 900) se sont présentés à des hôpitaux qui ne sont pas des centres de traitement des victimes d'AVC et ne participent pas au programme TéléAVC (voir la **section 5.3.2**). Si un patient se présente à un hôpital qui n'est pas de centre de traitement des victimes d'AVC, il doit être transféré dans l'un de ces centres pour recevoir les soins appropriés. Ces transferts peuvent retarder la prise en charge en temps opportun.

En 2019-2020, il y a eu plus de 730 transferts de patients présentant des symptômes d'AVC vers un centre de traitement des victimes d'AVC. Ces patients s'étaient rendus à un hôpital qui n'est pas un centre de traitement des victimes d'AVC et qui ne participe pas au programme TéléAVC de l'Ontario par des moyens autres qu'une ambulance. Comme il est mentionné à la **section 5.1.1**, l'AVC exige une intervention rapide pour rétablir le flux sanguin vers le cerveau parce que chaque minute compte. Tout retard dans la prestation des soins aux victimes d'AVC peut entraîner des conséquences négatives importantes à long terme, comme l'invalidité, en plus d'accroître la probabilité de décès.

#### Hôpitaux dotés d'unités spécialisées en soins de l'AVC

Bien que la plupart des hôpitaux de l'Ontario ne soient pas désignés comme des centres de traitement des victimes d'AVC, certains hôpitaux ont mis sur pied une unité spécialisée en soins de l'AVC avec des lits réservés aux patients d'une équipe interprofessionnelle spécialisé dans le traitement des

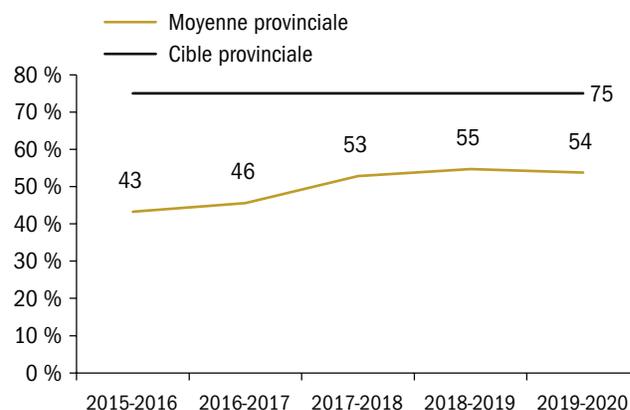
victimes d'AVC. En incluant les 26 hôpitaux dotés de centres de traitement des victimes d'AVC, 40 hôpitaux ontariens possèdent une unité spécialisée en soins de l'AVC. Si un hôpital n'a pas d'une unité spécialisée en soins de l'AVC, les patients victimes d'un AVC peuvent être placés dans un lit de l'unité générale réservé au personnel qui ne se spécialise pas dans les soins aux victimes d'AVC.

Les victimes d'un AVC traitées dans une unité spécialisée en soins de l'AVC se rétablissent mieux que les patients traités dans une section générale. Par exemple, une étude publiée dans une revue de l'American Heart Association a révélé que le fait de recevoir des traitements et des soins dans une unité spécialisée en soins de l'AVC était associé à de meilleurs résultats pour les patients, notamment une réduction de 21 % de la mortalité intrahospitalière, une diminution de 18 % de la mortalité un an après l'AVC et une augmentation de 16 % des chances qu'un patient soit renvoyé à son domicile, plutôt que d'avoir besoin de soins continus dans un établissement comme un foyer de soins de longue durée.

Selon les cibles de CorHealth, plus de 75 % des patients victimes d'un AVC devraient être traités dans une unité spécialisée en soins de l'AVC. Bien que le pourcentage de patients ontariens traités dans des unités spécialisées en soins de l'AVC ait augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 43 % en 2015-2016 à 54 % en 2019-2020, la province n'a pas atteint la cible de 75 % (voir le **figure 23**). En 2019-2020, le pourcentage de patients traités dans des unités spécialisées en soins de l'AVC était de plus de 72 % dans les centres de traitement des victimes d'AVC et de moins de 24 % dans les hôpitaux sans ces centres. Comme il est indiqué ci-dessus, la majorité des patients qui sont arrivés dans des hôpitaux qui ne sont pas des centres de traitement des victimes d'AVC ou qui ne participent pas au programme TéléAVC de l'Ontario n'ont pas été transférés à un centre de traitement des victimes d'AVC. Les hôpitaux nous ont informés que le patient n'avait pas besoin d'un traitement pour AVC aigu au moment où il s'est présenté à l'hôpital et qu'il avait donc été déterminé

**Figure 23 : Pourcentage de patients victimes d'un AVC dans une unité spécialisée en soins de l'AVC, 2015-2016 à 2019-2020**

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : CorHealth Ontario a recueilli et analysé des renseignements sur cet indicateur seulement jusqu'en 2019-2020.

qu'il n'était pas nécessaire d'effectuer un transfert vers un centre de traitement des victimes d'AVC.

Si un plus grand nombre de personnes avaient appelé une ambulance à l'apparition des symptômes d'un AVC, il est probable qu'elles auraient été transportées directement vers un établissement en mesure de fournir des soins dans une unité spécialisée en soins de l'AVC.

### 5.2.2 Le programme provincial de sensibilisation aux accidents vasculaires cérébraux a cessé ses activités, malgré son efficacité au chapitre de la sensibilisation du public

Depuis 2003-2004, le Ministère finance par intermittence les campagnes médiatiques de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC visant à fournir au public du matériel et de l'information sur les signes d'AVC diffusés à la télévision, à la radio, dans les médias numériques et dans les médias sociaux. Ces campagnes visent à sensibiliser la population pour qu'elle soit mieux à même de reconnaître les symptômes d'un AVC et pour qu'elle comprenne qu'il faut appeler une ambulance en présence de symptômes d'un AVC. En 2014-2015, la

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a révisé le matériel de sa campagne pour adopter les signes reconnus à l'échelle internationale désignés par l'acronyme « VITE » (voir la **figure 24**). La campagne VITE vise à sensibiliser le public aux principaux symptômes d'AVC et à la nécessité d'agir rapidement en ces cas.

Le Ministère a versé environ 700 000 \$ à la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC en 2017-2018 et 1 million de dollars en 2018-2019 et en 2019-2020 pour mener la campagne VITE en Ontario; cependant, en 2020-2021, le Ministère a cessé de financer cette campagne.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a déterminé qu'il y avait eu environ 52 millions de visionnements de la campagne en Ontario en 2018-2019 et en 2019-2020. Sans le financement du ministère, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC n'a réussi à mener qu'une petite campagne de sensibilisation en juin 2021 en utilisant des dons qu'elle avait reçus.

En 2018-2019, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a mené un sondage en ligne auprès de 1 000 Ontariens pour déterminer l'efficacité de sa campagne annuelle VITE. Les résultats du sondage ont montré que les personnes qui se rappelaient avoir vu la campagne « VITE » étaient six fois plus susceptibles de reconnaître les trois symptômes d'AVC (voir la **figure 24**) que celles qui ne se rappelaient pas avoir vu le matériel de la campagne. En revanche, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC nous a informés que depuis 2015-2016, le gouvernement de la C.-B. fournit un financement uniforme pour les campagnes « VITE » dans cette province.

Le Ministère nous a informés qu'il travaille actuellement à l'élaboration d'une approche provinciale coordonnée pour promouvoir la santé, prévenir les maladies chroniques et améliorer les résultats en matière de santé des personnes atteintes de maladies chroniques dans le cadre d'un vaste plan de modernisation du secteur de la santé publique; toutefois, ces travaux ont été reportés en raison de la pandémie de COVID-19.

## Figure 24 : Éléments de la campagne « VITE » de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Source : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Apprenez les  
signes de l'AVC

**V**isage Est-il affaissé?

**I**ncapacité Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

**T**rouble de la parole Trouble de prononciation?

**E**xtrême urgence Composez le 9-1-1.

Apprenez à reconnaître les signes. Plus **VITE** vous réagissez, plus **VITE** vous sauvez la personne.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017.

## 5.3 Des changements au programme sont nécessaires pour offrir aux patients un accès plus rapide aux soins et aux traitements appropriés de l'AVC

### 5.3.1 Le nombre de patients ayant reçu des traitements d'urgence pour AVC était inférieur à la cible

Comme il est mentionné à la **section 5.1**, le tPA et la TE sont deux interventions d'urgence clés en cas d'AVC. Elles ne sont toutefois pas fournies au nombre cible de patients qui pourraient bénéficier de ces interventions.

#### Le volume de médicaments tPA fournis a augmenté, mais demeure légèrement inférieur à la cible provinciale

Selon les cibles de CorHealth, 12 % des patients victimes d'un AVC ischémique devraient recevoir du tPA. Le pourcentage de patients victimes d'un AVC ischémique ayant reçu du tPA était de 10,9 % en 2015-2016 contre 11,7 % en 2019-2020 (une augmentation d'environ 1 850 patients à environ 2 110 patients). Ces chiffres atteignent maintenant presque la cible provinciale de 12 % (voir la **figure 25**).

Nous avons également remarqué que la disponibilité et l'injection du tPA varient selon les

hôpitaux. Quarante-sept hôpitaux (28 hôpitaux désignés comme centres de traitement des victimes d'AVC et 19 des 112 hôpitaux supplémentaires en Ontario) offrent le traitement au tPA.

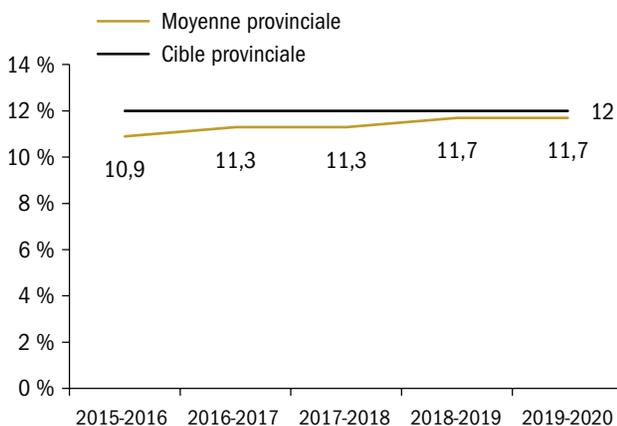
Pour garantir son efficacité, le tPA doit être administré aux patients admissibles dans les 4,5 heures suivant le début de l'AVC (voir la **section 5.1.1**). Les hôpitaux qui n'administrent pas eux-mêmes le tPA devraient sélectionner les patients admissibles et les transférer à un hôpital qui utilise ce médicament. Ce transfert supplémentaire peut entraîner un retard et rendre plus difficile l'administration du médicament à l'intérieur du délai de traitement requis. Nous avons remarqué qu'en 2019-2020, près de 450 patients victimes d'un AVC ont été transférés d'un hôpital qui n'administre pas le tPA à un hôpital qui utilise ce médicament.

### La cible des pratiques exemplaires pour le rendement de la TE n'est pas respectée.

En Ontario, le nombre de patients victimes d'un AVC ischémique qui subissent une TE représente environ la moitié du nombre de patients victimes d'un AVC ischémique qui pourraient être candidats à la TE.

**Figure 25 : Pourcentage de patients victimes d'un AVC ischémique qui ont reçu l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) en Ontario, de 2015-2016 à 2019-2020**

Source des données : CorHealth Ontario



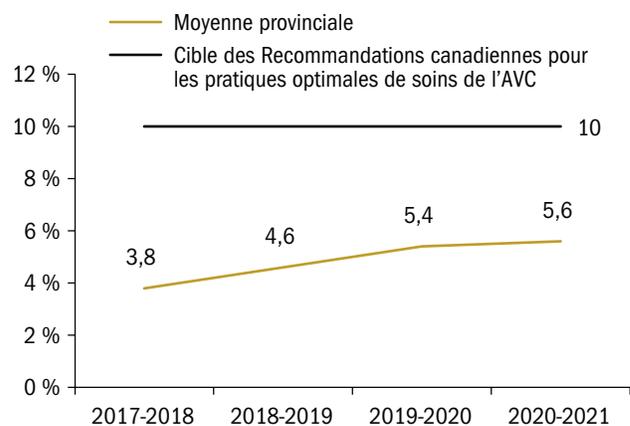
Remarque : Au moment de l'audit, CorHealth Ontario n'avait reçu et analysé que les données jusqu'en 2019-2020.

Une recherche sur la TE a révélé que plus de 10 % des patients victimes d'un AVC ischémique seraient admissibles au traitement. Par exemple, une étude publiée en 2016 dans une revue de l'American Heart Association estimait que 10,5 % des patients se présentant à un hôpital spécialisé en AVC dans les six heures suivant leur AVC seraient admissibles à une TE. De plus, les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC indiquent qu'une cible de départ raisonnable veut que plus de 10 % des patients victimes d'un AVC ischémique subissent une TE. La cible peut être modifiée en fonction des circonstances ou des facteurs locaux.

Le rendement de l'Ontario s'est amélioré, mais la province est encore assez loin d'offrir la TE à 10 % ou plus des victimes d'un AVC ischémique. Bien que la proportion de patients victimes d'un AVC ischémique en Ontario ayant subi une TE soit passée de 3,8 % en 2017-2018 à 5,6 % au cours des deux premiers trimestres de 2020-2021, elle demeure inférieure à la cible de 10 % (voir la **figure 26**). À titre de comparaison, le pourcentage de l'Ontario est inférieur au taux de l'Alberta de 7,8 % des patients qui ont subi une TE en 2020-2021 (7,9 % des patients albertains l'avaient subie en 2019-2020).

**Figure 26 : Pourcentage de patients victimes d'un AVC ischémique ayant subi une thrombectomie endovasculaire en Ontario, 2017-2018 à 2020-2021**

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : CorHealth Ontario a commencé à recueillir des données sur cette mesure en 2017-2018. Les données pour 2020-2021 ne concernent que les deux premiers trimestres parce qu'il s'agit des plus récentes données disponibles au moment de notre audit.

Les discussions que nous avons eues avec les hôpitaux que nous avons contactés ont mis au jour les principales raisons suivantes expliquant pourquoi les hôpitaux ne sont pas en mesure de pratiquer une TE sur un plus grand nombre de patients victimes d'un AVC ischémique :

- L'imagerie par perfusion tomodensitométrique, qui facilite l'identification des patients qui tireraient parti d'une TE, n'est disponible que dans un nombre limité d'hôpitaux (voir la **section 5.4.1**).
- Les patients ne se présentent pas à un hôpital spécialisé dans les six heures suivant l'AVC (voir la **section 5.2**).
- Certains hôpitaux, en particulier ceux du Nord de l'Ontario, ne disposent pas des ressources humaines nécessaires, comme des neurologues spécialistes des AVC, pour effectuer la TE 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, de sorte qu'ils doivent transférer les patients dans des hôpitaux qui peuvent l'effectuer plus facilement.

### 5.3.2 Les appels à TéléAVC ont augmenté de 90 % en quatre ans, mais la viabilité du programme est menacée

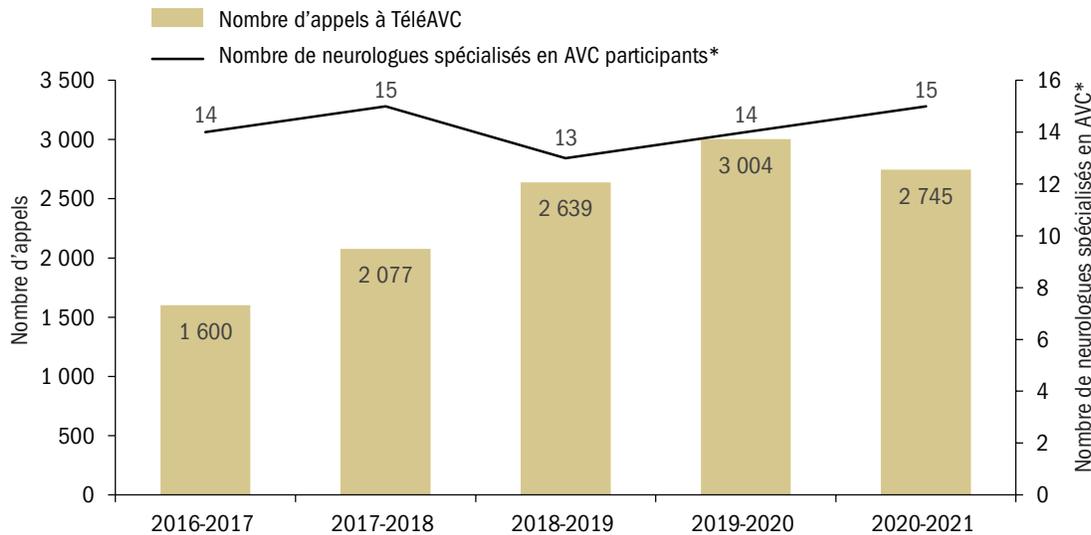
Le programme TéléAVC de l'Ontario (TéléAVC) a été créé en 2002 afin d'offrir un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des traitements d'urgence aux personnes vivant dans des régions rurales et éloignées de la province où il n'y a pas d'expertise locale en neurologie. TéléAVC utilise une plateforme de vidéoconférence bidirectionnelle et un système de transfert d'images pour permettre aux neurologues spécialistes des AVC d'évaluer visuellement les patients et d'offrir des recommandations de traitement aux urgentologues par voie virtuelle. Au moment de notre audit, 32 sites actifs d'aiguillage de TéléAVC recevaient du soutien de neurologues-conseils de TéléAVC. Ce nombre devrait passer à 34 d'ici le 31 mars 2022. Dans l'ensemble, bien que l'utilisation de TéléAVC soit en croissance, le nombre de neurologues spécialistes de l'AVC participant ne l'est pas. Cela remet en cause la viabilité du programme.

TéléAVC s'en remet aux neurologues spécialistes des AVC pour indiquer les journées où ils peuvent se consacrer au programme. Lorsqu'ils fournissent des services dans le cadre du programme TéléAVC, ils doivent être prêts à répondre aux appels reçus pendant une période complète de 24 heures. Au moment de notre audit, il y avait environ 57 neurologues spécialistes des accidents vasculaires cérébraux en Ontario. Comme le montre la **figure 27**, le nombre d'appels reçus par TéléAVC a augmenté de près de 90 % de 2016-2017 à 2019-2020, passant d'environ 1 600 à plus de 3 000 appels. Au cours de la même période, le nombre de neurologues spécialiste de l'AVC de premier recours – ceux qui travaillent en moyenne au moins 12 quarts de travail par année pour TéléAVC – est demeuré presque inchangé, à savoir d'environ 13 à 15. En 2020-2021, malgré l'incidence de la COVID-19 sur le fonctionnement des hôpitaux, le nombre d'appels et le nombre de neurologues spécialistes des AVC de premier recours sont demeurés relativement stables.

Les neurologues spécialistes des AVC avec qui nous avons parlé et qui participent actuellement à TéléAVC ont indiqué que la croissance du nombre d'appels les a empêchés de poursuivre leur participation au programme. Ils traitent en moyenne huit appels par quart, chacun prenant environ 60 minutes, comparativement à moins de cinq appels par quart en 2016-2017. Ils ont indiqué que la fréquence et la complexité des appels de TéléAVC les empêchent de planifier d'autres activités cliniques dans leur hôpital d'attache lorsqu'ils sont de garde pour le programme TéléAVC. Ils ont également indiqué qu'ils doutent de la capacité du programme à poursuivre ses activités compte tenu du nombre relativement faible de neurologues participants. Par exemple, de 2016-2017 à 2019-2020, chacun des neurologues spécialistes de l'AVC participant a effectué en moyenne 37 quarts de travail par année (y compris les quarts de travail comme premier intervenant ou intervenant auxiliaire), ce qui représente environ trois quarts de travail par mois.

**Figure 27 : Nombre d'appels au programme TéléAVC de l'Ontario et nombre de neurologues spécialistes des AVC participants, 2016-2017 à 2020-2021**

Source des données : Réseau Télémédecine Ontario



\* Ne comprend que les neurologues spécialistes des AVC qui ont effectué au moins 12 quarts de travail au cours de l'année.

Notre examen des analyses suivantes effectuées par CorHealth nous a permis de constater que la rémunération est la principale raison de la faible participation des neurologues spécialistes des AVC à TéléAVC :

- En mai 2020, CorHealth a comparé la rémunération des neurologues spécialistes des AVC de TéléAVC à leur rémunération pour une journée de travail clinique typique. CorHealth a constaté qu'en 2018-2019, les neurologues de TéléAVC étaient rémunérés environ 113 \$ de moins l'heure que ce qu'ils touchaient dans le cadre de leur travail quotidien.
- En juin 2020, CorHealth a effectué un examen du programme TéléAVC et a conclu que la rémunération des neurologues participant au programme n'était pas concurrentielle par rapport à d'autres programmes d'aide à distance comparables. Les neurologues de premier recours participant à TéléAVC recevaient 850 \$ par quart de travail de 24 heures, pour environ huit appels par quart. Ce montant est nettement inférieur à la rémunération versée dans le cadre des programmes semblables suivants :

- Le programme traumatismes et brûlures, un programme régional de traumatologie où les médecins répondent aux demandes de renseignements d'autres médecins au moyen de CritiCall, paie de 1 000 \$ à 1 300 \$ par jour pour une moyenne de trois appels par jour seulement.
- Les Modèles de réponse de soins intensifs virtuels, qui offrent des services de soins critiques aux hôpitaux de la région sanitaire du Nord de l'Ontario, paient 1 560 \$ par jour pour une moyenne de deux appels par jour.

## RECOMMANDATION 8

Pour que tous les patients victimes d'un AVC puissent recevoir les soins appropriés en temps opportun, le ministère de la Santé devrait :

- enjoindre à CorHealth de cerner les obstacles à la prestation et élaborer des initiatives qui permettent d'accroître le pourcentage de patients victimes d'un AVC qui reçoivent un activateur tissulaire du plasminogène (tPA) et une thrombectomie endovasculaire (TE) à

l'échelle de la province et de mettre en œuvre un plan pour atteindre les taux cibles;

- collaborer avec CorHealth pour élaborer des initiatives ou des programmes (comme le financement de la campagne VITE menée par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) qui sensibilisent le public aux symptômes d'AVC et aux mesures à prendre (comme l'impératif d'appeler une ambulance) en cas d'AVC;
- évaluer les changements supplémentaires (le cas échéant) nécessaires pour atteindre le pourcentage cible de patients victimes d'AVC traités dans des unités spécialisées en soins de l'AVC et les mettre en œuvre;
- collaborer avec les intervenants, y compris les neurologues de CorHealth et les neurologues spécialistes des AVC, pour déterminer les changements à apporter nécessaires, par exemple la majoration des indemnités offertes aux neurologues, afin d'encourager un plus grand nombre de neurologues spécialistes des AVC à participer à TéléAVC.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation et appuie CorHealth dans son travail sur la qualité du traitement des accidents vasculaires cérébraux. De plus, TéléAVC est un partenaire important dans la prestation de soins de grande qualité à tous les patients de l'Ontario, et le Ministère continue de travailler avec CorHealth pour améliorer le programme. Le Ministère déterminera la façon la plus appropriée d'accroître la sensibilisation aux symptômes de l'AVC et les mesures appropriées à prendre si des symptômes d'AVC sont présents et financera ces initiatives.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth appuie la recommandation et continue de travailler avec le ministère de la Santé pour veiller à ce que les patients victimes d'un AVC reçoivent rapidement les soins

appropriés. CorHealth, en partenariat avec le ministère de la Santé, collabore avec les réseaux régionaux contre les accidents vasculaires cérébraux et les dirigeants des services cliniques et administratifs pour examiner l'accès aux services de traitement des AVC hyperaigus et surveiller le rendement du traitement par TE. CorHealth se réunit avec les programmes pour comprendre les facteurs explicatifs de la variation du rendement. Reconnaissant que les programmes sont à différents stades d'adoption et d'expansion quant au recours à la TE, CorHealth a élaboré un mécanisme pour favoriser le dialogue et communiquer les apprentissages à l'échelle de la province. CorHealth reconnaît l'importance d'accroître la sensibilisation du public aux symptômes de l'AVC pour améliorer la survie et le rétablissement des victimes d'AVC. CorHealth continuera d'offrir son appui par l'entremise de ses partenariats pour soutenir les initiatives et les programmes qui favorisent une sensibilisation accrue du public.

CorHealth convient que le renforcement du programme TéléAVC en Ontario est un facteur clé pour assurer aux patients un accès équitable aux services de traitement de l'AVC. CorHealth continuera de travailler avec ses intervenants cliniques et du réseau de la santé pour cerner les possibilités d'amélioration afin de soutenir cette précieuse ressource pour les Ontariens victimes d'un accident vasculaire cérébral. Un accès rapide et approprié aux unités spécialisées en soins de l'AVC est également essentiel pour maintenir les bienfaits de tout traitement d'un AVC hyperaigu et faciliter le rétablissement et la prévention secondaire à la suite d'un AVC. CorHealth entreprend une initiative pluriannuelle visant à améliorer l'accès à cette pratique exemplaire essentielle et à améliorer les résultats pour les patients victimes d'un AVC.

## 5.4 Le test diagnostique efficace peut être élargi à l'échelle provinciale pour déterminer le traitement approprié pour un plus grand nombre de patients victimes d'AVC

L'imagerie par perfusion tomодensitométrie (PT) est un test diagnostique qui peut aider à déterminer si les victimes d'un AVC ischémique sont de bons candidats à une TE. CorHealth a recensé 44 hôpitaux qui, à son avis, devraient avoir un logiciel d'imagerie par perfusion tomодensitométrie. Cependant, en juillet 2021, seulement 16 d'entre eux l'utilisaient.

La perfusion tomодensitométrie utilise un appareil de radiographie — un tomодensitomètre — pour représenter graphiquement le débit sanguin d'un patient vers le cerveau et aider les professionnels de la santé à déterminer la quantité de tissu cérébral qui peut être récupérée si le caillot sanguin est éliminé. Les résultats d'un test de perfusion tomодensitométrie aident le médecin à déterminer si un patient tirerait profit de la TE, particulièrement chez les patients qui se rapprochent de la fin de la période de 24 heures suivant le début de l'AVC.

Comme il est mentionné à la **section 5.1.2**, seulement 11 hôpitaux de l'Ontario sont équipés pour exécuter les interventions de TE. En juillet 2021, seulement huit de ces onze hôpitaux effectuaient également des tests de perfusion tomодensitométrie (voir la **figure 28**).

La TE est plus efficace et utile lorsqu'elle est pratiquée peu de temps après l'AVC. Les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC établissent le délai dans lequel une TE doit être effectuée pour obtenir des résultats optimaux. Ces recommandations ont été mises à jour en 2018 lorsqu'il a été déterminé que le recours à une TE dans les six heures suivant le début de l'AVC constitue la période privilégiée, mais que le recours à une TE dans les 24 heures suivant le début de l'AVC peut tout de même être bénéfique pour certains patients.

Nous avons discuté avec les huit hôpitaux qui effectuent à la fois des tests de perfusion tomодensitométrie et des interventions de TE. L'un des principaux avantages cernés de la perfusion tomодensitométrie est qu'elle peut aider à évaluer

**Figure 28 : Utilisation de la perfusion tomодensitométrie par les hôpitaux et les groupes d'hôpitaux capables d'effectuer une thrombectomie endovasculaire**

Sources des données : CorHealth Ontario

11 hôpitaux/groupes d'hôpitaux capables d'effectuer une TE	Effectue la PT?
Hamilton Health Sciences Corporation	✓
Horizon Santé-Nord	×
Centre des sciences de la santé de Kingston	✓
Centre des sciences de la santé de London	✓
Centre Sunnybrook des sciences de la santé	✓
Hôpital d'Ottawa	✓
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	×
Partenaires de santé Trillium	×
Unity Health Toronto	✓
Réseau universitaire de santé	✓
Hôpital régional de Windsor	✓
<b>Nombre d'hôpitaux ou de groupes d'hôpitaux susmentionnés qui effectuent la PT</b>	<b>8</b>

Remarque : En juillet 2021

si un patient peut se prêter à une TE plus de 12 heures après le début de son AVC. Ces hôpitaux ont expliqué que les décisions concernant l'obtention du logiciel de perfusion tomodensitométrie étaient prises par l'hôpital.

Si un patient victime d'un AVC se présente dans les 24 heures suivant le début de l'AVC à un hôpital qui n'effectue pas de PT, il peut être transféré à un hôpital qui effectue l'imagerie par PT. Ces transferts peuvent retarder le traitement. Par exemple, en 2019-2020, plus de 500 patients d'hôpitaux qui n'offrent pas la PT ont été transférés à des hôpitaux qui offrent la PT et effectuent également la TE. Nous avons également relevé des cas où un hôpital qui effectue la TE, mais qui n'offre pas d'imagerie par PT, doit transférer des patients à un autre hôpital pour faire effectuer l'imagerie. Par exemple, en 2020-2021, Trillium Health Partners a transféré quatre patients vers d'autres hôpitaux de la région du Grand Toronto pour qu'une perfusion tomodensitométrie soit effectuée.

Nous avons également discuté avec des hôpitaux qui ne disposent pas des logiciels et des ressources humaines nécessaires pour effectuer la perfusion tomodensitométrie. Ces hôpitaux ont indiqué que même s'ils connaissaient la valeur de la perfusion tomodensitométrie, ils n'avaient pas accordé la priorité à l'utilisation de la PT parce qu'ils privilégiaient d'autres priorités pour le moment. Certains de ces hôpitaux craignaient également que les ressources en personnel nécessaires à la prestation du service de perfusion tomodensitométrie ou à l'évaluation des résultats de la PT soient limitées, ce qui rend difficile l'utilisation efficace de la technologie. Certains hôpitaux ont indiqué qu'ils étudiaient activement la possibilité d'offrir la perfusion tomodensitométrie.

Parmi les 44 hôpitaux qui devraient utiliser la perfusion tomodensitométrie répertoriés par CorHealth, seulement 16 d'entre eux l'utilisaient. CorHealth s'emploie à élargir l'utilisation de la PT aux 28 autres hôpitaux qui, à son avis, disposent de l'équipement d'imagerie nécessaire (tomodensitomètres), mais qui ont besoin du

logiciel de PT. Cela aiderait à réduire le nombre de transferts de patients entre les hôpitaux pour recevoir les services d'imagerie et les traitements nécessaires. En effet, bien que bon nombre de ces hôpitaux n'effectuent pas de TE, ils reçoivent et évaluent régulièrement des patients victimes d'un AVC en vue de déterminer le traitement approprié. Ils auraient donc avantage à pouvoir déterminer quels patients sont de bons candidats à un transfert vers un hôpital spécialisé pour subir une TE. En février 2021, CorHealth a demandé à Mohawk-Medbuy Corporation et à Plexxus, deux organismes de services sans but lucratif de la chaîne d'approvisionnement en santé, de discuter des possibilités d'approvisionnement en technologie de perfusion tomodensitométrie pour les hôpitaux qui jouent un rôle dans le traitement des AVC hyperaigus (comme les hôpitaux qui aiguillent les patients vers les hôpitaux qui effectuent la TE et les hôpitaux qui l'effectuent). Plexxus était d'avis que les hôpitaux concluraient des contrats avec le fournisseur privilégié d'ici la fin de 2020-2021 pour permettre des achats plus massifs d'équipements de perfusion tomodensitométrie à l'échelle provinciale.

## RECOMMANDATION 9

Pour que les victimes d'AVC aient accès en temps opportun à des tests diagnostiques qui leur permettront de recevoir le type de soins le plus approprié, le ministère de la Santé devrait enjoindre à CorHealth :

- d'achever l'acquisition de la technologie d'imagerie par perfusion tomodensitométrie (PT) pour tous les hôpitaux admissibles et de fournir un soutien pour cerner et éliminer les obstacles qui empêchent les hôpitaux d'utiliser la PT ou d'y accéder;
- de continuer de surveiller le besoin de disposer de la technologie de PT parmi les autres hôpitaux à l'échelle provinciale et de collaborer avec les hôpitaux pour obtenir cette technologie.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie cette recommandation et continuera de recevoir des mises à jour de la part de CorHealth sur les progrès de cette initiative liée à l'acquisition de la technologie d'imagerie par perfusion tomodensitométrique (PT) afin d'assurer aux patients victimes d'un AVC un accès rapide aux tests diagnostiques qui leur permettront de recevoir le type de soins le plus approprié.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à la recommandation et continue de travailler avec les organismes de services de la chaîne d'approvisionnement pour acquérir la technologie d'imagerie par perfusion tomodensitométrique pour tous les hôpitaux admissibles de l'Ontario. CorHealth collaborera avec les réseaux régionaux contre les accidents vasculaires cérébraux pour encourager certains hôpitaux à participer et cerner les obstacles potentiels à l'adoption de ce nouveau processus d'imagerie et les facteurs qui la favorisent.

### 5.5 Les victimes d'un AVC n'ont pas toutes accès en temps opportun au type de services de réadaptation appropriés ni à la quantité dont ils ont besoin

#### 5.5.1 Le nombre de patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC est bien inférieur à la pratique exemplaire recommandée

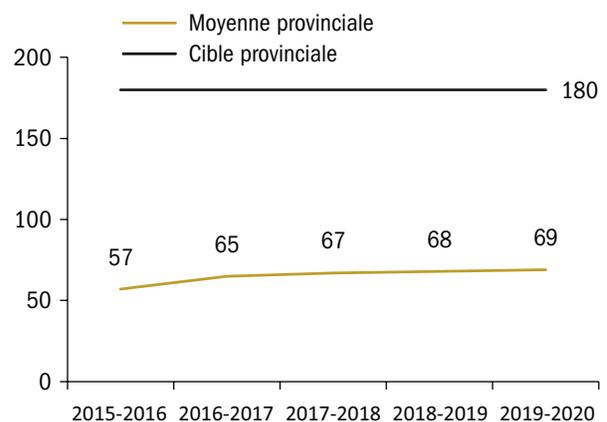
L'Ontario a adopté un nombre repère de minutes de thérapie de réadaptation fournies chaque jour à des patients hospitalisés. Ce nombre est fondé sur une recommandation des pratiques exemplaires incluse dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC mises à jour en 2019 : [Traduction] « Une fois qu'ils sont jugés stables sur le plan médical et neurologique, les patients devraient recevoir trois heures par jour de thérapie directe sur une tâche particulière, cinq jours par semaine, fournie par l'équipe interdisciplinaire

spécialiste de l'AVC; un plus grand nombre de traitements produit de meilleurs résultats. »

Cette recommandation s'appuyait sur des études qui montraient que les personnes qui avaient bénéficié d'au moins trois heures de réadaptation en milieu hospitalier à la suite d'un AVC avaient amélioré leurs capacités fonctionnelles comparativement à celles qui recevaient moins de trois heures par jour. Cette thérapie serait une combinaison de 180 minutes de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie. Le nombre médian de minutes par jour de service de réadaptation reçus par les patients hospitalisés est passé d'environ 57 minutes par jour en 2015-2016 à 69 minutes par jour en 2019-2020; toutefois, ce nombre est tout de même nettement inférieur à la recommandation des pratiques exemplaires de 180 minutes (voir la **figure 29**). Parmi les établissements de réadaptation pour les patients victimes d'un AVC hospitalisés qui desservent 40 patients ou plus pendant l'année, le nombre de minutes de thérapie offertes a varié considérablement en 2019-2020, de 22 minutes par jour à près de 110 minutes par jour. L'**annexe 9** indique les fournisseurs qui ont fourni le plus et le moins de temps de réadaptation par patient hospitalisé en 2019-2020.

Figure 29 : Nombre de minutes de services de réadaptation reçus par les patients victimes d'un AVC, hospitalisés, par jour, 2015-2016 à 2019-2020

Source des données : CorHealth Ontario



Remarque : CorHealth Ontario a recueilli et analysé de l'information sur cet indicateur jusqu'en 2019-2020.

Les fournisseurs de services de réadaptation pour patients hospitalisés nous ont informés qu'une pénurie de personnel était le principal obstacle à la prestation de la période de trois heures de services de réadaptation par patient par jour recommandée. Ils ont également déterminé que la variation des besoins et des cibles des patients constituait un autre défi, étant donné que si un patient n'a pas besoin d'un type de thérapie, comme l'orthophonie, un autre type de thérapie doit être offert pour utiliser le temps de thérapie réservé. D'autres ont fait remarquer que même si des membres du personnel infirmier et des auxiliaires en réadaptation fournissent des services thérapeutiques à un patient, au plus un tiers de leur temps peut être pris en compte dans la durée totale de la réadaptation. Les deux tiers restants du temps de réadaptation cible de 180 minutes doivent être fournis directement par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes.

Nous avons toutefois recensé des fournisseurs qui ont trouvé des moyens d'augmenter le nombre de services de réadaptation pour patients hospitalisés offerts sans augmenter leur effectif. Par exemple, l'hôpital de réadaptation St. John de Toronto, qui offre en moyenne environ 110 minutes de réadaptation par jour aux patients hospitalisés, planifie des séances de réadaptation plus courtes, mais plus fréquentes, chaque jour, pour les patients ayant subi des AVC plus graves et plus complexes au lieu d'offrir des séances plus longues en moins grand nombre chaque jour. Ainsi, le temps du personnel passé avec les patients est utilisé de façon optimale parce que les patients sont moins susceptibles de se fatiguer lors d'une séance plus courte. Ce type d'horaire pourrait être adopté par d'autres fournisseurs pour augmenter la quantité et l'efficacité du traitement.

### **5.5.2 Les services de physiothérapie financés à l'aide de fonds public fournis dans des cliniques communautaires ne sont pas accessibles à tous les Ontariens âgés de 20 à 64 ans**

Les patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral suivent généralement un parcours

défini vers l'obtention de services de réadaptation. Toutefois, les patients victimes d'un AVC qui ne nécessitent pas d'hospitalisation peuvent se voir refuser les services de physiothérapie en milieu communautaire, même s'ils en ont besoin.

Par le passé, les patients victimes d'un AVC âgés de 20 à 64 ans qui n'étaient pas hospitalisés parce que leur AVC s'était résorbé sans avoir besoin de soins de courte durée supplémentaires n'étaient pas tous admissibles aux services de physiothérapie financés par le secteur public, offerts dans une clinique de physiothérapie communautaire, même si la physiothérapie est un service courant offert aux autres patients victimes d'un AVC. Pour corriger la situation, le *projet de loi 9, Loi de 2016 favorisant un meilleur rétablissement de toutes les victimes d'accidents vasculaires cérébraux* a été adopté et a reçu la sanction royale, et la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* a été modifiée en 2016 afin d'ajouter au ministre une fonction supplémentaire, à savoir de « [v]eiller à l'adoption et à la promotion d'une approche fondée sur des données probantes à l'égard de la prestation de services de physiothérapie aux malades de tout âge ayant eu un accident vasculaire cérébral. »

Toutefois, le Ministère verse toujours des fonds pour les services de physiothérapie offerts dans des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire uniquement aux victimes d'un AVC de moins de 20 ans ou à celles de plus de 64 ans ou s'ils sont admis à l'hôpital. Ainsi, tout survivant adulte de 20 à 64 ans qui n'est pas admis à l'hôpital n'est pas admissible à des services de physiothérapie financés par le gouvernement offerts dans des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire. À la suite de notre discussion avec cinq cliniques de physiothérapie en milieu communautaire, nous avons confirmé qu'elles recevaient des patients aiguillés qui correspondent à cette description, mais elles ont aussi fait savoir que le refus des services par ces patients est « plutôt fréquent », car les patients doivent payer eux-mêmes les services de physiothérapie, utiliser une assurance privée pour couvrir le coût de ces services, ou s'en passer.

En 2019-2020, 12 361 patients âgés de 20 à 64 ans se sont présentés aux urgences en raison d'un AVC. Cela représentait 31 % de tous les patients qui se sont présentés aux urgences en raison d'un AVC. Parmi ces 12 361 patients, 7 182 (64 %) n'ont pas été hospitalisés, ce qui les a rendus inadmissibles aux services de physiothérapie de réadaptation après un AVC financés par le secteur public fournis dans des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire. Bien que ces patients n'aient pas tous eu besoin de services de physiothérapie, nous savons que certains ont tenté de recevoir ces services dans des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire et se les sont vus refusés.

Le Ministère estime que les adultes de 20 à 64 ans ont plus de pouvoir social et d'indépendance économique ainsi qu'ont plus facilement accès aux ressources que les enfants et les aînés, et que même si la *Loi canadienne sur la santé* n'oblige pas les provinces à financer des services de physiothérapie à l'extérieur des hôpitaux, l'Ontario a choisi d'offrir une certaine protection, mais limitée, aux patients âgés de moins de 20 ans ou âgés de plus de 64 ans.

## RECOMMANDATION 10

Pour permettre aux victimes d'un AVC d'avoir accès aux types de services de réadaptation appropriés pour répondre à leurs besoins en matière de santé, et en quantité suffisante, le ministère de la Santé devrait :

- collaborer avec les intervenants, y compris CorHealth et les fournisseurs de services de réadaptation, pour comprendre les difficultés à respecter la pratique exemplaire de fournir 180 minutes de services de réadaptation par jour aux patients hospitalisés;
- prendre les mesures appropriées pour relever ces défis;
- financer des services de physiothérapie pour tous les patients victimes d'un AVC qui en ont besoin, peu importe leur âge.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation. Le Ministère reconnaît l'importance de disposer d'un nombre approprié de services de réadaptation après un AVC accessibles en temps voulu, y compris les services de physiothérapie, et collaborera avec CorHealth et Santé Ontario aux prochaines étapes.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à la recommandation et reconnaît l'importance de l'intensité de la réadaptation dans le rétablissement global des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral. Cette attention portée à l'intensité de la réadaptation devrait s'étendre au-delà des services de réadaptation offerts aux patients hospitalisés pour inclure des programmes en milieu communautaire (à domicile et en consultation externe), y compris comprendre des modèles de congé précoce avec services externes, lorsque les cas s'y prêtent. Sur demande, CorHealth continuera de travailler avec le ministère de la Santé à l'élaboration de normes ou de programmes provinciaux pour les patients hospitalisés et traités en milieu communautaire (à domicile et en consultation externe) conformément aux pratiques exemplaires.

## 6.0 Constatations détaillées de l'audit : Coordination, surveillance et financement du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

### 6.1 Les lits d'hôpitaux sont occupés par des patients victimes d'un AVC ou d'autres problèmes cardiaques qui n'ont plus besoin de soins actifs fournis en milieu hospitalier

Les patients qui n'ont plus besoin des soins actifs fournis dans un hôpital peuvent avoir besoin de soins continus dans un milieu différent, comme des services à domicile, des services de réadaptation pour patients hospitalisés ou des services dans un foyer de soins de longue durée, qui est mieux adapté à leurs besoins particuliers. Si aucun lit n'est disponible ou si le transport vers ces ressources est retardé, le patient demeurera à l'hôpital et sera considéré comme nécessitant un autre niveau de soins (ANS). Ces patients demeureront à l'hôpital en tant que patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins jusqu'à ce qu'ils soient transférés vers un milieu plus approprié pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de soins.

En 2019-2020, sur environ 128 800 patients cardiaques, plus de 5 300 étaient considérés comme nécessitant un autre niveau de soins. Ces patients ont reçu environ 82 260 jours de soins hospitaliers aigus supplémentaires à un coût estimatif de plus de 126 millions de dollars pour les hôpitaux ontariens. Au cours de la même année, sur environ 22 000 patients victimes d'un AVC, plus de 3 500 ont été considérés comme nécessitant un autre niveau de soins et ils ont reçu environ 62 520 jours de soins hospitaliers aigus supplémentaires à un coût estimatif de plus de 80 millions de dollars pour les hôpitaux ontariens.

Lorsque des patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins occupent un lit d'hôpital de soins actifs, d'autres patients qui ont besoin de soins hospitaliers pourraient ne pas avoir accès à un lit. La situation est particulièrement préoccupante, car l'Ontario compte généralement moins de lits d'hôpital que la plupart des autres provinces et territoires canadiens et que les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'OCDE, une organisation internationale où les pays membres discutent et élaborent des politiques économiques et sociales, surveille le nombre de lits d'hôpital par millier de personnes dans chaque État membre. En 2019, l'Ontario comptait moins de lits d'hôpital par millier de personnes que l'ensemble des autres provinces et territoires du Canada, sauf le Yukon (voir l'**annexe 10**), et moins de 31 des 36 pays membres de l'OCDE qui ont fourni des données (voir l'**annexe 11**).

Le Ministère ne recueille pas de renseignements sur le type d'établissement dans lequel chaque patient attend d'être admis. Toutefois, le personnel hospitalier nous a informés que les patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins attendent habituellement d'être transférés à leur domicile (avec ou sans soutien continu) ou dans un établissement offrant des services de réadaptation ou des soins de longue durée pour patients hospitalisés. Selon les données fournies par le Ministère, le coût quotidien moyen de la prestation de soins intrahospitaliers aux patients victimes d'un AVC ou atteints d'une cardiopathie est d'environ 1 540 \$ et 1 290 \$ respectivement. Ces coûts représentent plus du triple du coût quotidien moyen des services de réadaptation pour patients hospitalisés (environ 399 \$).

D'après l'information sur le nombre de patients cardiaques et victimes d'un AVC considérés comme nécessitant un autre niveau de soins et les coûts moyens de prestation des soins à ces patients, nous avons estimé que si tous les patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins avaient été transférés d'un lit d'hôpital de soins actifs une fois considérés comme nécessitant un ANS, la province

aurait pu économiser plus de 150 millions de dollars en 2019-2020, soit plus de 94 millions de dollars pour les patients cardiaques et plus de 56 millions de dollars pour les patients victimes d'un AVC. S'il y avait eu des places pour accueillir tous ces patients et si tous les patients considérés comme nécessitant un ANS avaient été transférés immédiatement, un plus grand nombre de lits d'hôpitaux des soins actifs aurait été disponible pour d'autres patients, comme les patients en attente d'une intervention cardiaque.

### RECOMMANDATION 11

Afin d'offrir aux patients victimes d'un AVC ou d'un trouble cardiaque des soins rentables et appropriés lorsqu'ils n'ont plus besoin d'être hospitalisés, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- exiger que les hôpitaux déclarent le type d'établissement dans lequel chaque patient considéré comme nécessitant un autre niveau de soins attend d'être admis;
- analyser cette information pour déterminer, par région, le besoin de lits supplémentaires dans d'autres types d'établissements et cerner les possibilités d'améliorer la coordination entre les hôpitaux et les autres établissements.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera la faisabilité et la valeur de la collecte de données sur les patients considérés comme nécessitant un autre niveau de soins par type de patients (comme les patients cardiaques et les patients victimes d'AVC) afin de déterminer s'il est nécessaire d'ajouter des lits dans d'autres types d'établissements. Actuellement, les hôpitaux déclarent à Santé Ontario la destination prévue au congé des patients considérés comme nécessitant un ANS. Les renseignements fournis indiquent notamment les différents types d'établissements dans lesquels les patients attendent d'être admis (p. ex. soins de longue durée, réadaptation, soins

continus complexes, services de soutien à domicile et en milieu communautaire).

Ces renseignements sont fournis au Ministère dans un rapport mensuel régulier sur le rendement et sont utilisés par le Ministère pour effectuer diverses analyses (planification de programmes particuliers, détermination des besoins en ressources supplémentaires, etc.).

### RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth reconnaît l'importance des initiatives qui permettent aux patients de cheminer dans le système de soins de santé de manière à ce qu'ils reçoivent des soins rentables et appropriés. CorHealth collaborera avec Santé Ontario et le Ministère, sur demande, pour appuyer toute nouvelle activité de déclaration liée aux données sur les autres niveaux de soins pour les patients cardiaques et les victimes d'AVC.

## 6.2 CorHealth Ontario fait face à des contraintes et n'assure pas une surveillance complète des services de traitement des cardiopathies et des AVC

Bien que CorHealth remplisse généralement son mandat actuel, sa capacité d'améliorer les soins cardiaques et le traitement des accidents vasculaires cérébraux dans la province est limitée parce qu'il n'a pas le pouvoir d'exiger que les hôpitaux respectent ses normes.

Comme mentionné à la **section 2.4.2**, les responsabilités actuelles de CorHealth sont regroupées en trois grandes catégories :

- fournir une orientation et des recommandations fondées sur des données probantes au Ministère, à Santé Ontario, aux anciens réseaux locaux d'intégration des services de santé (qui font maintenant partie de Santé Ontario) et aux hôpitaux pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et l'équité des services cardiaques, vasculaires et de traitement

des accidents vasculaires cérébraux pour les patients ontariens;

- effectuer des analyses de données et formuler des prévisions à l'appui des politiques provinciales et des programmes de financement futurs qui assureront l'uniformité de la qualité des soins de santé à l'échelle de la province;
- surveiller le rendement des hôpitaux par rapport aux indicateurs de rendement qu'il établit pour déterminer si le rendement s'améliore ou se détériore à l'échelle des hôpitaux, des régions et des provinces.

Selon le personnel responsable des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux de la plupart des hôpitaux que nous avons contactés, CorHealth a rempli son rôle de prestation de conseils fondés sur des données probantes en matière de soins aux personnes atteintes de cardiopathies et aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux dans la province. Plus particulièrement :

- CorHealth demeure à l'affût de l'innovation et l'adopte. Par exemple, CorHealth a collaboré avec le Ministère pour former le Minimally Invasive Structural Heart Working Group (groupe de travail sur le traitement minimalement invasif des cardiopathies structurelles) en juin 2017. Le groupe a fourni une expertise à l'appui de l'élargissement, par le Ministère, de l'utilisation de nouvelles technologies comme l'IVAC. Ce groupe est depuis devenu le New Technologies Planning Committee (comité de planification des nouvelles technologies) afin d'intégrer un plus large éventail de technologies.
- CorHealth aide les décideurs à obtenir les points de vue des cliniciens et des administrateurs. Par exemple, CorHealth a mené des activités de sensibilisation auprès des intervenants pour recueillir les commentaires du personnel hospitalier pour éclairer ses recommandations concernant les nouveaux taux de financement des interventions cardiaques.
- CorHealth fournit des conseils fondés sur des données probantes au Ministère, aux hôpitaux et à la plupart des intervenants du système de

traitement des maladies cardiaques, des maladies vasculaires et de l'AVC. Par exemple, CorHealth dirige des initiatives telles que l'amélioration de l'accès rapide à l'intervention d'IVAC pour les patients cardiaques, l'élargissement de l'accès au traitement par TE pour les victimes d'un AVC ischémique aigu et la mise en œuvre de normes de soins fondées sur des données probantes pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Toutefois, en raison de son mandat limité, comme il est décrit aux **sections 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3 et 6.2.4** qui suivent, comparativement à celui d'organismes semblables comme Cardiac Services BC et Action Cancer Ontario (qui a fait partie de Santé Ontario en 2019), CorHealth est limité dans ce qu'il peut faire pour améliorer les soins aux Ontariens.

### 6.2.1 CorHealth n'a pas le pouvoir de financer les hôpitaux et les autres fournisseurs de services ni d'exiger le respect de normes ou de pratiques exemplaires

CorHealth formule des recommandations sur les pratiques exemplaires en matière de soins des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux et assure la surveillance des résultats des fournisseurs de services (en particulier ceux des hôpitaux) et la production de rapports sur ceux-ci. Toutefois, il n'a pas le pouvoir d'exiger des fournisseurs de services qu'ils suivent ses recommandations ou améliorent leur rendement ni le pouvoir d'ajuster le financement des hôpitaux pour améliorer leur rendement. Comme il est mentionné à la **section 4.2.2**, CorHealth a élaboré en 2019 une initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque qui permet d'offrir aux patients de meilleurs soins dans la collectivité et d'optimiser l'utilisation des ressources; cependant cette initiative n'a pas été adoptée largement et CorHealth n'a pas le pouvoir d'exiger que les régions l'adoptent.

CorHealth mesure le rendement des hôpitaux en matière de soins des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux par rapport aux cibles provinciales et communique les résultats de

rendement au Ministère et aux professionnels de la santé de la province, mais il n'a pas le pouvoir de fournir aux hôpitaux des fonds ou des incitatifs pour les aider à améliorer leur rendement, contrairement à d'autres organismes ontariens et de l'extérieur de l'Ontario. Par exemple :

- À l'extérieur de l'Ontario, la Colombie-Britannique permet à Cardiac Services BC et à Stroke Services BC de financer des projets et des initiatives à l'aide d'une allocation de financement approuvée. En plus des fonds alloués par la province, Cardiac Services BC distribue des fonds aux régies régionales de la santé en vertu d'ententes conclues avec ces régies et les établissements de soins de santé, et dispose de l'autonomie nécessaire pour répartir et ajuster le financement entre ces organismes. Stroke Services BC gère un budget provincial visant à améliorer et à remanier le système des soins de l'AVC et peut affecter le budget aux secteurs prioritaires.
- En Ontario, Action Cancer Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario) a reçu près de 1,9 milliard de dollars en 2019-2020, dont une grande partie peut être distribuée de façon discrétionnaire aux hôpitaux pour améliorer le traitement du cancer. Action Cancer Ontario arrime souvent le financement au rendement des hôpitaux par rapport à des indicateurs de qualité afin d'améliorer le rendement. Par exemple, Action Cancer Ontario ne versera des fonds pour une grande partie du financement par activité que lorsque l'activité est exécutée conformément à une pratique fondée sur des données probantes.
- Action Cancer Ontario finance également des initiatives qui s'harmonisent avec ses priorités permanentes, notamment déterminer comment les ressources sont attribuées, y compris les paiements fondés sur le rendement, dans les limites des contraintes et de l'orientation énoncées dans la lettre de financement annuelle du Ministère. Action Cancer Ontario fournit également du financement pour les immobilisations aux fins de l'achat

du remplacement de matériel d'imagerie diagnostique et de matériel de radiothérapie.

- Action Cancer Ontario peut également imposer des mesures encourageant un changement de comportement pour remédier à la non-conformité aux pratiques exemplaires et à l'orientation clinique, notamment exiger des vérifications de programme, des plans d'amélioration du rendement, recouvrer le financement lorsque les exigences en matière de rapport ne sont pas respectées et même retirer un établissement d'un programme financé si les normes ne sont pas respectées.

Au moment de notre audit, CorHealth devait être fusionnée avec Santé Ontario à la fin de 2021-2022, une situation qui ressemble à celle qu'ont connue des organismes comme Action Cancer Ontario et Qualité des Services de Santé Ontario en décembre 2019. Santé Ontario a déjà mis en place des systèmes pour agir à titre de gardien et de distributeur des fonds. Ceux-ci pourraient éventuellement être utilisés aux fins du financement axé sur le rendement et l'innovation, ce qui serait conforme aux objectifs stratégiques de CorHealth.

### 6.2.2 Le mandat de CorHealth ne couvre pas la prévention de la première occurrence des cardiopathies et des AVC

La prévention peut jouer un rôle important dans la réduction du risque de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral. N'empêche, aucun organisme ontarien ne se consacre spécifiquement à la prévention des cardiopathies et des AVC avant leur première occurrence. À l'opposé, Action Cancer Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario) met l'accent sur la prévention du cancer ainsi que sur le traitement du cancer. Les travaux de prévention ont été orientés par la première mouture de la stratégie de prévention des maladies chroniques d'Action Cancer Ontario de 2015 à 2020 et sont maintenant orientés par la Stratégie de prévention des maladies chroniques de Santé Ontario : 2020-2023.

Bien que des facteurs incontrôlables comme l'âge, la génétique, l'ethnicité et les antécédents médicaux jouent un rôle dans la détermination du risque de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral chez une personne, de nombreuses études ont démontré que plusieurs facteurs liés au mode de vie peuvent être modifiés pour prévenir l'apparition de ces maladies. Par exemple, une étude internationale dans 52 pays a révélé que 90 % des premières crises cardiaques chez les hommes et 94 % chez les femmes pouvaient être attribuables à des facteurs maîtrisables. Une autre étude internationale a révélé que 90 % des AVC étaient attribuables à dix principaux facteurs de risque maîtrisables, dont l'alimentation, l'activité physique, le poids et la consommation de tabac et d'alcool.

Le rapport *Le fardeau des maladies chroniques en Ontario* publié en 2019 par Santé publique Ontario et Action Cancer Ontario indiquait ce qui suit :

- Les 192 millions de dollars consacrés à la prévention des maladies chroniques en 2016-2017 ont été éclipsés par les coûts annuels directs des soins de santé de 10,5 milliards de dollars engagés pour le traitement des maladies chroniques, y compris les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. Cette différence souligne le fait qu'il existe d'importantes possibilités d'économies si l'on peut maîtriser les facteurs de risque courants de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux.
- Alors qu'en 2015, 28 195 décès étaient attribuables au cancer (la principale cause de décès en Ontario), la même année, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires était de 26 012, soit seulement 8 % de moins que le nombre de décès attribuables au cancer. Fait à noter, en 2016, plus de deux fois plus d'Ontariens ont été hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire que pour un cancer. Il conviendrait donc qu'un organisme responsable de surveiller les soins dans les domaines des cardiopathies et de l'accident vasculaire cérébral

(AVC), comme CorHealth, ait également pour mandat la prévention primaire.

CorHealth nous a informés qu'en raison de la taille limitée de son organisme et de son mandat, il se consacre uniquement aux activités de prévention secondaire, à savoir, des mesures préventives visant à réduire la réapparition des symptômes chez les patients qui présentent déjà des signes ou des symptômes de maladies cardiaques, de maladies vasculaires ou d'AVC afin de réduire leur réapparition et de ralentir leur progression. Elles s'opposent aux activités de prévention primaire qui ciblent les personnes ne présentant aucun signe ou symptôme précurseur de maladies cardiaques, de maladies vasculaires ou d'AVC.

Par contre, nous avons constaté qu'Action Cancer Ontario avait une équipe de prévention particulière qui surveille un programme de prévention axé sur la promotion de la santé et l'adoption de politiques visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque de cancer. Ainsi, Action Cancer Ontario a pris part à un certain nombre d'initiatives de prévention. Par exemple, de 2015 à 2020, il a publié quatre rapports sur l'indice de la qualité du système de prévention pour aider les décideurs des gouvernements et des organisations non gouvernementales à mettre en place des politiques et des programmes de prévention du cancer et, en 2015, il a lancé un outil d'autoévaluation en ligne des risques de cancer pour aider les personnes à évaluer leur risque de développer divers cancers. En 2020-2021, cet outil a été utilisé pour produire plus de 67 000 évaluations personnalisées du risque de cancer.

### 6.2.3 CorHealth ne surveille pas le secteur de la pédiatrie

La majorité des troubles cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux touchent les adultes, mais les enfants et les mineurs peuvent également en être victimes. Par exemple :

- Les cardiopathies congénitales sont des anomalies congénitales qui se présentent lorsque les cavités, les parois ou les valves du

cœur ou les vaisseaux sanguins près du cœur ne se développent pas normalement avant la naissance. La cardiopathie congénitale touche entre 1 enfant sur 80 et 1 enfant sur 100 au Canada. La cardiopathie congénitale doit être gérée tout au long de la vie de la personne qui en est atteinte. L'Hôpital pour enfants malades nous a informés qu'il avait effectué 1 002 interventions cardiaques, avait admis 1 329 patients en cardiologie pédiatrique et avait reçu 22 482 visites de patients dans les services externes de cardiologie en 2020-2021.

- Bien que l'AVC devienne beaucoup plus fréquent avec l'âge, les enfants peuvent aussi subir un AVC. Selon les estimations Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 1 nouveau-né sur 2 500 subit un AVC au cours des quatre premières semaines de sa vie et de 2 à 5 enfants sur 100 000 subissent un AVC après quatre semaines, mais avant l'âge de 18 ans. En 2020-2021, l'Hôpital pour enfants malades a effectué 29 interventions de traitement d'un AVC, a admis en pédiatrie 47 patients victimes d'un AVC et a reçu 447 visites de patients victimes d'un AVC traités en services externes.

La surveillance des soins pédiatriques fournis dans les cas de cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux peut contribuer à l'établissement de meilleures normes et à l'amélioration des résultats pour les patients à l'échelle de la province. Par exemple, une étude de 2020, publiée dans le *Journal canadien de cardiologie*, s'est penchée sur les décès d'une forme courante de cardiopathie congénitale chez les enfants nés en Ontario de 2009 à 2014 et a révélé que le problème cardiaque avait été diagnostiqué avant la naissance (diagnostic prénatal) dans plus de 70 % des cas à Toronto, mais dans moins de 15 % des cas dans le Nord de l'Ontario. L'étude conclut que le diagnostic prénatal de ce type de maladie cardiaque écourte considérablement le délai entre la naissance et le moment où le traitement est fourni, lequel est associé à un taux de survie accru. L'étude a également révélé que de nouvelles stratégies étaient nécessaires pour améliorer les taux de détection à l'extérieur de Toronto. L'établissement

de normes, l'exercice d'une surveillance et l'exécution d'un plus grand nombre d'interventions pour les patients en pédiatrie pourraient produire de meilleurs résultats, plus uniformes à l'échelle provinciale.

Par comparaison à un modèle d'amélioration des traitements des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux en pédiatrie moins prescriptif, nous avons remarqué qu'un organisme de bienfaisance appelé Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO), fondé en 1983 par des médecins, se consacre à l'amélioration des soins oncologiques pour les patients en pédiatrie de l'Ontario. Le POGO est le conseiller officiel du Ministère en matière de soins aux enfants atteints du cancer. Environ 80 % (soit environ 8,5 millions de dollars) de son budget est fourni par le Ministère. Le POGO en distribue un peu plus de la moitié aux hôpitaux pour qu'ils offrent des soins directs et utilise le reste pour assurer fournir une orientation et assurer la collaboration et la surveillance des hôpitaux en ce qui concerne les services d'oncologie destinés aux enfants, aux jeunes, aux survivants et à leurs familles. Le POGO fournit directement au Ministère des conseils sur le cancer pédiatrique et recueille et tient à jour des données sur le cancer chez les enfants de l'Ontario.

Les activités du POGO ont été reconnues et adoptées à l'échelle nationale et internationale et ont permis d'améliorer les soins aux patients. Par exemple, depuis 2014, le POGO a élaboré et mis à jour régulièrement une série de lignes directrices de pratique clinique propres aux enfants atteints de cancer qui recensent les interventions utiles, selon des données probantes, pour prévenir et traiter les nausées et les vomissements associés à la chimiothérapie, deux effets secondaires qui ont une incidence importante sur la nutrition, le confort et la capacité de l'enfant à poursuivre le traitement. Dans une étude, la mise en œuvre des lignes directrices du POGO a été associée à une réduction du pourcentage de patients qui présentent l'effet secondaire des vomissements de 48 % à 28 %. Le POGO attribue une grande partie de son succès à sa qualité d'entité autonome qui n'a pas à équilibrer les priorités et les ressources entre les soins pédiatriques et une

population beaucoup plus vaste de patients adultes atteints du cancer qui a des besoins différents.

Comme l'Hôpital pour enfants malades estime que plus de 1 000 bébés ontariens reçoivent chaque année un diagnostic de maladie cardiaque congénitale, il serait utile de disposer d'une entité qui se consacre à la surveillance des cardiopathies pédiatriques.

#### 6.2.4 La fonction de surveillance de CorHealth est principalement axée sur les soins hospitaliers

CorHealth a principalement ciblé ses activités d'adoption de cibles et de surveillance du rendement sur les soins hospitaliers, même si de nombreux aspects des soins cardiaques et des soins aux victimes d'AVC doivent être pris en charge à l'extérieur des hôpitaux, comme la gestion des personnes atteintes de cardiopathies et victimes d'AVC par des médecins communautaires et la réadaptation en consultation externe après un incident cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

CorHealth ne recueille pas de données sur la réadaptation des patients hospitalisés en raison d'un incident cardiaque et d'un AVC auprès des fournisseurs de soins de santé, mais certaines données sur la réadaptation des patients hospitalisés en raison d'un AVC et en services externes peuvent être obtenues à partir du Système national d'information sur la réadaptation et de l'ensemble de données sur les services à domicile de l'Ontario, respectivement. Le rapport annuel de CorHealth sur les accidents vasculaires cérébraux comprend des indicateurs liés à la réadaptation des patients hospitalisés et en services externes, mais il n'y a aucun indicateur de qualité pour mesurer, surveiller et comparer le rendement des fournisseurs de services externes de réadaptation dans le domaine des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.

Reconnaissant les lacunes caractérisant la réadaptation cardiovasculaire, CorHealth a publié, en juin 2018, un rapport intitulé Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action (rapport Appel à l'action). Dans le cadre de la préparation du

rapport, CorHealth a mobilisé plus de 250 personnes qui ont travaillé ou participé à un programme de réadaptation. CorHealth avait pour but d'élaborer des recommandations pour améliorer la réadaptation à la suite d'un incident cardiaque, vasculaire et d'AVC.

Le rapport Appel à l'action contenait 10 recommandations à l'intention de divers intervenants, dont CorHealth, le Ministère et les RLISS (voir l'**annexe 12**). Selon le rapport [traduction] « une structure de surveillance provinciale et régionale est une priorité absolue pour améliorer l'accès aux services, les résultats pour les patients et l'équité en matière de réadaptation ». Plus précisément, le rapport recommandait que CorHealth collabore avec les fournisseurs de services de réadaptation, les patients et les soignants pour déterminer les indicateurs de qualité des services de réadaptation reçus par les bénéficiaires et les intégrer aux cadres de mesure du rendement et de responsabilisation établis entre les RLISS et les fournisseurs de services de réadaptation.

Le Ministère nous a toutefois informés qu'il n'avait fait aucun progrès dans la mise en œuvre des recommandations du rapport Appel à l'action. CorHealth nous a informés que même si ses recommandations sont judicieuses et devraient être mises en œuvre, le Ministère a besoin de plus de soutien et de ressources pour effectuer les travaux supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre de ces recommandations.

### RECOMMANDATION 12

Pour permettre une surveillance et une amélioration plus complètes de l'ensemble du système de soins des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- permettre à CorHealth d'affecter et de rajuster le financement aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de services en fonction de leur rendement par rapport aux cibles de rendement établies;

- modifier le rôle de CorHealth pour qu'il surveille d'autres aspects du traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, y compris la prévention et les soins en consultation externe, comme les services de rétablissement et de réadaptation, dans le but d'établir des normes et de surveiller le rendement de l'ensemble du système;
- centraliser la coordination et la surveillance des soins aux victimes d'AVC en pédiatrie, pour lesquels le financement, les priorités et les résultats sont distincts de ceux fournis aux victimes d'AVC et de cardiopathies dans la population adulte;
- établir et exécuter un plan de mise en œuvre des recommandations du rapport d'appel à l'action de CorHealth intitulé « Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action ».

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît le mérite du rôle de CorHealth de fournir des conseils et des idées sur les aspects cliniques et la répartition des volumes des programmes de cardiologie. Le financement des centres de services cardiovasculaires avancés est déterminé et géré par le Ministère, en prenant en compte les conseils des programmes de soins cardiaques et de CorHealth, afin d'assurer la responsabilisation et la transparence du financement provincial, mais aussi de veiller à ce que le financement accordé aux hôpitaux ne constitue pas un obstacle pour les Ontariens qui reçoivent des traitements vitaux au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

À mesure que progresse la transition de CorHealth vers le ministère de la Santé de l'Ontario, les rôles et responsabilités futurs en matière de soins cardiaques et d'AVC, y compris la prévention, les soins non hospitaliers et les services pédiatriques de soins cardiaques et de l'AVC, seront pris en considération.

Comme il a été mentionné en réponse à d'autres recommandations issues de l'audit, le Ministère collaborera avec CorHealth, Santé Ontario et d'autres intervenants du secteur, au besoin, pour élaborer des stratégies et des normes de réadaptation pour les patients victimes d'un AVC et atteints de cardiopathies, comme l'a recommandé CorHealth dans son rapport d'appel à l'action.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth reconnaît le mérite de la recommandation de la vérificatrice générale d'assurer une surveillance accrue afin de favoriser la mise en place de normes fondées sur des données probantes et la surveillance du rendement dans l'ensemble du continuum de soins pour les patients cardiaques et victimes d'AVC, y compris la population pédiatrique. CorHealth collaborera avec Santé Ontario et ses intervenants du système pour appuyer tout changement à son rôle ou à son mandat selon les directives du Ministère. CorHealth est également d'accord avec la recommandation de combler les lacunes en matière de réadaptation afin d'améliorer les résultats pour les patients des services cardiaques, vasculaires et de traitement de l'AVC. CorHealth collaborera avec le Ministère sur demande pour appuyer les recommandations énoncées dans le rapport Rehabilitation Call-to-Action.

## 6.3 Les méthodes d'approvisionnement et les taux de financement des soins aux patients cardiaques et victimes d'accidents vasculaires cérébraux doivent être révisés et mis à jour

### 6.3.1 Le regroupement à l'échelle provinciale des achats d'équipement et de fournitures pour le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux permettrait de réaliser des économies

À l'instar d'autres provinces et territoires, comme l'Alberta et la Colombie-Britannique, les hôpitaux de l'Ontario sont principalement responsables d'acquérir l'équipement et les fournitures nécessaires aux interventions dans le domaine des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux. Actuellement, seuls certains types d'équipement, d'appareils et de fournitures sont achetés dans le cadre d'un processus d'approvisionnement collectif spécial auquel participent un nombre limité d'hôpitaux. Étant donné que les mêmes articles sont utilisés par plusieurs hôpitaux ontariens, il est possible de réaliser des économies en utilisant un modèle d'approvisionnement collectif. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- En juin 2018, 11 hôpitaux se sont unis pour acheter collectivement des défibrillateurs cardioverters implantables (DCI) et des appareils de thérapie de resynchronisation cardiaque (TRC), qui permettent de détecter et de corriger des rythmes cardiaques anormaux. En procédant de cette façon, ces hôpitaux économiseront environ 63 millions de dollars sur cinq ans.
- Certains hôpitaux ont organisé de façon ponctuelle des achats groupés à petite échelle pour diverses fournitures et divers appareils par l'entremise d'organismes sans but lucratif de la chaîne d'approvisionnement en soins de santé comme Plexxus ou Mohawk Medbuy Corporation.

Les mesures prises par la province jusqu'à présent n'ont pas fait en sorte que les économies soient réalisées par tous les hôpitaux. Il existe donc une variation importante entre les dépenses des hôpitaux en ce qui a trait aux fournitures et aux appareils utilisés dans le traitement des cardiopathies. Les coûts moyens des mêmes catégories de fournitures et d'appareils dans l'ensemble des hôpitaux sont résumés dans la **figure 30**, qui montre que la différence dans le coût moyen de certains types d'appareils entre les centres de soins cardiaques désignés peut varier jusqu'à 367 %.

Ni le Ministère ni CorHealth ne font le suivi systématique des coûts qu'assument les hôpitaux

**Figure 30 : Coûts moyens des dispositifs cardiaques et des fournitures des hôpitaux**

Source des données : Certains hôpitaux ontariens sélectionnés

Fournitures/dispositifs	Hôpital 1 (\$)	Hôpital 2 (\$)	Hôpital 3 (\$)	Hôpital 4 (\$)	Hôpital 5 (\$)	Différence entre le coût le plus élevé et le coût le plus bas	
						\$	%
Cathéter d'ablation simple	298	446	1 390	444	690	1 092	367
Stimulateur cardiaque à double chambre	887	3 011	1 493	2 476	896	2 124	239
Stimulateur cardiaque mono-chambre	800	1 513	1 176	1 697	676	1 021	151
Valvule cardiaque (tissu)	2 401	4 507	3 300	4 326	4 196	2 106	88
Dispositifs de valve aortique transcathéter	24 500	21 672	24 574	24 338	25 000	3 328	15
Pince mitrale	33 000	35 000	34 848	35 000	33 000	2 000	6

Remarque : Les noms des hôpitaux ont été omis pour s'assurer que les modalités de leurs contrats avec les fournisseurs demeurent confidentielles. Des prix moyens sont indiqués parce que les hôpitaux disposent souvent de plusieurs fournisseurs pour la même catégorie de fournitures ou de dispositifs.

pour se procurer des fournitures et des dispositifs cardiaques afin de déterminer s'il existe des possibilités de réaliser des économies pour le système de soins de santé en procédant à des achats collectifs. En février 2021, CorHealth a fait appel à Mohawk Medbuy Corporation et à Plexxus pour étudier les possibilités d'approvisionnement pour la technologie de PT. À l'heure actuelle, le Ministère ne fournit pas de fonds pour aider les hôpitaux à acheter un logiciel d'imagerie par PT au-delà des budgets globaux des hôpitaux, lesquels peuvent être utilisés par les hôpitaux pour répondre à d'autres priorités. Les économies que pourrait permettre l'approvisionnement collectif pourraient encourager un plus grand nombre d'hôpitaux à acquérir un logiciel d'imagerie par PT en utilisant leur budget global. Plexxus prévoit la conclusion d'un contrat d'acquisition du logiciel d'imagerie par PT entre les hôpitaux et un fournisseur privilégié d'ici la fin de 2021-2022.

En novembre 2020, le gouvernement de l'Ontario a créé ApprovisiOntario, un nouvel organisme chargé « d'assurer ou de soutenir la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le compte d'entités gouvernementales, d'entités parapubliques ou d'entités du secteur de la santé ». ApprovisiOntario n'est pas encore opérationnel et, par conséquent, la mesure dans laquelle ses activités pourraient éventuellement mener à des achats collectifs de fournitures, d'équipement et de dispositifs cardiaques et de traitement de l'AVC n'avait pu être déterminée au moment de notre audit.

Contrairement à l'Ontario, nous avons remarqué que certaines provinces canadiennes avaient déjà coordonné l'approvisionnement provincial pour les dispositifs cardiaques et de traitement des accidents vasculaires cérébraux. Plus particulièrement :

- Cardiac Services BC procède à l'approvisionnement à l'échelle de la province pour les dispositifs implantables (comme les stimulateurs cardiaques), les valves cardiaques, les cathéters à ballonnet et les endoprothèses coronariennes utilisés à l'échelle provinciale.

- Alberta Health Services est responsable de l'approvisionnement de la province et choisit donc les fournisseurs et les appareils qui seront utilisés dans les hôpitaux, en plus de coordonner l'achat et la distribution de ces appareils.

### RECOMMANDATION 13

Afin d'obtenir de façon rentable les fournitures, les dispositifs et l'équipement nécessaires pour fournir des soins dans le domaine des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- recueillir auprès des hôpitaux des données sur les coûts de l'équipement et des fournitures servant au traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux, et déterminer les articles pour lesquels des économies peuvent être réalisées par un modèle d'approvisionnement collectif ou confier ce mandat à ApprovisiOntario;
- élaborer et mettre à jour sur une base régulière un calendrier, dans les limites de ce que permettent les modalités des contrats existants des hôpitaux avec les fournisseurs, afin d'effectuer tous les achats groupés désignés en temps opportun dans le but d'assurer la coordination avec d'autres organismes, dont CorHealth, ApprovisiOntario et les organismes de services partagés existants de l'Ontario, au besoin.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît le mérite de la recommandation et s'emploiera à déterminer les prochaines étapes de la collecte de renseignements sur les coûts de l'équipement et des fournitures pour les soins cardiaques et le traitement de l'AVC auprès des hôpitaux, ainsi que de l'achat collectif des articles lorsque cela permet de réaliser des économies.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth collaborera avec le ministère de la Santé à sa demande pour appuyer la réponse à cette recommandation.

### 6.3.2 Les taux de financement de la plupart des interventions cardiaques sont désuets, la dernière mise à jour complète ayant été effectuée il y a près de 15 ans

En 1997, le Ministère et le Comité mixte des politiques et de la planification (aujourd'hui aboli) de l'Ontario ont mis sur pied un groupe de travail sur le financement des soins cardiaques (le Groupe de travail) pour déterminer les taux que le Ministère devrait payer aux hôpitaux pour effectuer diverses interventions cardiaques. Le Groupe de travail s'est acquitté de ce mandat et a souligné que les taux de financement [traduction] « doivent être examinés [...] et validés de nouveau sur une base annuelle pour tenir compte des nouvelles technologies et des variations de coûts ». Malgré cette recommandation, les taux n'ont pas été examinés et validés de nouveau chaque année.

Nous avons constaté que le taux de financement n'a pas changé depuis 1997 en ce qui concerne le cathétérisme cardiaque diagnostique, l'intervention cardiaque aiguë la plus courante. Les taux de financement de deux autres interventions, soit l'implantation permanente d'un stimulateur cardiaque et les études électrophysiologiques, n'ont pas été mis à jour depuis 2000. Le Ministère a indiqué que, comme le Comité mixte des politiques et de la planification a été démantelé en 2007, bon nombre des taux n'ont pas été mis à jour depuis parce qu'aucun autre organisme spécialisé n'est chargé de les examiner. L'**annexe 13** résume la dernière mise à jour du taux de financement de chaque intervention cardiaque par le Ministère.

Au printemps 2018, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (qui a été séparé en deux entités, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée en juin 2019) a demandé à

CorHealth de diriger une initiative visant à analyser le modèle de financement de toutes les interventions cardiaques et de proposer des révisions à apporter à ce modèle. En mai 2019, CorHealth a fourni des taux de financement révisés au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en fonction du coût moyen des interventions cardiaques dans la province. CorHealth a constaté que les hôpitaux étaient sous-financés d'environ 28 millions de dollars par année (soit 5 % de leurs coûts réels) par rapport au coût réel du traitement actif des patients cardiaques.

Selon le modèle de financement actuel, le financement n'est pas affecté de façon optimale de sorte que, dans certains cas, des hôpitaux reçoivent moins d'argent que ce qu'il leur coûte pour exécuter certaines interventions et, dans d'autres cas, des hôpitaux reçoivent beaucoup plus que ce qu'il leur coûte pour exécuter certaines interventions. Par exemple, le Centre des sciences de la santé de Kingston a déclaré qu'il avait reçu un financement de 39 % (ou 21 000 \$) inférieur au coût moyen qu'il assume pour effectuer des IVAC en 2018-2019 (selon la méthodologie d'établissement des coûts de l'Ontario) tout en recevant 79 % (ou 14 000 \$) de plus que son coût moyen pour implanter des défibrillateurs cardioverters implantables (DCI). Ces coûts excluent les coûts des patients hospitalisés, des suivis préchirurgicaux et des suivis postchirurgicaux.

Au moment de notre audit, le Ministère n'avait pas approuvé les taux de financement révisés proposés par CorHealth en mai 2019. Le Ministère nous a informés qu'il collaborait avec CorHealth pour mettre à jour l'analyse effectuée en 2018-2019, car les taux indiqués alors pourraient être devenus désuets. Le Ministère nous a également informés qu'il étudiait encore la meilleure façon d'appliquer les taux révisés et qu'il avait l'intention de fournir des mises à jour aux hôpitaux plus tard en 2021-2022. Le Ministère ne s'était pas engagé non plus à mettre à jour les taux de financement des services cardiaques sur une base régulière.

### 6.3.3 L'insuffisance du financement ministériel empêche certains Ontariens de recevoir un traitement en temps opportun, ce qui prolonge les temps d'attente et augmente le nombre de décès

Le Ministère fournit un financement dédié aux hôpitaux pour les interventions cardiaques. Toutefois, comme ce financement ne couvre pas les coûts réels de ces interventions, les hôpitaux doivent utiliser d'autres sources de financement pour couvrir une partie des coûts associés à ces interventions.

Chaque année, le Ministère détermine d'avance le nombre d'interventions cardiaques qu'il financera dans chaque hôpital. Le Ministère planifie un grand nombre d'interventions cardiaques chaque année en fonction d'estimations fondées sur des données probantes du nombre d'interventions qu'un hôpital sera appelé à effectuer. Ces estimations sont établies à partir des données historiques et sociodémographiques de la région desservie par l'hôpital. Ces affectations peuvent être rajustées en cours d'exercice, au besoin. Si la demande pour un type particulier d'intervention dépasse les limites préétablies par le Ministère pour ce type d'intervention cardiaque dans un hôpital donné, l'hôpital peut réaffecter des fonds d'un type d'intervention à un autre, sous réserve de certaines conditions. Si l'hôpital a épuisé les fonds qu'il peut réaffecter, il doit soit prélever de l'argent de son budget global, c'est-à-dire le montant fourni par le Ministère pour financer les dépenses de fonctionnement de l'hôpital, soit reporter l'intervention jusqu'à ce que la réserve de fonds du prochain exercice consacré à ces interventions devienne accessible.

Quinze des vingt centres de soins cardiaques de l'Ontario ont répondu à notre question du sondage sur l'incidence du financement dédié aux interventions cardiaques (75 % de tous les centres de soins cardiaques). Huit de ces quinze centres (environ 53 %) ont indiqué que le financement limite le nombre d'interventions cardiaques effectuées par les hôpitaux. Compte tenu de ces contraintes, il arrive

que les hôpitaux planifient certaines interventions au début de l'exercice suivant plutôt qu'à la fin de l'exercice courant parce que c'est à ce moment qu'ils reçoivent des fonds supplémentaires.

Par exemple, en 2019-2020, un hôpital a effectué 265 interventions d'IVAC alors qu'il aurait pu en effectuer 60 de plus, compte tenu de la demande qu'il a connue. Toutefois, comme le financement nécessaire à ces 60 interventions n'était pas disponible, l'hôpital en question a reporté ces interventions à 2020-2021. De même, en 2020-2021, le même hôpital a effectué 291 interventions d'IVAC. On a demandé 76 interventions supplémentaires, mais comme les fonds nécessaires n'étaient pas disponibles, ces interventions ont été reportées à 2021-2022. L'hôpital a estimé que l'exécution de ces 76 interventions supplémentaires aurait coûté plus de 2,9 millions de dollars, imputés à son budget global, des fonds qui étaient plutôt alloués à d'autres services et activités, car chaque IVAC lui coûte environ 38 600 \$. L'hôpital nous a dit que le report des interventions d'IVAC en 2019-2020 et 2020-2021 a eu des répercussions négatives sur les patients. Plus particulièrement :

- Vingt-sept patients sur la liste d'attente des chirurgies d'IVAC sont décédés avant leur intervention.
- Les personnes inscrites sur la liste d'attente des chirurgies d'IVAC ont été à l'origine de 68 visites aux urgences et de 42 admissions à l'hôpital. Le temps moyen passé aux urgences par les patients était de huit heures et la durée moyenne de l'hospitalisation de ces 42 patients était d'environ 11 jours. L'hôpital nous a informés que si ces patients avaient subi une chirurgie d'IVAC, tous ces décès, toutes ces visites à l'urgence et toutes ces admissions à l'hôpital auraient pu être évitées, ou leur nombre aurait été moindre.

Les conséquences négatives qui nous sont signalées par cet hôpital concordent avec ce qui ressort d'autres études sur les conséquences du report des interventions d'IVAC. Par exemple :

- Une étude publiée dans le *Circulation* journal de l'American Heart Association en novembre 2020 a

révéla que l'augmentation des délais d'attente pour les chirurgies d'IVAC d'environ 80 jours en 2012 à environ 110 jours en 2018 était associée à une augmentation de 170 % de la mortalité des personnes inscrites sur la liste d'attente.

- Selon une autre étude publiée dans le *Canadian Journal of Cardiology* en 2014, lorsque le temps d'attente pour chirurgie d'IVAC passait de 10 jours à 180 jours, le taux de mortalité sur un an passait de 31,5 % à 41,4 % chez les patients qui ne sont pas des candidats appropriés pour une chirurgie valvulaire et passait de 24,5 % à 32,6 % chez les patients à risque élevé en soins chirurgicaux.

#### 6.3.4 Le financement pour les interventions et les soins liés à l'AVC ne couvre pas tous les patients traités, ce qui oblige les hôpitaux à réaffecter des fonds provenant d'autres activités

Comme il est mentionné à la **section 2.4.1**, les hôpitaux reçoivent un financement au titre des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) afin de fournir des soins et d'effectuer des interventions liées à l'AVC. Contrairement au financement pour les interventions cardiaques (comme discuté aux **sections 6.3.2 et 6.3.3**), le financement au titre des AMQ vise à couvrir le coût total des soins, y compris l'intervention, mais aussi tous les coûts associés à l'hospitalisation. Autrement dit, le financement au titre des AMQ est déterminé en fonction des besoins du patient, comme le coût d'une admission à l'hôpital, plutôt que seulement en tenant compte des coûts liés à l'exécution d'une intervention médicale particulière.

Bien que le financement au titre des AMQ contribue à financer les interventions et les soins pour un patient donné, il ne couvre pas la totalité des coûts liés au traitement de tous les patients victimes d'un AVC. À l'exception du financement de la TE, le volet de financement au titre des AMQ s'applique uniquement lorsque les exigences suivantes sont respectées :

- la personne admise est un Ontarien adulte;
- l'hospitalisation était nécessaire en raison de l'AVC et non pour une autre cause;

- l'AVC s'est produit avant l'admission du patient.

CorHealth nous a informés que ces critères posent des défis dans la gestion des ressources pour les soins aux victimes d'AVC, ce qui oblige certains hôpitaux à financer une quantité considérable de soins à même leur budget global. Les données de CorHealth indiquent que selon ces critères, environ 7 000 hospitalisations pour AVC (30 %) sont exclues chaque année du financement au titre des AMQ parce que l'AVC est survenu après l'admission du patient à l'hôpital ou parce que l'AVC figure comme diagnostic secondaire plutôt que comme diagnostic primaire ayant mené à l'admission.

De plus, les hôpitaux ne reçoivent pas le financement nécessaire pour traiter de nombreux patients victimes d'un AVC qui satisfont aux critères ci-dessus. Par exemple, en 2017-2018, lorsque les rapprochements du financement et des dépenses ont été effectués pour la dernière fois, environ 17 600 cas d'AVC étaient admissibles au financement au titre des AMQ, alors que les hôpitaux n'avaient reçu des fonds que pour environ 16 400 cas. Bien que le financement puisse être détourné d'autres groupes de patients bénéficiaires du financement au titre des AMQ au moyen d'un processus de rapprochement, les occasions de le faire ont été limitées pour ce groupe excédentaire de 1 200 patients victimes d'un AVC, car dans la plupart des autres groupes, comme ceux des patients en attente d'une intervention pour cataractes et pneumonie, le nombre de patients dépassait également l'allocation financière réservée à leur groupe.

#### RECOMMANDATION 14

Afin de mieux apparier le financement aux besoins en soins hospitaliers des patients victimes de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- élaborer et mettre en œuvre un processus de mise à jour régulière des taux de financement des interventions cardiaques;

- évaluer les critères de financement au titre des actes médicaux fondés sur la qualité pour les victimes d'un AVC afin de déterminer si ces critères devraient être élargis pour couvrir les coûts de traitement d'un plus grand nombre de patients, y compris les patients traités au moyen d'interventions chirurgicales et les patients victimes d'un AVC pendant leur hospitalisation.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il s'agit d'un aspect important des systèmes de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux de l'Ontario, aussi, il se penchera sur la mise en place de processus de mise à jour des taux et la modification des définitions.

## RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation et reconnaît l'importance de mettre à jour les taux et les critères de financement pour les interventions cardiovasculaires et de traitement de l'accident vasculaire cérébral. CorHealth continue de formuler des recommandations et de fournir des conseils stratégiques au ministère de la Santé sur les modèles et les politiques de financement des services de traitement de l'AVC et des cardiopathies afin de mieux apparier le financement aux besoins en soins des patients victimes d'un AVC et atteints de cardiopathies.

## 7.0 Constatations détaillées de l'audit : Répercussions de la COVID-19 sur le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

### 7.1 Un moins grand nombre de patients cardiaques ont demandé et reçu des soins pendant la COVID-19, ce qui a entraîné une hausse des délais d'attente et des arriérés

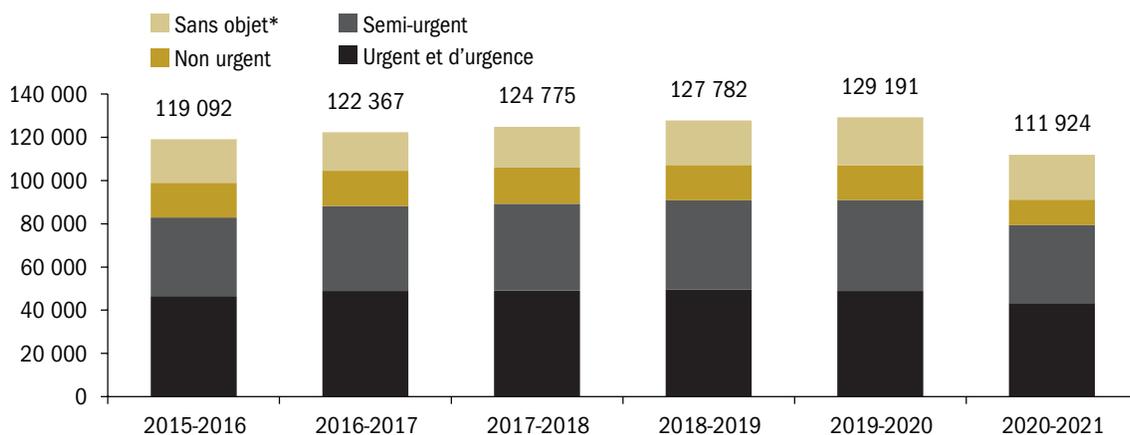
#### 7.1.1 Le retard dans les interventions cardiaques a allongé les listes d'attente pour des interventions cardiaques et a entraîné un nombre accru de décès chez les patients sur la liste d'attente

Les répercussions les plus directes de la COVID-19 sur les soins aux patients sont le résultat d'une directive émise à deux reprises par le médecin hygiéniste en chef (MHC) voulant que toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes soient suspendues ou réduites en nombre jusqu'à des niveaux minimaux pour que les hôpitaux conservent une capacité suffisante de traitement de patients atteints de la COVID-19. La directive est demeurée en vigueur initialement du 19 mars 2020 au 26 mai 2020 et de nouveau du 20 avril 2021 au 19 mai 2021. La directive s'appliquait aux interventions cardiaques de sorte que seules les interventions les plus urgentes et celles considérées comme d'urgence ont été effectuées durant ces périodes. Contrairement aux interventions cardiaques, la directive n'a eu aucune incidence directe sur les interventions de traitement de l'AVC, car tous les AVC sont considérés comme des urgences qui doivent être traités le plus rapidement possible.

La **figure 31** présente les interventions cardiaques effectuées par niveau de priorité au cours de chacun des six derniers exercices (2015-2016 à 2020-2021). Dans l'ensemble, le nombre d'interventions cardiaques effectuées en 2020-2021 était grandement

**Figure 31 : Interventions cardiaques effectuées selon le niveau de priorité, 2015-2016 à 2020-2021**

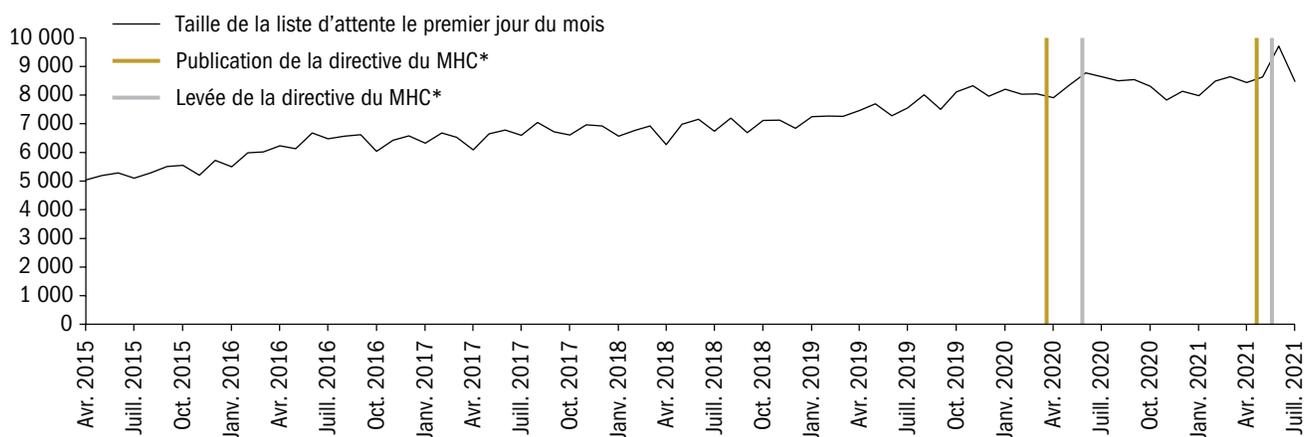
Source des données : CorHealth Ontario



\* Certaines interventions, comme l'implantation valvulaire aortique par cathéter (TAVI), n'ont pas de niveau de priorité de sorte que la mention « sans objet » a été utilisée.

**Figure 32 : Nombre total de patients sur les listes d'attente pour une intervention cardiaque par mois, avril 2015 à juillet 2021**

Source des données : CorHealth Ontario



\* Médecin hygiéniste en chef.

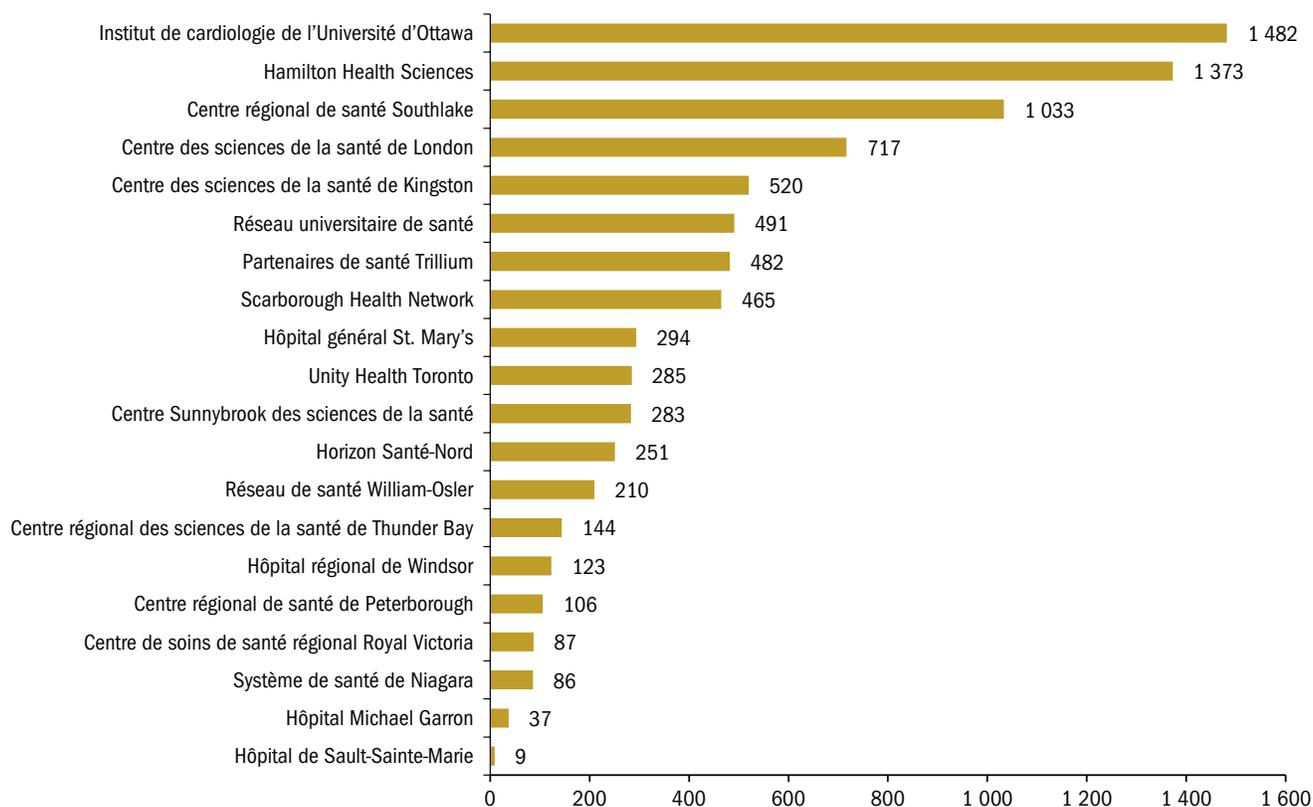
inférieur à celui de chacun des cinq exercices précédents, le nombre d'interventions cardiaques effectuées en 2020-2021 étant inférieur de l'ordre de 13 % au nombre des mêmes interventions effectuées en 2019-2020.

Lorsque des interventions cardiaques sont effectuées en moins grand nombre, les listes d'attente pour ces interventions deviennent habituellement plus longues. Du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> juin 2020, à l'échelle de la province, le nombre total de personnes inscrites sur les listes d'attente pour une intervention

cardiaque a augmenté de 11 % (de 7 911 à 8 778). En novembre 2020, le nombre total de personnes inscrites sur des listes d'attente pour une intervention cardiaque à l'échelle de la province a été réduit jusqu'au niveau où il était avant l'entrée en vigueur de la première directive. La deuxième directive a entraîné une augmentation du nombre total de patients inscrits dans les listes d'attente pour soins cardiaques. Du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 1<sup>er</sup> juin 2021, ce nombre a augmenté de 15 % (passant de 8 442 à 9 715). La **figure 32** montre le nombre mensuel total

**Figure 33 : Nombre total de patients inscrits sur les listes d'attente pour une intervention cardiaque dans les centres de soins cardiaques désignés au 1<sup>er</sup> juillet 2021**

Source des données : CorHealth Ontario



d'Ontariens inscrits sur les listes d'attente pour soins cardiaques entre le 1<sup>er</sup> avril 2015 et le 1<sup>er</sup> juillet 2021.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2021, 8 478 patients en Ontario étaient toujours sur des listes d'attente pour une intervention cardiaque. Parmi les 20 hôpitaux désignés comme centres de soins cardiaques, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, le Hamilton Health Sciences, le centre régional de santé Southlake, le Centre des sciences de la santé de London et le Kingston Health Sciences Centre affichaient les listes d'attente les plus longues au 1<sup>er</sup> juillet 2021 (voir la **figure 33**).

En moyenne, pour l'ensemble des interventions cardiaques, les patients ont attendu près de 24 jours en 2020-2021, à compter de l'aiguillage initial, comparativement à 22 jours en 2019-2020, soit une augmentation d'environ 8 %. Toutefois, si l'on exclut de l'analyse les cathéters cardiaques diagnostiques, le temps d'attente moyen passe de

près de 53 jours en 2019-2020 à environ 61 jours en 2020-2021, soit une augmentation d'environ 16 %. Les cathéters cardiaques représentent plus de la moitié des interventions cardiaques critiques effectuées et ce genre d'intervention est généralement effectué plus rapidement que les autres interventions. Dans le cas de certaines interventions non urgentes, un temps d'attente de huit jours supplémentaires peut être moins préoccupant; cependant, les temps d'attente prolongés coïncident aussi avec une détérioration de l'état de santé des patients et avec un nombre accru de décès parmi les personnes inscrites sur ces listes d'attente. L'**annexe 8** présente les cas de patients qui ont subi un incident cardiaque ou qui sont décédés pendant qu'ils étaient sur une liste d'attente d'intervention cardiaque et dont l'intervention a été retardée en raison de la pandémie de COVID-19.

Le Rapport spécial 2020 publié par le Bureau : Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'écllosion a également fait état des répercussions du report des chirurgies à la suite de la publication de la première directive du CMH. Plus précisément, en date du 13 juin 2020, l'Ontario cumulait un arriéré estimatif de plus de 148 000 chirurgies (y compris les chirurgies cardiaques) dont l'élimination devrait exiger 84 semaines (environ 20 mois).

Pour aider les hôpitaux à réduire l'arriéré des chirurgies provoqué par la pandémie (y compris les interventions chirurgicales cardiaques), le Ministère s'est engagé à fournir des fonds supplémentaires. Plus particulièrement :

- Le 25 septembre 2020, le Ministère a informé les hôpitaux qu'il verserait une prime sur les interventions prioritaires admissibles pour contribuer à réduire l'arriéré des chirurgies planifiées dont l'exécution a été retardée à la suite de l'entrée en vigueur de la première directive. Cette prime comprend un financement dédié à la plupart des interventions cardiaques.
- Le 28 juillet 2021, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son plan de reprises des interventions chirurgicales, qui vise à permettre aux hôpitaux et aux fournisseurs de services communautaires d'offrir plus d'interventions que ce que leur permet leur capacité actuelle. Dans le cadre de ce plan, le Ministère désire investir 324 millions de dollars dans diverses initiatives, notamment pour prolonger les heures d'ouverture des salles d'opération dans le but de financer 67 000 interventions supplémentaires. Au moment de notre audit, le Ministère était en train de déterminer combien de ces interventions seraient des interventions cardiaques.

### 7.1.2 Nombre de visites à l'hôpital et d'aiguillages abandonnés en raison de la réticence des patients à se rendre dans un milieu de soins; les patients qui se sont rendus dans un milieu de soins étaient plus malades

Des enquêtes menées par des tiers et des intervenants avec qui nous avons discuté, y compris le personnel des hôpitaux qui fournissent des soins aux personnes atteintes de cardiopathies et aux victimes d'AVC, ont révélé que les patients hésitaient à se prévaloir de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19, que les patients présentant des symptômes plus légers ne cherchaient pas à obtenir des soins pendant la pandémie et que les gens étaient généralement plus malades lorsqu'ils sollicitaient des soins.

Par exemple :

- Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de mars 2020 à juin 2020, les médecins de famille ont effectué 22 % moins de consultations qu'au cours de la même période l'année précédente, et 35 % moins de consultations (en personne et virtuelles) en avril 2020. La diminution du nombre de consultations chez les médecins de famille a éliminé de nombreuses occasions pour ceux-ci de relever des symptômes de maladies cardiaques et des facteurs de risque d'AVC. Ils ont donc aiguillé un moins grand nombre de patients vers des services d'interventions diagnostiques et d'autres interventions cliniques.
- Les données de l'ICIS indiquent également que le nombre de visites aux urgences a diminué de 24 % du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2020 par rapport à la même période en 2019.
- La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a publié les résultats d'une enquête le 15 mars 2021, ce qui coïncide avec la période entre les deux diffusions de la directive du médecin hygiéniste en chef de suspendre toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes et d'en réduire le nombre. L'enquête était limitée aux personnes vivant avec une maladie cardiaque, victimes d'un accident vasculaire

cérébral et vivant avec les séquelles cognitives d'un accident vasculaire. D'après ce sondage, 61 % de ces personnes craignent de devoir se rendre à l'hôpital si elles avaient besoin de soins médicaux.

Les données sur les demandes de remboursement fournies par le Ministère montrent que le nombre de consultations chez le médecin a diminué de plus de 10 %, passant d'environ 107 millions de consultations en 2019-2020 à moins de 96 millions en 2020-2021, et que le nombre de consultations effectuées est passé d'environ 1 % à environ 35 % au cours de la même période. De plus, en 2020-2021, le nombre de patients aiguillés par les omnipraticiens vers des cardiologues a diminué d'environ 20 % par rapport à 2019-2020, tandis que le nombre de patients aiguillés par les omnipraticiens vers des neurologues a diminué d'environ 19 %. Au cours de la même période, le nombre de patients aiguillés par des spécialistes et d'autres professionnels de la santé, comme le personnel infirmier praticien, a diminué d'environ 10 % tant chez les cardiologues que chez les neurologues.

La diminution du nombre de patients se prévalant de soins primaires s'est accompagnée d'une réticence des patients à se prévaloir de soins actifs et post-actifs. Par exemple :

- Hamilton Health Sciences a cerné une tendance, à savoir que des patients choisissent de reporter des interventions cardiaques en raison de la peur de se rendre à un hôpital pendant la COVID-19. Selon les données recueillies du 17 avril au 17 août 2020, le pourcentage de patients atteints d'une maladie cardiaque ayant choisi de reporter leur intervention variait de 13 % à 44 %. Les données suivies par le St. Catharine's General Hospital présentaient une tendance similaire. Le pourcentage de patients atteints d'une maladie cardiaque qui ont choisi de reporter leur intervention variait de 22 % à 67 %.
  - D'après une enquête provinciale sur les fournisseurs de services ambulatoires de réadaptation financés par le secteur public menée par la Rehabilitative Care Alliance, un organisme mis sur pied par les réseaux locaux d'intégration des services de santé en 2013 pour renforcer et normaliser les soins de réadaptation en Ontario, au cours du premier trimestre de 2020-2021, 57 % moins de patients victimes d'un AVC ont reçu des services ambulatoires de réadaptation que la moyenne de patients atteints de la même affection qui ont consulté chaque trimestre en 2019-2020. La même enquête a révélé qu'au cours du premier trimestre de 2020-2021, 62 % moins de patients cardiaques ont reçu des services ambulatoires de réadaptation que le nombre moyen de patients admis en 2019-2020.
- Lorsque les patients ayant des besoins moins graves évitent de demander des soins de santé, ceux qui les demandent représentent généralement les cas les plus graves et les plus complexes. Plus particulièrement :
- L'Hôpital St. Michael a effectué une analyse en utilisant la durée moyenne du séjour en soins actifs pour les chirurgies cardiaques et vasculaires comme indicateur de la gravité des affections des patients qui se sont présentés à l'hôpital. L'analyse a révélé que la durée moyenne du séjour en soins actifs est passée de 8,8 jours en 2019-2020 à 9,5 jours en 2020-2021.
  - Une étude menée par des chercheurs et des spécialistes de la santé de l'Ontario, dont un cardiologue du Centre Sunnybrook des sciences de la santé, a révélé que les personnes figurant sur les listes d'attente pour certaines interventions cardiaques étaient plus susceptibles d'être hospitalisées ou de décéder au début de la pandémie (du 16 mars 2020 au 30 septembre 2020) qu'avant la pandémie (du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 15 mars 2020). L'étude a révélé ce qui suit (sur une base ajustée selon les risques qui tient compte, entre autres, du temps d'attente des patients pour un traitement) :
    - Les patients inscrits sur les listes d'attente pour un pontage aortocoronarien et une IVAC pendant la pandémie de COVID-19 étaient respectivement 42 % et 140 % plus susceptibles

d'être hospitalisés que ceux sur ces listes durant la période précédant la pandémie;

- Les patients inscrits sur les listes d'attente pour une intervention d'ICP, de pontage aortocoronarien et d'IVAC pendant la pandémie de COVID-19 étaient respectivement 83 %, 96 % et 42 % plus susceptibles de décéder en attendant d'obtenir des soins que ceux inscrits sur les mêmes listes avant la pandémie.

Comme bon nombre de patients n'ont pas sollicité de soins ou de tests diagnostiques pour des problèmes cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux plus légers pendant la pandémie, le nombre de ces patients « manquants » est inconnu, ce qui signifie que les listes d'attente (décrites à la **section 4.2.3**) sous-représentent probablement la croissance réelle des besoins des Ontariens pendant la pandémie de COVID-19. Bien que les besoins de ces patients « manquants » en matière de soins cardiaques et de traitement de l'AVC n'aient pas encore été recensés, ils augmenteront probablement le fardeau des hôpitaux de l'Ontario.

### 7.1.3 La fermeture temporaire de fournisseurs de services de réadaptation a entraîné une diminution du nombre de consultations en réadaptation cardiologique

Les répercussions de la COVID-19 sur les fournisseurs de services de réadaptation variaient selon les régions. Par exemple, cinq des six fournisseurs de services de réadaptation après un AVC auprès desquels nous avons obtenu des données avaient interrompu leurs services en personne pour des durées variables, la période la plus courante étant de mars 2020 à juin 2020. Au cours de cette période, ces cinq fournisseurs ont signalé que les principales causes de la fermeture étaient la directive provinciale de réduire le nombre d'activités non urgentes et la nécessité de redéployer le personnel dans d'autres secteurs où il y a des besoins, y compris les soins intensifs, les soins de longue durée et les hôpitaux partenaires pour répondre aux besoins en matière de soins des patients. Par exemple, un fournisseur de services de réadaptation de la région sanitaire de l'Est

de l'Ontario a fermé les services de réadaptation pour les patients externes victimes d'un AVC du 16 mars à mai 2020, principalement en raison du besoin de redéployer du personnel pendant cette période dans des établissements de soins de longue durée et dans d'autres hôpitaux. De plus, ce fournisseur a dû suspendre les admissions et réduire la capacité (lits) entre le 25 septembre 2020 et la mi-octobre 2020 en raison d'éclotions de COVID-19 survenues sur le site.

Le nombre de consultations des patients en services externes de réadaptation a diminué considérablement pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, le nombre de consultations de patients victimes d'un AVC auprès d'un fournisseur de services de réadaptation externes a chuté de plus de 87 % (passant de 5 000 en 2019-2020 à seulement 611 en 2020-2021). Un autre fournisseur a également connu une baisse d'environ 45 % du nombre de consultations de patients victimes d'un AVC (de 12 879 en 2019-2020 à 6 919 en 2020-2021). Lorsque des patients ne reçoivent pas de services de réadaptation, il peut s'ensuivre des répercussions à long terme, comme une mobilité réduite pour le reste de leur vie. Les services de réadaptation cardiaque en consultation externe ont également été touchés. En effet, les données du Ministère sur les consultations en services externes de réadaptation cardiaque ont révélé une diminution de la demande, passant de 89 245 consultations en 2019-2020 à 35 866 consultations en 2020-2021.

Ces fournisseurs de services de réadaptation ont tenté de continuer à fournir leurs services en utilisant le mode de prestation par voie virtuelle. En ce qui concerne les cinq fournisseurs de services de réadaptation pour les patients victimes d'un AVC en consultation externe desquels nous avons reçu des données à ce sujet, ils sont passés de presque aucun soin fourni par voie virtuelle en 2019-2020 à environ 55 % en 2020-2021. En ce qui concerne les six fournisseurs de services de réadaptation pour les patients atteints de cardiopathie en consultation externe desquels nous avons reçu des données, ils sont passés d'une moyenne d'environ 10 % de soins fournis par voie virtuelle en 2019-2020 à environ 90 % en 2020-2021.

Les soins virtuels ont permis aux fournisseurs de réadaptation de continuer à offrir des services de réadaptation en toute sécurité pendant la pandémie de COVID-19. Certains fournisseurs de ces services nous ont informés que certains de leurs patients préféreraient le mode virtuel, car ils ne voulaient pas de consultation en personne. Toutefois, d'un point de vue clinique, les soins virtuels ne constituent pas toujours un mode approprié pour la prestation des services de réadaptation à la suite d'un AVC et peuvent limiter l'efficacité de la réadaptation dans certaines circonstances en raison de préoccupations relatives à la sécurité ou de l'absence de possibilités de recevoir une évaluation ou un traitement directement. On se préoccupe aussi de problèmes techniques, notamment l'instabilité de la connexion Internet, le manque d'accès aux appareils et à l'équipement qui auraient autrement été utilisés si les services de réadaptation avaient été fournis en personne, et le manque d'expertise technologique des patients ou des fournisseurs dans la prise de rendez-vous virtuels.

### RECOMMANDATION 15

Pour faire face aux répercussions de la COVID-19 sur la prestation des soins aux personnes atteintes de cardiopathies et victimes d'AVC, le ministère de la Santé devrait collaborer avec CorHealth Ontario et Santé Ontario pour :

- évaluer la prévalence des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux non recensés en raison de la pandémie de COVID-19 et déterminer l'incidence de ces cas passés sous le radar sur le système de traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux à l'avenir afin de déterminer les fonds ou les initiatives supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour répondre aux besoins de ces patients en matière de soins de santé;
- surveiller l'incidence du plan de reprises des interventions chirurgicales en mesurant et en publiant périodiquement l'arriéré d'interventions cardiaques et en fournissant les ressources nécessaires pour aider les hôpitaux à réaliser les objectifs de ce plan.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a reçu régulièrement des données sur l'activité du secteur des soins cardiaques pendant la pandémie de COVID-19 et a participé à des forums des intervenants de CorHealth tout au long de la pandémie, où l'on a discuté de la question des patients dont les soins ont été reportés ou retardés.

Le Ministère s'est doté d'un programme de reprise des interventions chirurgicales et travaille en étroite collaboration avec des partenaires de Santé Ontario à des initiatives de reprise qui maximiseront la capacité du système et augmenteront le nombre de patients vus dans les délais recommandés, car les patients dont les soins ont été reportés reviennent à des modèles de soins plus typiques.

Santé Ontario publie actuellement les temps d'attente pour les cathétérismes cardiaques (angiographie), les ICPP (angioplastie) et les pontages cardiaques.

### RÉPONSE DE CORHEALTH ONTARIO

CorHealth souscrit à cette recommandation et reconnaît les répercussions importantes de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé, y compris les patients des services cardiaques, vasculaires et de traitement de l'AVC. CorHealth continue de collaborer avec les intervenants de son système des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux et les intervenants cliniques afin de comprendre les difficultés à répondre aux demandes des populations actuelles et futures de patients des services cardiaques, vasculaires et de traitement de l'AVC. CorHealth continuera de rendre compte du rendement du système des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux et fournira des données au ministère de la Santé et à ses partenaires, comme Santé Ontario, pour appuyer la planification de la reprise après la COVID-19.

## Annexe 1 : Liste des hôpitaux et groupes d'hôpitaux désignés comme centres de soins cardiaques ou de traitement de l'AVC par région sanitaire de l'Ontario

Source : CorHealth Ontario et ministère de la Santé

Région sanitaire de l'Ontario	Réseau local d'intégration des services de santé	Nom du groupe de l'établissement ou de l'hôpital	20 centres de soins cardiaques		28 centres de traitement de l'AVC	
			Exécute les procédures de base <sup>1</sup>	Exécute les procédures de base et des procédures supplémentaires <sup>2</sup>	Administre l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) <sup>3</sup>	Administre le tPA et effectue la thrombectomie endovasculaire
Centre	Centre	Centre de santé Mackenzie			✓	
	Centre	Hôpital général de North York				
	Centre	Centre régional de santé Southlake		✓		
	Centre-Ouest	Réseau de santé William-Osler	✓			
	Mississauga Halton	Partenaires de santé Trillium		✓		✓
	Simcoe Nord Muskoka	Muskoka Algonquin Healthcare			✓	
	Simcoe Nord Muskoka	Centre régional de santé Royal Victoria	✓		✓	
	Centre-Est	Centre de santé de Lakeridge			✓	
	Centre-Est	Peterborough Regional Health Centre	✓		✓	
	Centre-Est	Hôpital Scarborough and Rouge	✓			
Est	Champlain	Hôpital régional de Pembroke			✓	
	Champlain	Hôpital d'Ottawa				✓
	Champlain	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa		✓		
	Sud-Est	Centre des sciences de la santé de Kingston		✓		✓
	Sud-Est	Soins de santé de Quinte			✓	
	Nord-Est	Horizon Santé-Nord		✓		✓
	Nord-Est	Centre régional de santé de North Bay			✓	
	Nord-Est	Hôpital de Sault-Sainte-Marie	✓		✓	
	Nord-Est	Hôpital de Timmins et du district			✓	
	Nord-Ouest	Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	✓			✓
Toronto	Centre-Toronto	Hôpital Michael Garron	✓			
	Centre-Toronto	Hôpital St. Michael		✓		✓
	Centre-Toronto	Centre Sunnybrook des sciences de la santé		✓		✓
	Centre-Toronto	Réseau universitaire de santé		✓		✓

Région sanitaire de l'Ontario	Réseau local d'intégration des services de santé	Nom du groupe de l'établissement ou de l'hôpital	20 centres de soins cardiaques		28 centres de traitement de l'AVC	
			Exécute les procédures de base <sup>1</sup>	Exécute les procédures de base et des procédures supplémentaires <sup>2</sup>	Administre l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) <sup>3</sup>	Administre le tPA et effectue la thrombectomie endovasculaire
Ouest	Érié St-Clair	Bluewater Health			✓	
	Érié St-Clair	Alliance Chatham-Kent pour la santé			✓	
	Érié St-Clair	Hôpital régional de Windsor	✓			✓
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Brantford Community Health System			✓	
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton Health Sciences Centre		✓		✓
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Système de santé de Niagara	✓		✓	
	Sud-Ouest	Services de santé de Grey Bruce			✓	
	Sud-Ouest	Centre des sciences de la santé de London		✓		✓
	Sud-Ouest	Hôpital général de Stratford			✓	
	Waterloo Wellington	Hôpital Grand River			✓	
	Waterloo Wellington	Hôpital général St. Mary		✓		

Remarque : Il y a environ 140 hôpitaux en Ontario. Ce tableau ne comprend que les hôpitaux et groupes d'hôpitaux désignés comme centres de soins cardiaques ou centres de traitement des victimes d'AVC. Les lignes grisées indiquent les hôpitaux sélectionnés pour inclusion dans la portée de notre audit.

1. Les interventions de base comprennent le cathétérisme cardiaque, l'intervention coronarienne percutanée (ICP) et le traitement des patients atteints d'insuffisance cardiaque.
2. Les interventions supplémentaires comprennent la chirurgie cardiaque, l'implantation valvulaire aortique par cathéter et les défibrillateurs cardiovertisseurs implantables (DCI).
3. Ces centres ont également du personnel formé pour fournir des soins aux victimes d'AVC.

## Annexe 2 : Glossaire

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Terme	Définition
<b>Ablations (cardiaques)</b>	Intervention chirurgicale ou par cathéter qui consiste à brûler ou geler les tissus qui causent ou provoquent un rythme cardiaque anormal.
<b>Accident ischémique transitoire (AIT)</b>	AVC temporaire qui résulte d'une brève obstruction du flux sanguin vers une partie du cerveau.
<b>Activateur tissulaire du plasminogène (tPA)</b>	Médicament intraveineux administré aux patients victimes d'un AVC ischémique pour rétablir le flux sanguin vers le cerveau.
<b>Angiogramme</b>	Imagerie à rayons X des artères coronaires et des vaisseaux qui irriguent le cœur. Un colorant spécial est libéré dans les artères par un tube spécial appelé cathéter. L'intervention consiste à évaluer le débit sanguin et à repérer un rétrécissement ou une obstruction.
<b>Angiographie coronaire par tomодensitométrie (angiogramme tomодensitométrique)</b>	Examen d'imagerie qui évalue les artères qui irriguent le cœur afin de diagnostiquer la cause de la douleur thoracique et d'autres symptômes. Cette intervention non invasive utilise l'imagerie par rayons X pour produire des images du cœur et de ses vaisseaux sanguins.
<b>Antiarythmiques</b>	Médicaments qui préviennent et traitent les battements cardiaques anormaux.
<b>Anticoagulants</b>	Médicaments qui aident à prévenir la formation de caillots. Aussi appelés « hémostatiques ».
<b>Arythmie</b>	Terme utilisé pour désigner les battements cardiaques anormaux, y compris les battements cardiaques irréguliers, lents ou rapides.
<b>Autre niveau de soins (ANS)</b>	Patients qui occupent un lit de soins actifs même s'ils sont réputés ne plus avoir besoin des services de l'hôpital ou de l'intensité de leurs soins, mais qui ne peuvent pas être transférés parce qu'un autre milieu ne peut fournir le niveau de soins requis.
<b>AVC hémorragique</b>	AVC qui se produit lorsqu'une artère ou un vaisseau sanguin du cerveau éclate et entraîne un déversement de sang sur les tissus environnants et une perturbation des fonctions cérébrales.
<b>AVC ischémique</b>	Obstruction de l'artère qui alimente le cerveau de sorte que le flux sanguin n'atteint plus le cerveau. Si le débit sanguin n'est pas rétabli, les conséquences possibles comprennent des lésions irréversibles et la mort cérébrale.
<b>Bêtabloquants</b>	Des médicaments qui sont officiellement appelés agents bloquants Bêta adrénergiques, qui réduisent le rythme cardiaque et la tension artérielle pour réduire l'intensité de travail du cœur.
<b>Cardiopathie congénitale</b>	Problème cardiaque présent à la naissance parce que des cavités, des parois ou des valvules autour du cœur ne se sont pas développées normalement avant la naissance.
<b>Cathéter/cathétérisme (CATH)</b>	Tube mince fait de matériau de qualité médicale inséré dans une cavité corporelle, comme une artère ou une veine dans l'aîne. Le tube est passé dans les vaisseaux sanguins jusqu'au cœur pour repérer les artères coronaires étroites ou obstruées qui empêchent le sang d'irriguer le muscle cardiaque.
<b>Cathétérisme cardiaque</b>	Technique utilisée avec d'autres tests, comme l'angiographie, pour évaluer les valvules cardiaques, la fonction cardiaque et l'apport sanguin afin de permettre aux médecins de déterminer si une chirurgie cardiaque est nécessaire. Des tubes ou des fils sont insérés dans le cœur pour étudier le débit sanguin, la pression et les signaux électriques.
<b>Centres de traitement des victimes d'AVC</b>	Établissements hospitaliers désignés par la province qui sont les mieux équipés dans leur région pour fournir des soins aux victimes d'AVC.

Terme	Définition
<b>Chirurgie de remplacement de la valve aortique (CRVA)</b>	Chirurgie à thorax ouvert pour remplacer une valve aortique endommagée ou malade.
<b>Clipping de la valve mitrale</b>	Dispositif implanté sur la valve mitrale pour réparer une fuite dans une valvule cardiaque. Il est implanté au moyen d'un tube mince inséré dans une veine de la jambe et poussé dans la veine jusqu'au cœur.
<b>Clipping d'anévrisme</b>	Intervention chirurgicale qui consiste à ouvrir le crâne, à repérer l'artère touchée puis à placer une pince métallique au niveau du col de la zone affaiblie dans la paroi d'une artère.
<b>CorHealth Ontario</b>	Organisme ontarien qui fournit une orientation et des mandats stratégiques dans le domaine des soins cardiaques, vasculaires et liés aux accidents vasculaires cérébraux au ministère de la Santé et aux établissements de soins de santé de la province.
<b>Coronaropathie (ou athérosclérose)</b>	Affection où les vaisseaux sanguins du cœur ont rétréci en raison de l'accumulation continue de plaque (habituellement dans la paroi de l'artère).
<b>Défibrillateur cardiovertéur implantable (DCI)</b>	Appareil implanté dans la poitrine qui surveille le rythme cardiaque de la personne au moyen de fils reliés au cœur. Lorsque des battements cardiaques se produisent, l'appareil envoie une décharge électrique pour rétablir un battement de cœur stable.
<b>Échocardiogramme (ECHO)</b>	Procédure utilisant des ultrasons pour créer une image du cœur. L'imagerie par ultrasons montre la forme, la texture et le mouvement des valvules cardiaques.
<b>Échocardiogramme à l'effort</b>	Examen d'imagerie qui utilise des ultrasons pour montrer le fonctionnement du cœur à l'effort.
<b>Électrocardiogramme (ECG/EKG)</b>	Test qui évalue le fonctionnement du cœur en mesurant les ondes électriques qui le parcourent.
<b>Épreuve d'effort</b>	Test visant à mesurer l'activité électrique, la tension artérielle et le rythme cardiaque d'une personne à l'effort. Le test est habituellement effectué pendant que la personne marche sur un tapis roulant.
<b>Étude électrophysiologique</b>	Test utilisé pour évaluer le système électrique du cœur et détecter la présence de rythmes cardiaques anormaux.
<b>Financement au titre des actes médicaux fondés sur la qualité</b>	Les services de santé pour lesquels des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes ont été définies, et les fournisseurs de soins de santé reçoivent un financement au titre de ces services selon un prix établi.
<b>Fondation des maladies du cœur et de l'AVC</b>	Organisme indépendant voué à l'amélioration du traitement des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et des affections connexes en collaborant avec les professionnels de la santé, les gouvernements et d'autres intervenants pour répondre aux préoccupations et aux défis continus.
<b>Imagerie par perfusion myocardique au repos et à l'effort</b>	Examen de cardiologie nucléaire qui montre la fluidité de la circulation du sang dans les muscles cardiaques.
<b>Implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC)</b>	Procédure pour remplacer une valve rétrécie dans le cœur qui ne s'ouvre pas correctement. L'intervention consiste à remplacer la valve à l'aide d'un cathéter.
<b>Infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI)</b>	Crise cardiaque causée par l'obstruction de l'artère qui fournit de l'oxygène au muscle cardiaque.
<b>Infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)</b>	Obstruction partielle de l'artère coronaire entraînant une crise cardiaque.

Terme	Définition
<b>Infarctus du myocarde</b>	On le connaît mieux sous le nom de crise cardiaque. Il survient lorsque le débit sanguin est obstrué (STEMI) ou partiellement obstrué (NSTEMI) dans une artère coronaire en raison de l'accumulation de gras ou de cholestérol dans les artères.
<b>Insuffisance cardiaque congestive (ICC)</b>	Affection qui se présente lorsque les muscles cardiaques s'affaiblissent et ne sont pas en mesure de faire circuler suffisamment de sang oxygéné aux organes du corps.
<b>Insuffisance cardiaque</b>	Lorsque le cœur est trop faible, rigide ou endommagé pour faire circuler le sang correctement, avec le temps, il devient incapable de répondre aux exigences normales et une intervention médicale est nécessaire pour prolonger la vie et gérer les symptômes.
<b>Intervention coronarienne percutanée (ICP)</b>	Intervention qui consiste à placer une structure appelée endoprothèse coronarienne pour ouvrir les vaisseaux sanguins du cœur qui ont rétréci en raison d'une accumulation excessive de plaque.
<b>Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</b>	Maladie pulmonaire qui cause une obstruction de l'écoulement de l'air des poumons.
<b>Ministère de la Santé</b>	Ministère gouvernemental chargé de surveiller le système de santé de l'ensemble de la province. Il s'acquitte de mandats importants en matière de prise de décisions et de financement.
<b>Perfusion tomodensitométrie (PT)</b>	Technologie d'imagerie qui repère les zones du cerveau dont l'apport sanguin est suffisant et fournit des renseignements détaillés sur la transmission du débit sanguin au cerveau.
<b>Pontage aortocoronarien</b>	Intervention chirurgicale qui redirige le sang autour d'une section d'artères obstruée ou partiellement obstruée du cœur en y reliant des vaisseaux sanguins sains, prélevés au niveau des jambes, des bras ou de la poitrine du patient, sous ou au-dessus des artères obstruées.
<b>Pose d'une spirale d'anévrisme</b>	Intervention chirurgicale visant à bloquer le débit sanguin dans une zone affaiblie de la paroi d'une artère.
<b>Programme TéléAVC de l'Ontario</b>	Modèle de consultation sur appel par voie virtuelle qui permet à des spécialistes de l'AVC de fournir du soutien aux urgentologues d'autres hôpitaux. Le programme permet aux urgentologues locaux d'offrir un diagnostic et un traitement aux victimes d'AVC en s'appuyant sur les conseils de spécialistes des AVC qui évaluent les victimes d'AVC à l'aide d'outils comme des caméras vidéo numériques.
<b>Radiographie du thorax</b>	Procédure d'imagerie utilisée pour déterminer si le cœur est hypertrophié ou si du liquide s'est accumulé dans les poumons en raison d'une crise cardiaque.
<b>Réhabilitation</b>	Processus et action visant à aider une personne à reprendre une vie normale après un incident cardiaque, une intervention ou un accident vasculaire cérébral.
<b>Sténose de la valve aortique</b>	Affection où la valve aortique rétrécit et ne s'ouvre pas complètement, ce qui réduit ou obstrue le débit sanguin du cœur au reste du corps.
<b>Stimulateur cardiaque</b>	Appareil implanté sous la peau au niveau de la poitrine du patient pour surveiller ses battements cardiaques et l'empêcher de battre trop lentement.
<b>Thérapie de resynchronisation cardiaque (TRC)</b>	Traitement qui utilise un stimulateur cardiaque pour aider le cœur à réguler le rythme de ses battements.
<b>Thrombectomie endovasculaire (TE)</b>	Intervention qui peut être pratiquée sur certains patients victimes d'un AVC lorsqu'un médecin utilise un cathéter inséré dans l'aîne du patient pour accéder au caillot sanguin et le retirer physiquement.
<b>Tomodensitométrie (TDM)</b>	Procédé informatisé d'imagerie par rayons X qui combine une série d'images radiographiques sous différents angles pour créer une image transversale des os, des tissus mous et des vaisseaux sanguins.

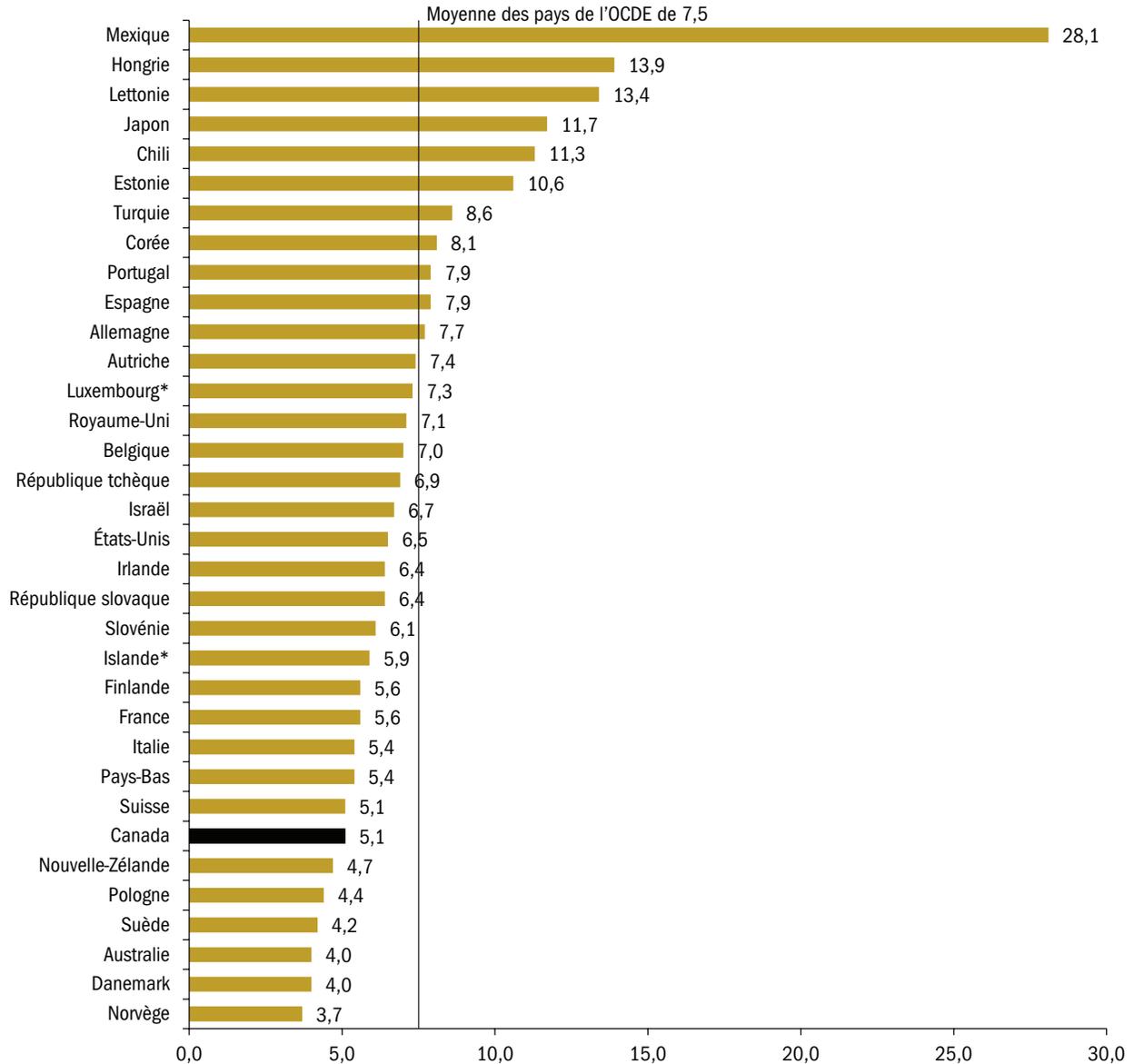
## Annexe 3 : Cardiopathies courantes et accidents vasculaires cérébraux

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Affection ou type	Description
<b>Cardiopathie</b>	<b>Sténose de la valve aortique</b>	Il s'agit de l'un des problèmes valvulaires les plus fréquents et les plus graves impliquant le rétrécissement de la valve aortique. Le rétrécissement aortique empêche la valve de s'ouvrir et de se fermer correctement, ce qui exerce une pression supplémentaire sur le cœur. Elle peut entraîner un essoufflement, un enflure des chevilles, des douleurs thoraciques, des étourdissements et des évanouissements. Elle est généralement traitée au moyen d'une chirurgie valvulaire à cœur ouvert (aussi appelée chirurgie de remplacement de la valve aortique ou CRVA) ou par l'intervention minimalement invasive d'implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC) pour remplacer la valve aortique.
	<b>Arythmie (ou battement cardiaque anormal)</b>	Il s'agit d'un terme passe-partout utilisé pour désigner les battements cardiaques anormaux. Elle peut être liée à des battements cardiaques irréguliers, lents (bradycardie) ou aux rapides (tachycardie). Dans tous les cas, il s'ensuit une circulation sous-optimale de sang oxygéné et riche en nutriments dans le reste du corps, ce qui entraîne de la fatigue, des étourdissements et, dans les cas extrêmes, des problèmes cardiaques plus importants. Une arythmie n'est pas nécessairement dangereuse, car une personne peut souffrir temporairement de bradycardie pendant son sommeil et de tachycardie à l'effort sans qu'il y ait d'effets négatifs à long terme. Les arythmies sont habituellement contrôlées au moyen de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs cardioverters implantables (DCI), qui aident à réguler les rythmes cardiaques irréguliers.
	<b>Athérosclérose (ou coronaropathie)</b>	Il s'agit de l'accumulation de gras et de cholestérol dans les artères, communément appelée plaque. La plaque peut rétrécir les artères et obstruer le flux sanguin. Elle peut aussi faire éclater des artères, ce qui entraîne un caillot sanguin. Selon l'affection, l'athérosclérose peut être traitée par pontage aortocoronarien ou par intervention coronarienne percutanée (aussi appelée angioplastie) pour ouvrir les artères obstruées.
	<b>Insuffisance cardiaque</b>	L'insuffisance se produit lorsque le cœur est trop faible, rigide ou endommagé pour faire circuler efficacement le sang. Le cœur finit par être incapable de répondre aux exigences normales qui lui sont imposées pour faire circuler le sang dans le reste du corps. Il s'agit souvent d'une maladie chronique qui s'aggrave avec le temps et qui nécessite des interventions médicales pour prolonger la vie et gérer les symptômes.
	<b>Infarctus du myocarde (ou crise cardiaque)</b>	Il se produit lorsque le débit sanguin est obstrué dans une artère coronaire en raison d'une accumulation de gras ou de cholestérol dans les artères. Il peut s'agir d'une obstruction complète (infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST [STEMI]) ou d'une obstruction partielle (NSTEMI). Le terme « Élévation ST » désigne un segment graphique des battements cardiaques observés sur un électrocardiogramme qui est plus élevé que la normale. Un infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI) nécessite une intervention immédiate pour éliminer ou contourner l'obstruction et éviter d'endommager le cœur. Les cas NSTEMI peuvent être pris en charge de façon moins invasive, par exemple à l'aide d'anticoagulants.
<b>Accidents vasculaires cérébraux</b>	<b>AVC ischémique</b>	Il se produit lorsqu'un caillot sanguin obstrue le flux sanguin vers certaines parties du cerveau. Il empêche l'oxygène d'atteindre le cerveau, et les tissus cérébraux finiront éventuellement par mourir faute d'oxygène. Si le débit d'oxygène n'est pas rétabli, il s'ensuivra des lésions irréversibles et la mort des cellules cérébrales. Ce type d'AVC peut être traité par la médication ou une chirurgie non invasive, comme une thrombectomie endovasculaire (TE), afin d'éliminer le caillot sanguin.
	<b>AVC hémorragique</b>	Il se produit lorsqu'une artère ou un vaisseau sanguin du cerveau éclate, ce qui entraîne le déversement de sang sur les tissus environnants et nuit au fonctionnement du cerveau. L'hémorragie peut se produire à l'intérieur du cerveau ou entre le cerveau et les membranes qui le couvrent. Ce type d'AVC peut être traité par chirurgie.
	<b>Accident ischémique transitoire (ou accident vasculaire cérébral mineur)</b>	Il s'agit d'une diminution temporaire de l'apport sanguin au cerveau sans lésion permanente ni symptômes durables. Il est souvent précurseur d'un AVC ischémique. Ce genre d'AVC peut être traité avec des médicaments.

## Annexe 4 : Taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour une crise cardiaque par pays membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2015

Source des données : Statistiques de l'OCDE sur la santé

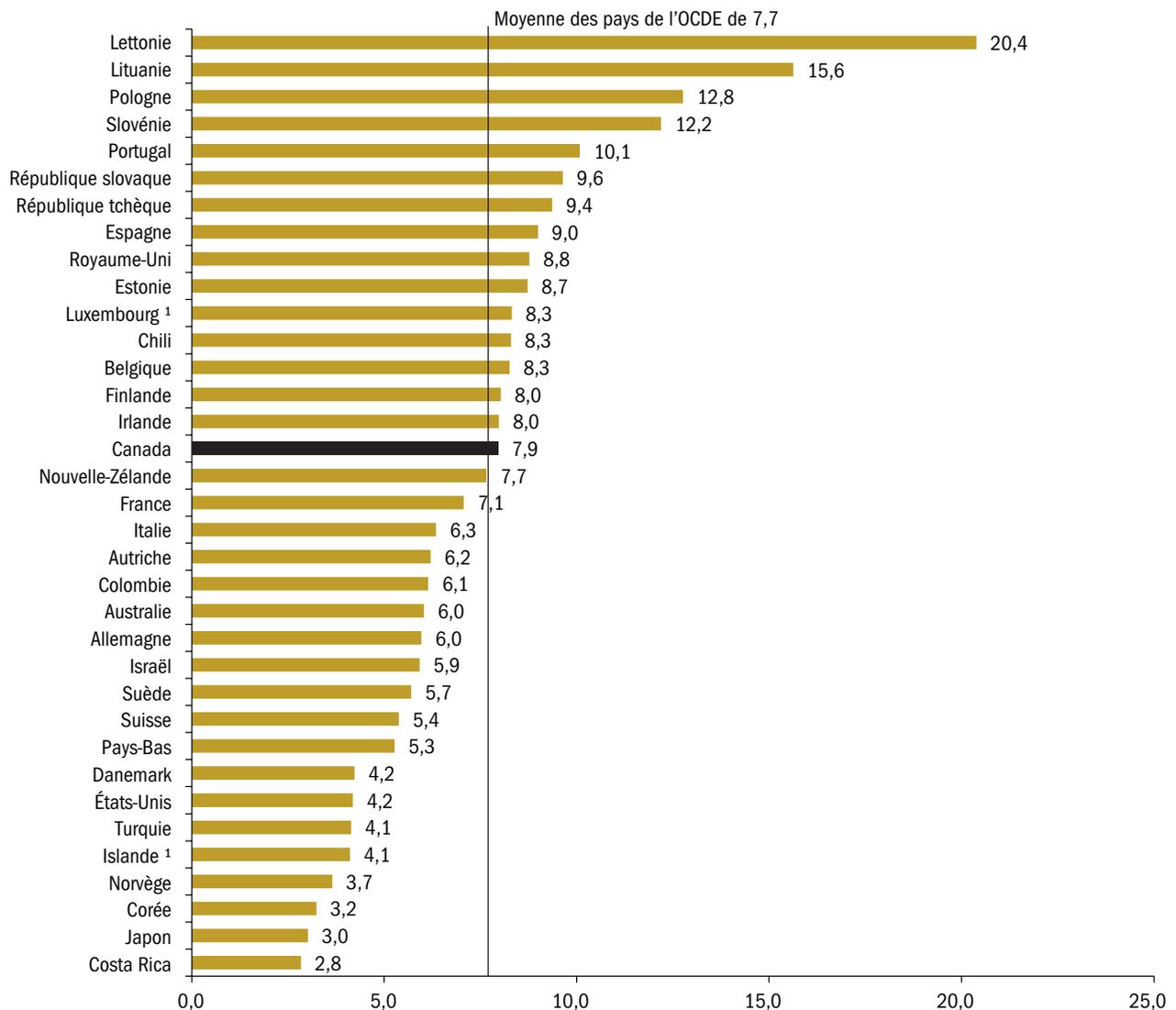


Remarque : Les données sont normalisées selon l'âge et le sexe, ce qui signifie que les chiffres fournis ont été rajustés pour tenir compte de l'âge et du sexe des patients traités afin de rendre la comparaison entre les pays plus utile. Le taux est indiqué pour 100 admissions d'adultes de 45 ans et plus. La moyenne de l'OCDE ne représente que les pays inclus dans la comparaison (pas tous les pays de l'OCDE).

\* Représente une moyenne sur trois ans.

## Annexe 5 : Taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour un accident vasculaire cérébral ischémique par pays membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2017

Source des données : Statistiques de l'OCDE sur la santé



Remarque : Les données sont normalisées selon l'âge et le sexe, ce qui signifie que les chiffres fournis ont été rajustés pour tenir compte de l'âge et du sexe des patients traités afin de rendre la comparaison entre les pays plus utile. Le taux est indiqué pour 100 admissions d'adultes de 45 ans et plus. La moyenne de l'OCDE ne représente que les pays inclus dans la comparaison (pas tous les pays de l'OCDE).

\* Représente une moyenne sur trois ans.

## Annexe 6 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Des procédures efficaces et des mécanismes de coordination entre les fournisseurs de services sont en place pour que les patients bénéficient d'un accès rapide et équitable à des services de traitement des maladies cardiovasculaires et des AVC sûrs et fondés sur des données probantes qui répondent à leurs besoins, peu importe où ils vivent.
2. Les rôles et les responsabilités de tous les intervenants dans la prestation des services dans le domaine des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux sont clairement définis et des exigences en matière de reddition de comptes sont établies pour assurer la prestation, la coordination et la surveillance efficaces des services.
3. Le financement et les ressources sont répartis entre les fournisseurs de services de manière équitable et en temps opportun en fonction des besoins des patients, ils sont utilisés aux fins prévues et ils sont administrés dans le respect des principes d'économie et d'efficacité.
4. Des données financières et opérationnelles suffisantes et exactes au sujet de tous les services dans le domaine des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux et qui sont recueillies en temps opportun sont réunies et évaluées régulièrement pour orienter la prise de décisions par la direction.
5. Des mesures et des cibles de rendement appropriées sont établies, les résultats réels sont surveillés et publiés régulièrement par rapport aux cibles, et des mesures correctives sont prises en temps opportun lorsque les cibles ne sont pas atteintes.

## Annexe 7 : Autres hôpitaux/groupes d'hôpitaux et intervenants contactés

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

### Autres hôpitaux ou groupes d'hôpitaux<sup>1</sup>

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario<sup>2</sup>

Hôpital général de Guelph

Horizon Santé-Nord

Hôpital Élisabeth-Bruyère<sup>3</sup>

Kingston General Hospital

Hôpital pour enfants McMaster – Hamilton Health Sciences<sup>2</sup>

Providence Healthcare<sup>3</sup>

St. Joseph's Care Group<sup>3</sup>

St. Joseph's Health Care, London<sup>3</sup>

Centre Sunnybrook des sciences de la santé

Hôpital pour enfants malades<sup>2</sup>

Réseau universitaire de santé

### Intervenants

Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)<sup>4</sup>

Rehabilitative Care Alliance<sup>3,5</sup>

1. Ces hôpitaux/groupes d'hôpitaux s'ajoutent aux sept sur lesquels l'audit est axé : Hamilton Health Sciences, London Health Sciences, L'Hôpital d'Ottawa, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, Trillium Health Partner et Unity Health Toronto (plus précisément l'Hôpital St. Michael) et l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (voir l'**annexe 1**).
2. Contacté pour comprendre les soins aux cardiopathies et le traitement des accidents vasculaires cérébraux en pédiatrie.
3. Contacté pour comprendre les soins de réadaptation en cas de cardiopathies et d'AVC.
4. Le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) est un organisme de bienfaisance qui reçoit des fonds du Ministère. Il est responsable de l'orientation, du soutien et de la planification à long terme des soins aux enfants atteints du cancer en Ontario.
5. La Rehabilitative Care Alliance est une initiative financée par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (qui font maintenant partie de Santé Ontario) afin de travailler à la normalisation des soins de réadaptation à l'échelle de la province.

## Annexe 8 : Histoires de patients liées aux retards dans le traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Exemple	Type de patient	Histoire du patient
<b>Patient A<sup>1</sup></b>	AVC – Fenêtre d'administration d'un activateur tissulaire du plasminogène (tPA)	Le patient A a été retrouvé par terre et présentait des symptômes d'AVC. Il avait été vu en bonne santé pour la dernière fois quatre heures plus tôt. Il a été admis à l'hôpital 103 minutes plus tard et l'angiogramme tomodensitométrique a été effectué 90 minutes après l'admission. Toutefois, puisque la fenêtre de 4,5 heures pour injecter le tPA a été manquée et que la tentative de thrombectomie endovasculaire (TE) a échoué, le patient est décédé neuf jours plus tard.
<b>Patient B<sup>1</sup></b>	AVC – Fenêtre pour l'injection du tPA ratée et TE retardée	Le patient B a fait une chute et a été transporté par ambulance vers un hôpital à proximité. Le patient a été transféré à un autre hôpital pour y recevoir les traitements nécessaires pour un AVC. Le patient a subi un examen par angiogramme tomodensitométrique dans les 10 minutes suivant son arrivée à l'hôpital. Après l'angiogramme tomodensitométrique, le tPA n'a pas été injecté parce que le délai de 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes était presque terminé. Une intervention de TE n'a pas été effectuée avant le lendemain parce que le patient présentait une instabilité cardiaque. Le patient est décédé 11 jours plus tard.
<b>Patient C<sup>2</sup></b>	AVC – TE retardée	Le patient C s'est présenté à l'hôpital avec des symptômes d'AVC. Après l'angiogramme tomodensitométrique initial, on lui a injecté le tPA. Comme aucun fournisseur de services de TE n'était disponible, un transport a été organisé pour transférer le patient à un hôpital à l'extérieur de la province. Le patient est arrivé au deuxième hôpital plus de cinq heures plus tard. À son arrivée, on a effectué l'examen par PT afin de déterminer si le patient était toujours admissible à une TE. En raison du délai, l'AVC du patient a évolué et il n'était plus candidat à la TE. Deux jours plus tard, le niveau de conscience du patient s'est détérioré et on lui a retiré une partie de son crâne pour soulager la pression intracrânienne. Bien que le patient ait survécu à la chirurgie, certaines des lésions cérébrales permanentes et des complications auraient pu être évitées si le premier hôpital avait été équipé pour soumettre le patient à une TE.
<b>Patient D<sup>2</sup></b>	AVC – TE retardée	Le patient D a été surveillé dans un hôpital en raison d'antécédents d'accident ischémique transitoire récurrent. Le patient a soudainement développé des symptômes importants d'AVC et a subi un examen standard par TDM qui a confirmé la survenue d'un AVC. L'hôpital a consulté l'équipe de neurologie de l'hôpital le plus près capable d'effectuer une TE. Le patient a été transféré à cet hôpital, qui a admis le patient quelques minutes après son arrivée. Le patient a rapidement subi un test d'imagerie par TDM/angiogramme tomodensitométrique et a été transféré directement au service d'angiographie dans un délai d'environ 50 minutes après son arrivée au centre pour y subir une TE. Le patient a subi avec succès l'intervention de TE. Durant les trois jours suivants, le patient n'a montré aucune amélioration significative, est demeuré minimalement conscient et l'hôpital a fourni des soins de confort jusqu'à son décès. On s'attend à ce que l'installation de dispositifs d'imagerie par perfusion tomodensitométrique à l'hôpital d'origine ainsi que du logiciel permettant de visualiser cette imagerie à partir du centre effectuant la TE puissent réduire les retards dans le processus de consultation avant le transfert du patient.

Exemple	Type de patient	Histoire du patient
<b>Patient E<sup>2</sup></b>	AVC - TE retardée	Le patient E s'est présenté à l'hôpital avec des symptômes d'AVC et a reçu le tPA 20 minutes après son arrivée aux urgences avant d'être transféré au service d'angiographie pour y subir une TE. L'imagerie par TDM a révélé que le patient avait été victime d'un AVC ischémique. Une TE a été effectuée près de deux heures après que le patient a reçu le tPa, et le débit sanguin a été rétabli chez le patient environ 50 minutes plus tard. L'hôpital souligne que le temps de réponse a pu être ralenti par les protocoles relatifs à la COVID-19 parce que le patient a été jugé comme présentant un risque élevé de contracter la COVID-19 et que des protocoles supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle étaient nécessaires. Après avoir reçu le tPA et subi la TE, l'état du patient s'est détérioré. En fin de compte, la famille a décidé d'emprunter la trajectoire des soins de fin de vie.
<b>Patient F<sup>3</sup></b>	Troubles cardiaques - délai d'attente en raison de la COVID-19	Le patient F a des antécédents cardiaques importants de longue date et a été orienté vers une chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire. Bien que le patient ait été accepté pour la chirurgie, la réservation du bloc opératoire a été influencée par les restrictions imposées aux salles d'opération à la suite de la publication de la directive du médecin hygiéniste en chef pendant la pandémie de COVID-19. En juin 2020, le patient est arrivé en ambulance à l'hôpital en raison d'un arrêt cardiaque avant d'être transféré dans un autre hôpital. En raison d'une pénurie d'oxygène au cerveau, l'état de santé du patient s'est détérioré et la mort neurologique a été constatée trois jours plus tard.
<b>Patient G<sup>3</sup></b>	Troubles cardiaques - délai d'attente en raison de la COVID-19	En janvier 2020, un hôpital a accepté d'offrir au patient G une chirurgie de remplacement valvulaire complexe. L'hôpital a indiqué que l'intervention avait été retardée parce que le nombre de chirurgies quotidiennes avait été réduit depuis la semaine du 16 mars et que les cas complexes non urgents avaient été mis en attente (toutefois, les patients classés comme des cas complexes hospitalisés ont bel et bien reçu leur chirurgie) en réponse à la directive du CMH. En mai 2020, l'hôpital a tenté de communiquer avec le patient pour l'admettre à une chirurgie d'un jour le lendemain, mais il a été informé par la fille du patient que ce dernier était décédé douze jours plus tôt.

1. Histoires de patients pour la section 5.1.1.
2. Histoires de patients pour la section 5.1.2.
3. Histoires de patients pour la section 7.1.1.

## Annexe 9 : Fournisseurs de services de réadaptation pour patients hospitalisés victimes d'un AVC (offrant le plus et le moins de minutes de réadaptation par patient victime d'un AVC), 2019-2020

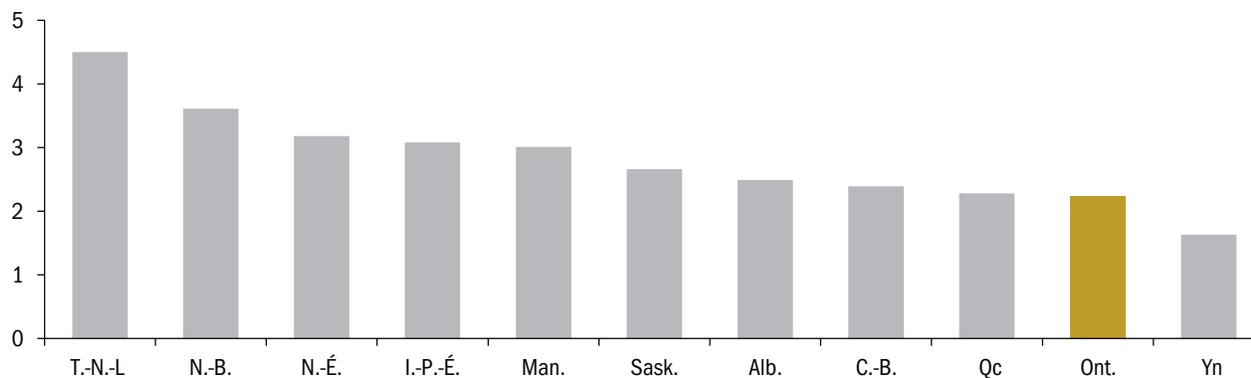
Source des données : CorHealth Ontario

Région sanitaire de l'Ontario	Nom du site	Nombre de patients victimes d'un AVC	Durée médiane de la thérapie directe par jour (en minutes)
<b>Fournisseurs du plus grand nombre de minutes de services de réadaptation aux patients hospitalisés</b>			
Toronto	1. St. John's Rehab General	259	109,4
Toronto	2. Centre de soins de santé West Park	135	108,3
Ouest	3. Services de santé de Grey Bruce	114	96,8
Est	4. Hôpital régional de Pembroke	49	95,6
Ouest	5. Centre de réhabilitation de l'hôpital de Grand River	116	94,7
Nord	6. Hôpital de Timmins et du district	41	90,8
Ouest	7. Hôpital général de St. Thomas-Elgin	51	90,5
Ouest	8. Huron Perth - Hôpital général de Stratford	112	89,8
Est	9. Peterborough Regional Health Centre	77	88,9
Ouest	10. Hôpital Memorial de Cambridge	56	85,1
<b>Fournisseurs du moins grand nombre de minutes de services de réadaptation aux patients hospitalisés</b>			
Centre	1. Trillium Health Partners - Hôpital de Mississauga	169	21,5
Centre	2. Centre régional de santé Southlake	124	30,2
Centre	3. Hôpital municipal de Brampton	171	36,5
Centre	4. Mackenzie Richmond Hill Hospital	138	38,1
Centre	5. Centre régional de santé Royal Victoria	73	40,2
Centre	6. Hôpital général de la baie Georgienne	41	42,5
Est	7. Centre de réhabilitation de Lakeridge Health	212	45,4
Nord	8. Hôpital de Sault-Sainte-Marie	58	47,2
Centre	9. Credit Valley Hospital/Trillium Health Partners	61	50,0
Centre	10. Hôpital de Markham-Stouffville	107	50,7

Remarque : Cette liste ne comprend que les fournisseurs de services de réadaptation qui ont traité au moins 40 patients victimes d'un AVC en 2019-2020. CorHealth Ontario a recueilli et analysé des renseignements sur cet indicateur seulement jusqu'en 2019-2020.

## Annexe 10 : Nombre de lits d'hôpital par 1 000 habitants, par province et territoire\*

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

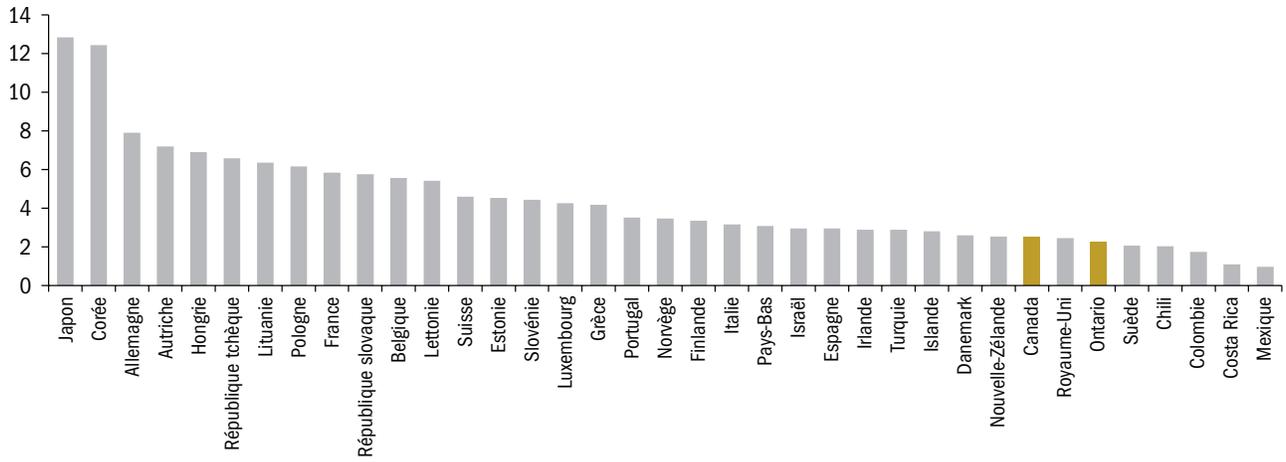


Remarque : Le nombre de lits par 1 000 habitants a été calculé à partir des estimations démographiques du quatrième trimestre de 2019 disponibles dans les données de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé sur le nombre de lits disponibles et dotés en personnel de 2019-2020.

\* Les données utilisées dans cette figure sont fondées sur des données de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada. Les données n'étaient pas disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest ou le Nunavut.

## Annexe 11 : Nombre de lits d'hôpital par 1 000 habitants dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)\*

Source des données : Organisation de développement économique et de coopération (OCDE)



\* L'OCDE compte 38 pays membres. L'information comprend les données de l'OCDE provenant de 36 pays (aucune donnée n'était disponible pour l'Australie ou les États-Unis).

## Annexe 12 : Dix recommandations du rapport Appel à l'action de CorHealth Ontario de juin 2018

Source : CorHealth Ontario

Exemple	Mesures requises
<b>Recommandation 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth Ontario (CorHealth) achève ses travaux de définition des options pour une structure régionale intégrée qui couvre l'ensemble du continuum de soins cardiaques, vasculaires et pour accidents vasculaires cérébraux (CV/A) et les communique au ministère de la Santé (le Ministère).</li> <li>b. Le Ministère examine les options, approuve une option privilégiée et collabore avec CorHealth et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) à sa mise en œuvre.</li> </ul>
<b>Recommandation 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth collabore avec les fournisseurs de services de réadaptation, les patients et les fournisseurs de soins pour déterminer les indicateurs de qualité de la réadaptation en milieu communautaire et en consultation externe.</li> <li>b. Le Ministère demande aux RLISS d'adopter des indicateurs ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement et de responsabilisation en matière de réadaptation (cibles, responsabilités, surveillance, correction du rendement).</li> </ul>
<b>Recommandation 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth collabore avec les partenaires et les fournisseurs de services de réadaptation pour évaluer l'incidence des pratiques exemplaires sur l'amélioration de l'accès, des soins aux patients, des résultats et de l'utilisation efficace des ressources.</li> </ul>
<b>Recommandation 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth collabore avec des organismes et des réseaux de réadaptation pour favoriser des communautés de pratique comprenant des patients et des fournisseurs de soins.</li> <li>b. Le Ministère met sur pied un conseil consultatif provincial sur la réadaptation dans tous les principaux domaines cliniques afin d'élaborer des systèmes, des services et des mécanismes de financement efficaces pour tous les Ontariens.</li> </ul>
<b>Recommandation 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth révisé et met à jour régulièrement les pratiques exemplaires et les lignes directrices en matière de réadaptation.</li> <li>b. CorHealth collabore avec d'autres organisations et tire parti de celles-ci pour adopter, adapter et élaborer des normes et des lignes directrices de réadaptation exemplaires afin de combler les lacunes.</li> <li>c. CorHealth s'associe à Qualité des services de santé Ontario pour élaborer des normes et des lignes directrices harmonisées de pratiques exemplaires pour la qualité des services de réadaptation.</li> </ul>
<b>Recommandation 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Le Ministère évalue les normes et des lignes directrices de pratiques exemplaires pour la qualité des services de réadaptation en Ontario, y compris leur élaboration et leur mise en œuvre (analyse des lacunes et mesures pour les combler).</li> </ul>
<b>Recommandation 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth collabore avec le Ministère et les RLISS pour s'aligner au système d'aiguillage électronique de l'Ontario et définit les principes, les pratiques exemplaires, les exigences et les facilitateurs en ce qui concerne l'aiguillage vers des services de réadaptation régionaux pour les patients cardiovasculaire/accident vasculaire cérébral.</li> <li>b. Le Ministère et les RLISS élaborent et mettent en œuvre un système d'aiguillage électronique à l'échelle de l'Ontario pour tous les services de réadaptation.</li> </ul>
<b>Recommandation 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. CorHealth et les organismes/fournisseurs de services communautaires à tous les niveaux et les patients/fournisseurs définissent les principes et les éléments des services communautaires intégrés de réadaptation pour les patients cardiovasculaire/accident vasculaire cérébral et conseillent le Ministère.</li> <li>b. Le Ministère tire parti des travaux de CorHealth pour établir des programmes de services communautaires intégrés de réadaptation.</li> <li>c. Le Ministère demande aux RLISS d'examiner les investissements dans les services communautaires intégrés de réadaptation en vue d'accroître le soutien à ces programmes.</li> </ul>

Exemple	Mesures requises
<b>Recommandation 9</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. CorHealth collabore avec la Rehabilitative Care Alliance pour élaborer ou confirmer des définitions normalisées des services de réadaptation pour les patients cardiovasculaire/accident vasculaire cérébral.</li><li>b. Le Ministère demande aux RLISS de tenir à jour les répertoires actuels des services de réadaptation pour les patients cardiovasculaire/accident vasculaire cérébral en utilisant les définitions normalisées.</li><li>c. CorHealth et le Ministère effectuent une évaluation provinciale des services de réadaptation pour les patients cardiovasculaire/accident vasculaire cérébral dans les RLISS tous les deux ans, cernent les lacunes, les iniquités et les dédoublements et enjoignent aux RLISS de régler les problèmes relevés.</li></ul>
<b>Recommandation 10</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. CorHealth et le Ministère continuent d'élaborer des modèles de financement axés sur les patients qui comprennent les services de réadaptation.</li></ul>

## Annexe 13 : Dernière mise à jour des taux de financement pour diverses interventions cardiaques

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Procédure	Description	Date de la dernière mise à jour
<b>Fermeture de l'appendice auriculaire gauche</b>	Intervention minimalement invasive pour les patients ayant un rythme cardiaque irrégulier qui consiste à fermer une partie du cœur où le sang peut se coaguler, ce qui pourrait mener à un accident vasculaire cérébral.	2019-2020*
<b>Clipping de la valve mitrale</b>	Procédure minimalement invasive où l'on utilise un dispositif pour rétrécir l'ouverture de la valve mitrale afin d'empêcher le sang de refouler vers l'oreillette gauche et d'endommager le cœur avec le temps.	2016-2017*
<b>Implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC)</b>	Procédure minimalement invasive qui élargit une valvule fonctionnelle dans une valve aortique existante trop étroite pour fonctionner correctement. Cette nouvelle valve s'ouvre et se ferme normalement, rétablit le débit sanguin régulier et prévient les tensions cardiaques.	2012-2013*
<b>Ablations avec cartographie avancée</b>	Ablations comprenant une imagerie tridimensionnelle avancée pour mieux naviguer vers les parties problématiques du cœur.	2007-2008*
<b>Ablations</b>	Procédure minimalement invasive où l'on brûle ou gèle des parties du cœur qui envoient des impulsions électriques irrégulières pouvant causer des battements cardiaques irréguliers.	2006-2007
<b>Pontage aortocoronarien</b>	Intervention peu invasive ou chirurgicale (invasive) visant à réacheminer le débit sanguin autour d'une artère obstruée ou étroite.	2006-2007
<b>Défibrillateurs cardioverters implantables (DCI)</b>	Implantation chirurgicale d'un dispositif à pile qui surveille le rythme cardiaque et émet une décharge électrique pour rétablir des battements cardiaques normaux si le cœur bat trop rapidement ou de façon erratique.	2006-2007
<b>Autre chirurgie cardiaque</b>	Chirurgies cardiaques autres que celles financées séparément, comme les chirurgies visant à retirer des anévrismes (artères hypertrophiées en raison de faiblesses dans la paroi de l'artère), des caillots sanguins ou des tumeurs du cœur.	2006-2007
<b>Intervention coronarienne percutanée (ICP)</b>	Procédure minimalement invasive qui consiste à briser l'accumulation de plaque dans des vaisseaux sanguins rétrécis ou obstrués, tout en insérant une endoprothèse coronarienne sur le site pour éviter un rétrécissement ultérieur.	2006-2007
<b>Remplacement de la valvule</b>	Intervention invasive (chirurgicale) où une valve aortique malade est enlevée et remplacée par une nouvelle valvule fonctionnelle.	2006-2007
<b>Remplacement valvulaire et pontage aortocoronarien</b>	Lorsqu'un remplacement valvulaire et un pontage aortocoronarien (décrits ci-dessus) doivent être effectués simultanément.	2006-2007
<b>Étude électrophysiologique</b>	Intervention minimalement invasive qui consiste à insérer des fils jusqu'au cœur pour mesurer les signaux électriques et déterminer quelles zones du cœur sont responsables de rythmes anormaux.	2000
<b>Stimulateur cardiaque permanent</b>	Implantation chirurgicale d'un dispositif à pile qui génère des impulsions électriques pour remplacer ou réguler la fonction cardiaque.	2000
<b>Cathétérisme diagnostique</b>	Intervention minimalement invasive qui consiste à introduire de minces tubes dans les veines ou les artères, qui sont ensuite dirigés vers le cœur ou des vaisseaux sanguins. Cette intervention est utilisée pour prélever des échantillons de sang, mesurer la tension artérielle et injecter du colorant pour permettre l'imagerie aux rayons X afin de détecter des cardiopathies.	1997

\* L'année indiquée pour ces interventions est l'année où le Ministère a commencé à les financer.



## Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530  
Toronto (Ontario)  
M5G 2C2  
[www.auditor.on.ca](http://www.auditor.on.ca)

ISSN 1911-7078 (En ligne)  
ISBN 978-1-4868-5667-1  
(PDF, 2021 ed.)

Photos en couverture :  
© iStockphoto.com/Wand\_Prapan