

Chapitre 1

Section 1.03

Ministère de la Santé, Santé Ontario – CorHealth Ontario

Suivi de l'audit de l'optimisation des ressources de 2021 : Traitement des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux

APERÇU DE L'ÉTAT DES MESURES RECOMMANDÉES

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en œuvre	En voie de mise en œuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en œuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	5	1		4		
Recommandation 2	2	1			1	
Recommandation 3	2			2		
Recommandation 4	4			3	1	
Recommandation 5	2			2		
Recommandation 6	1			1		
Recommandation 7	2	1		1		
Recommandation 8	4	1		2	1	
Recommandation 9	2	2				
Recommandation 10	3			3		
Recommandation 11	2	2				
Recommandation 12	4			2	2	
Recommandation 13	2			2		
Recommandation 14	2	1		1		
Recommandation 15	2				2	
Total	39	9	0	23	7	0
%	100	23	0	59	18	0

Conclusion globale

Au 3 novembre 2023, le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario-CorHealth Ontario (SO-CorHealth) avait pleinement mis en œuvre 23 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2021*. Le Ministère et

SO-CorHealth n'ont réalisé de progrès dans la mise en œuvre d'aucune autre de nos recommandations. CorHealth Ontario était un organisme provincial autonome lors de notre audit initial, mais il a été fusionné à Santé Ontario en décembre 2021.

Le Ministère et SO-CorHealth ont pleinement mis en œuvre des recommandations comme la mise à jour du modèle de financement des interventions

cardiaques, le rajustement du nombre d'interventions d'implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC) financées pour traiter tous les patients admissibles, la majoration des indemnités offertes pour encourager un plus grand nombre de neurologues spécialistes des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à participer au programme TéléAVC de l'Ontario, et l'achèvement de l'acquisition de la technologie d'imagerie par perfusion tomodensitométrie (PT) qui permet à tous les hôpitaux admissibles d'avoir accès à ce logiciel à un prix négocié de façon centralisée.

Toutefois, le Ministère et SO-CorHealth ont fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de 59 % des recommandations, y compris l'établissement de nouveaux objectifs en matière de temps d'attente, l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan en vue d'élargir leur initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque, et l'établissement et l'exécution d'un plan pour mettre en oeuvre les recommandations formulées dans le rapport de CorHealth Ontario intitulé « Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action ».

Le Ministère et SO-CorHealth nous ont informés qu'en raison de la pandémie de COVID-19 et des contraintes liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé, ils devaient revoir l'ordre de priorité des activités pour traiter des problèmes immédiats, ce qui est également vrai pour les activités des hôpitaux. Cela a limité leur capacité de réaliser des progrès dans la mise en oeuvre de nos recommandations. Le Ministère ne mettra pas en oeuvre 18 % de nos recommandations, comme l'élargissement du rôle de CorHealth Ontario pour y inclure la prévention, les soins non hospitaliers et la capacité de fournir un financement axé sur le rendement aux hôpitaux. Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue d'appuyer la mise en oeuvre de ces recommandations importantes.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

En 2021, le ministère de la Santé (le Ministère) a versé environ 1,1 milliard de dollars aux hôpitaux afin qu'ils puissent opérer les patients qui présentent une cardiopathie ou un accident vasculaire cérébral et leur prodiguer des soins en milieu hospitalier. Ces traitements étaient prodigués principalement dans 20 centres de soins cardiaques désignés et 28 centres de traitement des victimes d'AVC désignés, c'est-à-dire des hôpitaux dotés de l'équipement spécialisé et de l'expertise nécessaires pour fournir des services de traitement dans ce domaine.

Dans l'ensemble, notre audit avait révélé que le traitement d'urgence des cardiopathies et des AVC était généralement conforme aux normes et aux lignes directrices considérées comme des pratiques exemplaires, y compris celles adoptées par CorHealth Ontario (CorHealth) à partir de la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, un organisme de bienfaisance canadien participant aux programmes de recherche, de défense des intérêts et de promotion de la santé liés aux cardiopathies et aux AVC. Nous avons également constaté que le taux global de mortalité à la suite de crises cardiaques et d'AVC en Ontario était semblable ou inférieur à celui des autres provinces canadiennes.

Néanmoins, les cibles de la province en matière de délais de traitement pour les interventions urgentes en cas de cardiopathie ou d'AVC n'étaient pas respectées. Nous avons déterminé qu'il était possible d'offrir un traitement meilleur ou plus rentable. Par exemple, nous avons constaté que même si de nombreux patients étaient assez bien pour ne plus avoir besoin de soins en milieu hospitalier, ils devaient demeurer dans des lits d'hôpital 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. Nous avons estimé qu'en 2019-2020 seulement, si ces patients avaient été transférés sans délai vers des milieux de soins plus appropriés, la province aurait économisé plus de 150 millions de dollars.

Nous avons notamment observé ce qui suit :

- Le financement réservé aux hôpitaux était désuet et ne couvrait pas les coûts réels ou la demande d'interventions cardiaques des patients, ce qui a entraîné des retards dans l'exécution de certaines interventions. Par exemple, CorHealth estimait qu'en 2018-2019, les hôpitaux étaient sous-financés d'environ 28 millions de dollars par rapport aux coûts réels qu'ils assument pour effectuer des interventions cardiaques. Même si les hôpitaux pouvaient combler les manques de financement en puisant dans leur budget global, ce budget devait couvrir toutes leurs activités. En raison du déficit de financement, les hôpitaux ont reporté à l'année suivante certaines interventions cardiaques, alors que des fonds réservés additionnels devaient être fournis. Par exemple, un hôpital nous a informés qu'en 2019-2020, il a reçu 325 patients cardiaques qui avaient besoin d'une implantation valvulaire aortique par cathéter (IVAC), mais qu'étant donné qu'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.
- Les hôpitaux ne fournissaient généralement pas de traitement d'urgence en temps opportun en cas de crise cardiaque. CorHealth avait 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. 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, ou dans les 120 minutes suivant leur arrivée à un hôpital n'effectuant pas d'ICPP (le patient devant alors être transféré). 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 cardiaques avaient subi une ICPP dans les délais cibles.
- Les listes d'attente pour des interventions cardiaques avaient 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 alors qu'ils étaient 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 avoir des répercussions sur la prestation des soins de santé à la fin de 2019-2020 et qui en a eu 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).
- Souvent, les hôpitaux n'offraient pas de traitements d'urgence en temps opportun pour les victimes d'un AVC. L'adage « chaque minute compte! » est une règle fondamentale du traitement des AVC : plus le traitement est retardé, plus l'on peut s'attendre à des lésions cérébrales permanentes. CorHealth avait 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.
 - L'une des cibles concernait l'administration d'un médicament appelé l'activateur du plasminogène (tPA), un médicament de dissolution du caillot servant à rétablir le flux sanguin. Selon la cible de CorHealth, les patients devaient être traités avec du tPA dans un délai médian de 30 minutes après leur arrivée à l'hôpital. Notre audit avait révélé que cette cible n'avait jamais

été atteinte à l'échelle de la province, bien qu'il y ait eu une certaine amélioration entre 2015-2016 et 2019-2020, le temps médian nécessaire pour que les patients reçoivent le tPA étant passé de 50 à 45 minutes.

- L'autre cible était liée à l'exécution d'une intervention appelée thrombectomie endovasculaire (TE), qui consiste à retirer un caillot sanguin d'un gros vaisseau du cerveau à l'aide d'un cathéter. Cette intervention devait être entreprise dans un délai médian de 60 minutes suivant l'arrivée du patient à l'hôpital. Cette cible n'avait 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.
- Les hôpitaux n'étaient pas en mesure de transférer de nombreux patients cardiaques et victimes d'AVC vers un milieu de soins plus approprié, ce qui limitait la disponibilité des lits d'hôpital. Il arrivait que des patients demeurent dans un lit d'hôpital même s'ils n'avaient plus besoin de soins actifs parce qu'aucun lit n'était disponible dans des établissements de soins plus appropriés, comme ceux offrant des services de réadaptation pour patients hospitalisés ou des 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 ANS 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 ANS ont passé plus de 62 000 jours dans des lits d'hôpitaux de soins actifs. Nous avons estimé 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 ANS 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.
- Le personnel hospitalier nous avait parlé favorablement du travail effectué par CorHealth, mais la capacité de l'organisme à améliorer les soins cardiaques et les soins aux victimes d'AVC en Ontario était limitée. Contrairement à des organismes comparables comme Action Cancer Ontario, CorHealth ne disposait pas du pouvoir de surveillance requis pour obliger les hôpitaux à se conformer aux normes qu'il avait établies. CorHealth ne pouvait 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 outre, CorHealth se consacrait principalement aux soins aux adultes atteints de cardiopathies et victimes d'AVC en milieu hospitalier, ce qui signifiait que son travail ne s'étendait pas à la prévention primaire, à la pédiatrie ou aux soins communautaires (comme la réadaptation). Cette situation limitait 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.
- Les prix d'achat des équipements et fournitures pour les soins cardiaques ne faisaient pas l'objet d'un suivi ou d'un examen centralisé pour déterminer si des économies pouvaient être réalisées par l'achat collectif à l'échelle de la province. Nous avons constaté que la différence

de prix que payaient les hôpitaux ontariens pour les mêmes types d'appareils pouvait varier de 367 %. Par exemple, un hôpital avait pu acheter un cathéter d'ablation simple à un prix moyen d'environ 300 \$, tandis qu'un autre hôpital avait payé un prix moyen d'environ 1 400 \$ pour chaque cathéter d'ablation simple.

Nous avons formulé 15 recommandations préconisant 39 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit. Le Ministère et Santé Ontario-CorHealth Ontario s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre mars et juillet 2023. Nous avons obtenu du ministère de la Santé et de Santé Ontario-CorHealth Ontario (SO-CorHealth) une déclaration écrite selon laquelle, au 3 novembre 2023, ils avaient fourni à notre Bureau une mise à jour complète sur l'état des mesures que nous avions recommandées dans notre audit initial il y a deux ans.

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

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 enjoindre à CorHealth Ontario (CorHealth) :

- *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;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les temps d'attente pour les interventions cardiaques urgentes et d'urgence étaient suivis et déclarés ensemble par rapport à la même cible de temps d'attente, ce qui exagère la rapidité avec laquelle l'Ontario fournit des soins relatifs aux interventions urgentes prévues.

Lors de notre suivi, nous avons observé que SO-CorHealth n'avait pas établi de nouvelles cibles de temps d'attente pour les interventions cardiaques et qu'il ne faisait pas de suivi ni de déclaration distincts des temps d'attente pour les interventions cardiaques urgentes et les interventions cardiaques d'urgence. SO-CorHealth nous a informés qu'en raison des contraintes liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé, les travaux visant à améliorer le suivi et la déclaration des temps d'attente commenceront au cours des prochaines années, et qu'aucun calendrier définitif n'était en place au moment de notre suivi.

- *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;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les interventions cardiaques n'étaient pas toutes assorties de cibles relatives aux délais de traitement à comparer aux temps d'attente réels.

Lors de notre suivi, nous avons observé que même si le ministère de la Santé (le Ministère) et SO-CorHealth ont toujours l'intention de donner suite à ces recommandations, ils n'avaient réalisé aucun progrès à ce jour et n'avaient pas établi d'échéancier définitif concernant le moment auquel débiteront les travaux.

- *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;*

État : **Peu ou pas de progrès.**

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les cibles relatives aux délais de traitement pour les interventions cardiaques n'étaient pas toujours respectées, alors que les temps d'attente, les listes d'attente et le nombre de décès de patients en attente d'une intervention cardiaque avaient augmenté.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère avait reçu des hôpitaux des mises à jour décrivant le nombre de patients et les listes d'attente au deuxième et au troisième trimestre de 2022-2023, et que SO-CorHealth évaluait régulièrement le rendement des hôpitaux par rapport aux délais cibles existants de traitement cardiaque dans les rapports annuels sur les résultats. Toutefois, aucune preuve n'a été fournie pour démontrer que ces renseignements avaient servi à orienter les interventions visant à améliorer le respect généralisé des délais de traitement cibles, et aucun échéancier n'a été établi pour ce qui est d'utiliser les renseignements à cette fin.

- *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.*

État : **Pleinement mise en oeuvre.**

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les temps d'attente, les listes d'attente et le nombre de décès de patients en attente d'une intervention cardiaque avaient augmenté.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère avait organisé des réunions avec les hôpitaux qui effectuent des interventions cardiaques au deuxième et au troisième trimestre de 2022-2023

afin de mieux comprendre les pratiques de gestion des listes d'attente et les causes des longs temps d'attente. En septembre 2022, le Ministère et SO-CorHealth ont publié un rapport en réponse aux temps d'attente croissants pour les interventions d'ablation de fibrillation atriale. Le rapport résume les stratégies de gestion des listes d'attente que les hôpitaux peuvent utiliser et recommande le renforcement des capacités pour répondre à la demande croissante concernant des ablations complexes.

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

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;*

État : **Pleinement mise en oeuvre.**

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que des interventions d'IVAC n'étaient pas effectuées auprès de toutes les personnes qui pourraient vraisemblablement en bénéficier en Ontario, et que certains patients admissibles à ces interventions pouvaient devoir subir une intervention plus invasive pour recevoir leur traitement en temps voulu.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère avait augmenté le nombre d'interventions d'IVAC financées en 2022-2023 pour tenir compte de l'évolution des critères d'admissibilité et de la croissance prévue de la demande. Le Ministère a fondé cette augmentation sur une analyse effectuée par CorHealth pour estimer le nombre d'interventions d'IVAC requises en vue de couvrir tous les patients

admissibles en 2021-2022, le nombre d'interventions financées en 2022-2023 dépassant l'estimation de 2021-2022.

- 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.

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que certains patients admissibles aux interventions d'IVAC pouvaient devoir subir une intervention plus invasive pour recevoir leur traitement en temps voulu. Les chirurgies nécessitent des séjours plus longs à l'hôpital et sont généralement plus onéreuses qu'une intervention moins invasive.

Dans le cadre de notre suivi, nous avons appris que le Ministère ne prévoyait pas demander à SO-CorHealth d'élaborer des normes supplémentaires relatives aux interventions d'IVAC. SO-CorHealth continue de surveiller la conformité des hôpitaux qui effectuent des interventions d'IVAC par rapport aux critères d'admissibilité des patients et aux lignes directrices sur les exigences en matière de qualité des établissements. Dans le cadre de ce processus, SO-CorHealth surveille la durée du séjour à l'hôpital des patients qui subissent des interventions d'IVAC et assurera un suivi auprès des hôpitaux dans lesquels les patients séjournent plus longtemps par rapport aux autres hôpitaux. SO-CorHealth prévoit effectuer la prochaine analyse de ce genre (durée du séjour à la suite d'une intervention d'IVAC par hôpital) d'ici juillet 2024.

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;

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque, qui faisait la promotion d'un système intégré de soins pour insuffisance cardiaque avec la participation des centres de soins cardiaques et des fournisseurs communautaires locaux, avait entraîné une réduction des taux de réadmission et une augmentation du nombre de patients ayant reçu des soins fondés sur des pratiques exemplaires des fournisseurs qui l'avaient mis en oeuvre.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas demandé à SO-CorHealth de recueillir des données pour évaluer l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque (l'Initiative). L'Initiative elle-même est un projet pluriannuel qui n'est pas encore terminé, de sorte que la collecte de données pour déterminer ce qui a contribué à son succès se poursuit. Le Ministère nous a informés qu'une évaluation officielle de l'Initiative était en cours, mais il n'a pas fourni de date d'achèvement estimative.

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

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que l'initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque (l'Initiative), qui faisait la promotion d'un système intégré de soins pour insuffisance cardiaque avec la participation des centres de soins cardiaques et des fournisseurs communautaires locaux, n'avait pas été adoptée à grande échelle dans la province.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'en avril 2023, SO-CorHealth avait étendu un élément de l'Initiative à tous les centres de soins cardiaques (l'exigence selon laquelle ces centres doivent disposer

d'une clinique multidisciplinaire externe de fonction cardiaque sur place ou avoir officiellement accès à une telle clinique). Toutefois, au moment de notre suivi, ni le Ministère ni SO-CorHealth n'avaient de plan concernant la façon dont les autres éléments de l'Initiative seraient étendus à toutes les régions appropriées.

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 oeuvre des normes de surveillance à distance et de collaborer avec les hôpitaux pour mettre en oeuvre ces normes à l'échelle provinciale;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de surveillance à distance, un type de prestation de soins de santé qui peut permettre de détecter plus tôt les changements dans l'état de santé d'un patient, de prévenir les événements indésirables et de réaliser des économies financières importantes comparativement à l'hospitalisation, dans plusieurs centres de soins cardiaques.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'aucun travail n'avait été entrepris pour mettre en oeuvre les normes de surveillance à distance à l'échelle provinciale et que le Ministère n'avait pas demandé à SO-CorHealth d'élaborer et de mettre en oeuvre ces normes. Le Ministère nous a informés qu'il avait l'intention de donner suite à cette recommandation, mais qu'aucun échéancier définitif n'avait encore été établi au moment de notre suivi.

- *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;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que la plupart des hôpitaux n'utilisaient pas la surveillance à distance, car celle-ci n'était pas nécessaire en vue de recevoir un financement relatif aux procédures fondées sur la qualité pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive.

Lors de notre suivi, nous avons constaté qu'aucun progrès n'avait été réalisé à l'égard de cette recommandation. Le Ministère nous a informés que sa collaboration avec SO-CorHealth dans le cadre de son initiative Soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque, qui doit se poursuivre jusqu'au 31 mars 2024, devrait aider à éclairer les décisions futures concernant la politique de financement des soins en matière d'insuffisance cardiaque. Cela inclurait la prise en compte de la question du financement des soins 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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue de croire que l'expansion des cliniques d'évaluation rapide dans les hôpitaux de l'Ontario permettrait à un plus grand nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque d'accéder au niveau de soins approprié.

Détails

Lors de notre audit de 2021, nous avons constaté que les centres de soins cardiaques ne disposaient pas tous de cliniques d'évaluation rapide. En vue de faciliter l'accès au niveau de soins approprié, ces cliniques aident à trier les patients qui se présentent aux urgences et qui manifestent des signes d'un problème cardiaque potentiel.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère ne prévoyait pas mettre en oeuvre cette recommandation. Il a mentionné que les préoccupations liées au fait que les patients atteints d'insuffisance cardiaque aient accès au niveau de soins approprié sont prises en compte dans le cadre

d'une initiative plus vaste et intégrée en matière d'insuffisance cardiaque. Bien que cette initiative comprenne l'adoption d'un modèle de soins intégrés dans le cadre duquel un coordonnateur dans les hôpitaux aide les patients à cheminer dans le système de santé, cela ne signifie pas nécessairement qu'un patient qui se présente à une salle d'urgence et qui manifeste des symptômes d'insuffisance cardiaque sera trié de façon appropriée pour commencer à interagir avec ce coordonnateur.

- *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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que certains centres de soins cardiaques utilisaient des modèles de soins complets intégrés, dont les avantages comprenaient une amélioration de la satisfaction des patients, une réduction du nombre de visites aux urgences et de réadmissions à l'hôpital, et une diminution de la durée du séjour des patients.

Lors de notre suivi, nous avons observé que, même s'il avait toujours l'intention de le faire, le Ministère n'avait pas effectué de travaux pour cerner les groupes de patients qui profitaient le plus du modèle de soins complets intégrés afin de déterminer qui devrait être les utilisateurs visés d'un tel modèle si le programme était élargi. En outre, le Ministère n'avait pas établi d'échéancier concernant le début et l'achèvement de ces travaux.

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

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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que l'angiogramme tomodensitométrique, une solution de rechange relativement fiable, non invasive et rentable à d'autres tests, n'était pas largement utilisé en Ontario.

Lors de notre suivi, nous avons constaté qu'en 2023, SO-CorHealth avait mis sur pied un groupe de travail sur l'imagerie cardiaque (dont la première réunion a eu lieu le 11 juillet 2023) pour conseiller le Ministère sur les obstacles à l'adoption clinique de l'angiogramme tomodensitométrique et améliorer l'accès au test. Bien que ce groupe puisse collaborer avec les intervenants afin de déterminer si l'angiogramme tomodensitométrique devrait être recommandé comme principal test diagnostique pour certains patients cardiaques, SO-CorHealth, se fondant sur les avis de ses propres conseillers cliniques, ne prévoyait pas en faire un domaine d'examen obligatoire pour le groupe.

SO-CorHealth effectuait une analyse pour comprendre l'incidence de l'adoption de l'angiogramme tomodensitométrique sur le système dans l'ensemble du secteur de l'imagerie diagnostique afin d'éclairer les prochaines étapes.

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

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 oeuvre 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 ne terminent 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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté qu'étant donné que le Ministère n'avait pas effectué de suivi centralisé des données sur la réadaptation cardiaque en consultation externe, il était difficile de déterminer si tous les patients qui pourraient bénéficier d'une réadaptation cardiaque recevaient bel et bien ce service et pourquoi des patients choisissaient de ne pas participer au programme qui leur a été prescrit ou de l'abandonner.

Lors de notre suivi, nous avons observé que la stratégie de données de SO-CorHealth, qui a été lancée en novembre 2020, avait été mise en veilleuse pendant la pandémie et avait repris à titre de projet pilote à l'été 2021-2022, s'était poursuivie jusqu'à

maintenant. En ce qui concerne les données les plus récentes disponibles au troisième trimestre de 2022-2023, 49 programmes de réadaptation fournissaient des renseignements sur les personnes aiguillées vers des services de réadaptation cardiaque et qui avaient subi un incident cardiaque dans les 12 mois précédant l'aiguillage. Les renseignements recueillis à ce moment montraient que les patients ayant fait l'objet d'une intervention coronarienne percutanée primaire étaient moins susceptibles d'être aiguillés vers des services de réadaptation cardiaque que les patients ayant subi une chirurgie cardiaque. SO-CorHealth prévoit effectuer une évaluation qualitative des raisons pour lesquelles des patients atteints de cardiopathies qui ont été aiguillés vers des services de réadaptation cardiaque n'ont pas terminé leur programme. Toutefois, au moment de notre suivi, SO-CorHealth n'avait pas établi d'échéancier concernant le début et l'achèvement de cette évaluation. Une fois ces raisons déterminées, le Ministère devra quand même s'attaquer aux raisons sous-jacentes pour lesquelles des patients cardiaques ne terminent pas leur programme.

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

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);*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les traitements destinés aux victimes d'AVC n'étaient généralement pas prodigués en temps opportun, ce

qui faisait en sorte d'accroître le risque de lésions cérébrales permanentes.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que dans un rapport daté d'octobre 2021 (préparé après la fin des travaux sur le terrain relatifs à notre audit de 2021) et dans des rapports subséquents parus en septembre 2022 et en janvier 2023, SO-CorHealth a consigné les facteurs de rendement élevé relevés lors de discussions avec les hôpitaux capables d'effectuer une thrombectomie endovasculaire (TE) et le Ministère. Ces rapports faisaient état de pratiques exemplaires pour l'exécution rapide d'une TE, comme aviser l'équipe d'intervention lorsqu'un patient victime d'un AVC est en route afin qu'une salle et l'équipe puissent être prêtes à son arrivée, et exiger que tous les patients faisant l'objet d'une TE soient sous sédation, ce qui élimine la nécessité d'attendre qu'un anesthésiste détermine si une sédation est nécessaire avant l'intervention. De plus, en décembre 2021, SO-CorHealth a organisé un webinaire virtuel à l'intention des hôpitaux pour leur faire part des pratiques exemplaires liées à la réduction du délai entre l'arrivée et l'injection pour l'administration de l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA). Au cours du webinaire, les hôpitaux ont cerné des mesures à prendre pour faciliter un processus efficace concernant le tPA, comme décrire clairement les rôles et les responsabilités du personnel soignant et obtenir l'engagement du personnel infirmier des urgences et de l'unité de soins intensifs de rester avec le patient de son arrivée jusqu'à l'administration du tPA.

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

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que certains hôpitaux avaient élaboré leurs propres pratiques exemplaires pour réduire le délai que les patients doivent attendre avant de recevoir un

traitement, mais que ces pratiques n'étaient pas adoptées de façon généralisée.

Lors de notre suivi, nous avons observé que SO-CorHealth avait contribué à diffuser auprès des hôpitaux les pratiques exemplaires relatives à la prestation rapide de soins aux victimes d'AVC, mais que le Ministère n'exigeait pas que d'autres hôpitaux mettent en oeuvre ces pratiques dans la mesure du possible pour réduire les délais de traitement des AVC. Le Ministère nous a informés qu'en raison des problèmes de dotation dans les urgences, il avait suspendu ce travail jusqu'à ce que les ressources humaines soient suffisamment stables pour instaurer et maintenir des pratiques exemplaires. Par conséquent, le Ministère n'avait pas établi d'échéancier concernant la mise en oeuvre de cette recommandation au moment de notre suivi.

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

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 oeuvre un plan pour atteindre les taux cibles;

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les pourcentages de patients victimes d'un AVC qui recevaient un tPA et une TE étaient inférieurs à la cible provinciale et aux Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, respectivement.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'il n'y avait pas de plan en place pour respecter les taux cibles parce que le Ministère et SO-CorHealth n'avaient pas fixé de délai cible pour l'adoption de la TE à l'échelle provinciale dans les hôpitaux qui offrent cette intervention; toutefois, ils s'efforçaient d'en améliorer l'accès. Par exemple, en mars 2022, SO-CorHealth a élaboré des cartes de transport et des estimations de l'incidence sur les volumes afin de déterminer les régions qui pourraient bénéficier d'un modèle selon lequel les patients sont transportés directement à un hôpital où la TE est offerte plutôt que de fournir d'abord le tPA à l'hôpital le plus proche avant leur transfert à un hôpital capable d'effectuer une TE. SO-CorHealth a expressément indiqué que le Nord-Ouest de l'Ontario était une région dans laquelle il était difficile d'atteindre les cibles susmentionnées, soulignant des facteurs comme l'incapacité de recruter des ressources humaines dans le domaine de la santé, le fait que des médecins ne soient pas présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et le manque de services de tomographie par ordinateur dans l'est de la région. À la suite de cet exercice, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay s'emploie à trouver une solution à long terme pour recruter des médecins ayant une expertise dans le domaine des interventions en neurologie. Au moment de notre suivi, aucun plan n'était en place pour accroître le pourcentage d'Ontariens qui reçoivent un tPA après avoir été victimes d'un AVC.

- *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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue d'appuyer le recours à des initiatives et des programmes qui sensibilisent le public au sujet des symptômes d'AVC et des mesures à prendre en cas d'AVC.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le soutien provincial à un programme de sensibilisation aux AVC avait été interrompu malgré l'efficacité de ce programme à aider les Ontariens à reconnaître les symptômes d'un AVC afin qu'ils sachent qu'ils doivent composer le 9-1-1.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère ne prévoyait pas élaborer ou fournir des soutiens concernant les initiatives ou les programmes qui sensibilisent le public aux symptômes d'AVC et aux mesures à prendre en cas d'AVC. Le Ministère en est toujours à examiner les mesures supplémentaires qu'il peut prendre pour promouvoir la santé, prévenir les maladies chroniques et améliorer les résultats en matière de santé des personnes atteintes d'une maladie chronique.

- *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 oeuvre;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le pourcentage de patients victimes d'AVC traités dans une unité spécialisée en soins de l'AVC, qui comprend des lits réservés aux patients d'une équipe interprofessionnelle spécialisée dans le traitement des victimes d'AVC, était inférieur à la cible provinciale de 75 %.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'en septembre 2022, dans le cadre d'une réunion du groupe de travail sur les unités de soins de l'AVC, SO-CorHealth a présenté une évaluation à jour de la situation concernant l'accès à ces unités en Ontario. L'évaluation a permis de cerner des problèmes, comme le fait que des patients qui ont besoin d'un autre niveau de soins et qui attendent d'être transférés à un autre milieu de soins « bloquent les lits » pour les nouveaux patients victimes d'un AVC, des variations dans l'organisation des unités de soins de l'AVC et des

difficultés de recrutement et de maintien en poste du personnel spécialisé en AVC. Diverses possibilités d'amélioration ont été cernées dans le cadre de cette évaluation. Par exemple, SO-CorHealth a recommandé au Ministère d'explorer de nouveaux modèles de financement pour les soins aux victimes d'AVC afin d'encourager le recours à des unités de soins de l'AVC et de veiller à ce que les patients victimes d'AVC reçoivent des soins fondés sur les pratiques exemplaires. De plus, en juin 2023, SO-CorHealth a révisé la définition et les critères provinciaux applicables aux unités de soins de l'AVC afin d'améliorer la responsabilisation. SO-CorHealth a élaboré un plan visant à améliorer l'accès aux unités de soins de l'AVC qui comporte trois phases, dont la première devrait être achevée d'ici la fin de 2023-2024, et qui doit se conclure par l'adoption des pratiques exemplaires par les hôpitaux et le début de plans d'action propres aux hôpitaux. Les phases 2 et 3 du plan consistent à combler les lacunes pour aider les hôpitaux à respecter les pratiques exemplaires et à élaborer un cadre de mesure pour aider les hôpitaux dotés d'unités de soins de l'AVC à améliorer la qualité des soins, respectivement. La planification de la phase 2 n'avait pas encore commencé au moment de notre suivi et sa date de début est incertaine.

- 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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le nombre d'appels au programme TéléAVC de l'Ontario avait augmenté de près de 90 % sur une période de quatre ans, tandis que le nombre de neurologues spécialistes des AVC qui traitaient ces appels était passé de 13 à 15 seulement. Selon une analyse préparée par CorHealth, le niveau relativement faible de

rémunération des neurologues spécialistes des AVC était la principale raison de la faible participation de ces professionnels à TéléAVC.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'en février 2022, le Ministère avait collaboré avec l'Ontario Medical Association afin de faire passer de 850 \$ à 1 500 \$ les indemnités offertes aux neurologues pour une journée de participation au programme TéléAVC de l'Ontario, majoration qu'il a appliquée rétroactivement au 1^{er} avril 2021. Cela a contribué à augmenter le nombre de médecins participants, qui était passé de 15 à 24 en février 2023.

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

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 tomodensitométrique (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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que seulement 16 hôpitaux utilisaient la technologie de PT, un test diagnostique qui peut aider à déterminer si les patients victimes d'un AVC ischémique sont de bons candidats à la TE, ce nombre étant considérablement inférieur à celui de 44 hôpitaux qui, selon SO-CorHealth, devraient avoir ce logiciel.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'en juillet 2022, SO-CorHealth et MMC Plexxus Sourcing Collaborative avaient finalisé un contrat provincial concernant le logiciel de PT pour tous les sites de soins de l'AVC en Ontario. Aux termes de ce contrat, tout hôpital de l'Ontario pourrait obtenir un prix standard pour ce logiciel. En mai 2023, SO-CorHealth a déterminé que 25 hôpitaux utilisaient le logiciel de PT, que 5 autres hôpitaux l'achetaient et qu'un autre hôpital avait été autorisé à en faire l'acquisition. En outre, SO-CorHealth a identifié 18 hôpitaux qui sont des « utilisateurs potentiels » de la technologie de PT. Le Ministère nous a dit qu'il se peut que le coût du logiciel soit encore trop élevé pour les hôpitaux traitant un petit nombre d'AVC, de sorte qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que tous les hôpitaux qui administrent le tPA l'adoptent. Étant donné que les hôpitaux sont responsables de leurs propres décisions d'affaires, l'élargissement de l'adoption de cette technologie est laissé à leur discrétion.

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

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;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les patients victimes d'un AVC recevaient un nombre de minutes de services de réadaptation de beaucoup inférieur au nombre repère prévu par les pratiques exemplaires, qui est de 180 minutes par patient hospitalisé par jour. Les patients qui reçoivent au moins 180 minutes de services de réadaptation par jour obtiennent de meilleurs résultats.

Lors de notre suivi, nous avons observé que, depuis notre audit, SO-CorHealth n'avait pas effectué de travaux pour comprendre les obstacles à l'atteinte de ce nombre repère prévu par les pratiques exemplaires. Le Ministère nous a informés que les contraintes liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé ont toujours été le principal obstacle, qu'il s'agit d'un problème présent dans l'ensemble du système de soins de santé et qu'aucun plan n'avait été élaboré en vue de doter ces postes au niveau requis pour atteindre le nombre repère. Le Ministère prévoit toujours donner suite à ces recommandations, mais il n'avait pas établi d'échéancier au moment de notre suivi.

- *financer des services de physiothérapie pour tous les patients victimes d'un AVC qui en ont besoin, peu importe leur âge.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les survivants d'un AVC âgés de 20 à 64 ans qui n'avaient pas été hospitalisés pour leur AVC n'étaient pas admissibles aux services de physiothérapie financés par l'État.

Lors de notre suivi, nous avons constaté qu'en avril 2022, le Ministère avait annoncé un investissement de 5 millions de dollars dans un programme communautaire de réadaptation après un AVC. La première étape de l'élaboration du programme a consisté à demander à Santé Ontario d'évaluer l'état actuel des services communautaires de réadaptation après un AVC et de cartographier les points d'accès à ces services afin de cerner les possibilités d'améliorer l'accès aux soins après un AVC. Le Ministère examinait

les recommandations de Santé Ontario sur la façon d'élargir cet accès à l'échelle de la province, mais il ne s'était pas engagé à respecter un échéancier de mise en oeuvre de ces recommandations au moment de notre suivi.

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

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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que des lits d'hôpital étaient occupés par des patients cardiaques ou victimes d'AVC qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers et qui attendaient d'être transférés chez eux ou qu'une place se libère dans un autre établissement qui fournit des soins aux patients hospitalisés.

Lors de notre suivi, nous avons observé que Santé Ontario recueillait des données sur le type d'hôpital ou d'établissement et la destination la plus appropriée pour les patients mis en congé qui n'avaient plus besoin d'un traitement dans un lit d'hôpital. À partir de ces informations et d'autres renseignements

recueillis, le Ministère a fourni un financement ponctuel d'environ 72 millions de dollars en 2022-2023 pour appuyer la mise en oeuvre d'initiatives visant à tenir compte des autres niveaux de soins requis et améliorer le roulement des patients. Cela comprenait des activités comme la création de lits dans les hôpitaux et l'élargissement des modèles de soins à domicile et de services communautaires. Les activités et le financement connexe étaient détaillés selon les régions, et des hôpitaux ou d'autres organisations ont été désignés comme étant responsables de l'exécution des travaux.

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

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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue de croire que l'élargissement du rôle de Santé Ontario-CorHealth Ontario afin d'inclure un financement fondé sur le rendement et une surveillance d'autres aspects des soins peut contribuer à améliorer les soins aux patients cardiaques et aux victimes d'AVC en Ontario.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que CorHealth n'avait pas le pouvoir de rajuster le financement des hôpitaux et des fournisseurs de services pour améliorer leur rendement, et que son rôle n'englobait pas la surveillance des activités de prévention et des soins non hospitaliers, comme la réadaptation cardiaque et la réadaptation après un AVC.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère ne prévoyait pas transférer de responsabilités de financement à SO-CorHealth, qui fait maintenant partie de Santé Ontario et n'est plus un organisme autonome, et n'envisageait pas non plus d'élargir le mandat de SO-CorHealth pour y inclure une surveillance accrue.

- *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;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que CorHealth ne supervisait pas les troubles cardiaques et les AVC en pédiatrie et que des normes, une surveillance et des interventions supplémentaires pour les patients en pédiatrie pourraient donner des résultats meilleurs et plus uniformes à l'échelle provinciale.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère n'avait pas encore commencé à centraliser la coordination et la surveillance des soins cardiaques et des AVC pour les patients en pédiatrie. Il a mentionné qu'une surveillance plus large de la pédiatrie était d'abord nécessaire. Le Ministère prévoit toujours

mettre en oeuvre cette recommandation, mais il n'avait pas établi d'échéancier au moment de notre suivi.

- *établir et exécuter un plan de mise en oeuvre des recommandations du rapport d'appel à l'action de CorHealth intitulé « Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action ».*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le Ministère n'avait fait aucun progrès dans la mise en oeuvre des recommandations formulées dans le rapport de CorHealth intitulé « Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action ».

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère n'avait pas de plan en place pour mettre en oeuvre les recommandations comprises dans le rapport « Cardiac, Stroke and Vascular Rehabilitation Call-to-Action ». Bien que le Ministère ait toujours l'intention de donner suite à ces recommandations, il n'avait pas établi d'échéancier de mise en oeuvre au moment de notre suivi.

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

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, ApprovisOntario et les organismes de services partagés existants de l'Ontario, au besoin.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les hôpitaux étaient principalement responsables de l'acquisition de leur propre équipement et des fournitures nécessaires aux interventions dans le domaine des cardiopathies et des AVC, certains hôpitaux participant à des processus d'approvisionnement collectif spéciaux.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère n'avait pas recueilli de renseignements sur les coûts pour déterminer les éléments pouvant faire l'objet d'économies au moyen de processus d'approvisionnement collectif. Le Ministère nous a informés qu'il examinerait la possibilité de recourir à un approvisionnement axé sur la valeur avec ApprovisOntario, un organisme créé en novembre 2020 pour assurer et soutenir la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Toutefois, aucun travail n'avait été effectué à ce sujet au moment de notre suivi et aucun échéancier n'était en place pour mettre en oeuvre ces recommandations.

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 oeuvre un processus de mise à jour régulière des taux de financement des interventions cardiaques;

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les taux de financement de la plupart des interventions cardiaques étaient désuets, la dernière mise à jour de ceux-ci ayant été effectuée près de 15 ans auparavant.

Lors de notre suivi, nous avons observé qu'en mars 2022, le Ministère avait mis à jour les taux de financement des interventions cardiaques. Au lieu de prévoir un financement distinct pour chaque intervention, la méthode révisée intègre des données sur les coûts par cas afin de payer les hôpitaux pour chaque admission liée à un trouble cardiaque, le financement relatif à chaque admission étant fondé sur l'intervention ayant le coût estimatif le plus élevé qui se produit pendant cette admission. Cette méthode peut être mise à jour régulièrement afin d'intégrer des données actualisées sur l'établissement des coûts par cas pour les 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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le financement des soins aux victimes d'AVC ne couvrait pas de nombreux patients ayant subi un AVC, quelque 7 000 hospitalisations liées à un AVC étant exclues du financement parce que l'AVC était survenu après l'admission du patient à l'hôpital ou parce que l'AVC figurait comme diagnostic secondaire plutôt que comme diagnostic primaire ayant mené à l'admission.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère et SO-CorHealth n'avaient pas réévalué les critères de financement des interventions fondées sur la qualité pour les patients victimes d'un AVC. Le Ministère nous a informés qu'il prévoit, de concert avec SO-CorHealth, évaluer les critères de financement des victimes d'un AVC afin de déterminer s'il y a lieu de les

élargir à l'avenir, mais aucun échéancier précis pour cette évaluation n'avait encore été fixé au moment de notre suivi.

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

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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que les listes d'attente pour les interventions cardiaques avaient augmenté par suite d'une directive émise à deux reprises par le médecin hygiéniste en chef selon laquelle toutes les interventions chirurgicales non essentielles et non urgentes devaient cesser ou être 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.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère ne mettra pas en oeuvre cette recommandation, car il ne croit pas posséder les capacités de collecte de données nécessaires pour évaluer la prévalence des cardiopathies et des ACV non recensés en raison de la pandémie.

- *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.*

État : Ne sera pas mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2021, nous avons constaté que le Ministère prévoyait 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, dont une partie consisterait en des interventions cardiaques.

Lors de notre suivi, nous avons observé que le Ministère ne surveillait pas l'incidence du plan de reprises des interventions chirurgicales en se fondant sur l'arriéré des interventions cardiaques. Le Ministère utilisait plutôt les temps d'attente moyens, que Santé Ontario (anciennement Qualité des services de santé Ontario) continue de publier, ainsi que le nombre de patients qui ont attendu plus longtemps que les temps d'attente cibles pour une chirurgie, afin de suivre les progrès réalisés dans la reprise des interventions chirurgicales. Bien que ce ne soit pas la même chose que la déclaration du nombre de personnes en attente de soins et que ce ne soit donc pas l'équivalent de la surveillance de l'arriéré des interventions cardiaques, il y a tout de même un recoupement significatif puisque cela montre combien de temps les personnes attendent et quel est le nombre de personnes pour lesquelles le temps d'attente dépasse les cibles provinciales.