



Audit de l'optimisation des ressources 2021 : Traitement des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux

Pourquoi nous avons procédé à cet audit

- En 2019-2020, en Ontario, environ 242 000 personnes se sont rendues à l'urgence et 151 000 ont séjourné à l'hôpital en raison de maladies cardiaques et d'AVC, soit une augmentation d'environ 5 % pour les deux données, comparativement aux données de 2015-2016.
- Le financement ministériel des interventions et des soins cardiaques et vasculaires cérébraux par le ministère est passé d'environ 942 millions de dollars en 2016-2017 à environ 1,1 milliard de dollars en 2020-2021, augmentant d'environ 18 %.
- Notre bureau n'a jamais effectué d'audit du traitement des maladies cardiaques et des AVC en Ontario.

Pourquoi c'est important

- En raison du vieillissement de la population et de mauvaises habitudes de vie, les maladies cardiaques et les AVC se font de plus en plus courants au Canada. Plus précisément :
 - Les maladies cardiaques et les AVC sont respectivement les deuxième et quatrième causes de décès en importance.
 - Les maladies cardiaques et les AVC ont été à l'origine d'environ 66 000 décès en 2019.

Ce que nous avons constaté

Il est fréquent que les hôpitaux n'offrent pas de traitement d'urgence en temps opportun pour les crises cardiaques.

- Les hôpitaux n'offrent pas de traitement d'urgence en temps opportun pour les crises cardiaques.
 - Moins de 60 % des patients ayant subi une crise cardiaque ont reçu un traitement pour rouvrir l'artère et rétablir le débit sanguin dans les délais ciblés. (L'objectif est de 75 % dans les 90 minutes suivant l'arrivée à l'hôpital et dans les 120 minutes si le patient doit être transféré à un autre hôpital.)
- Les listes d'attente pour les procédures cardiaques sont plus longues qu'auparavant.
 - Au cours des cinq années précédant la pandémie de COVID-19, les délais pour les interventions cardiaques ont augmenté d'environ 44 %, et les décès chez les patients en attente, d'environ 42 %.
 - Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le nombre de patients en attente a augmenté de plus de 6 %, et le nombre de patients décédés, de plus de 10 %.

RECOMMANDATIONS 1 ET 15

Améliorations des tests cardiaques non adoptées

- Des pratiques de traitement cardiaque économiques éprouvées n'ont pas été adoptées, même si elles peuvent réduire les séjours à l'hôpital, les hospitalisations et les coûts et améliorer les résultats pour les patients.
 - Ces pratiques comprennent la surveillance à distance, les cliniques d'évaluation rapide et les soins intégrés complets.

RECOMMANDATION 2, 3, 4

Améliorations des tests cardiaques non adoptées

- L'angiographie par tomographie assistée par ordinateur est un test non invasif recommandé pour certains patients souffrant de douleurs thoraciques non urgentes.
- Un seul hôpital en Ontario utilise régulièrement cette méthode, bien que de nombreux hôpitaux possèdent un tomographe et puissent potentiellement y recourir.

RECOMMANDATION 5

Soins de réadaptation cardiaque sous-utilisés

- La réadaptation cardiaque est sous-utilisée, et ce, en dépit de son efficacité à réduire les décès et les coûts des soins de santé. Une étude menée en 2017 par le Réseau universitaire de santé a révélé ce qui suit :
 - la province a économisé environ 3 000 \$ par année par patient avec la réadaptation cardiaque en réduisant le besoin d'autres services de santé, comme les visites aux services d'urgence;
 - environ un patient sur trois seulement a terminé l'essentiel (au moins les deux tiers) de son programme de réadaptation.

RECOMMANDATION 6

Le traitement d'intervention d'urgence en cas d'AVC n'est pas toujours effectué en temps opportun

- Le délai ciblé pour l'administration d'un médicament permettant de rétablir le débit sanguin chez les patients atteints d'AVC est d'environ 30 minutes, mais le délai médian réel se chiffrait, en 2019-2020, à 45 minutes.
- De même, on vise à éliminer les caillots de sang du cerveau dans les 60 minutes suivant l'arrivée d'un patient à l'hôpital, mais le délai médian réel pour les deux premiers trimestres de 2020-2021 a été de 75 minutes.

RECOMMANDATION 7

Méconnaissance des signes d'AVC et des soins hospitaliers en cas d'accident vasculaire cérébral

- En 2020-2021, le financement provincial pour un programme de sensibilisation aux AVC a cessé, malgré la nécessité d'accroître la compréhension du public des signes d'un AVC et des mesures appropriées à prendre, notamment les hôpitaux qui peuvent traiter le mieux un accident vasculaire cérébral.
 - Il y a 20 centres de traitement des AVC en Ontario, et ce n'est pas tous les hôpitaux de l'Ontario qui sont considérés comme des centres de traitement des AVC.
 - En 2019-2020, plus de 11 900 patients victimes d'un AVC (soit environ 30 %) n'ont pas eu recours aux soins d'un hôpital (comme un centre spécialisé) bien équipé pour le traitement des AVC.
 - Seulement 54 % des patients ayant subi un AVC ont été traités dans des unités neurovasculaires, malgré la cible de 75 % établie par CorHealth.

RECOMMANDATION 8

Test de diagnostic de l'AVC non adopté

- Des 44 hôpitaux qui devraient, selon CorHealth, recourir à la tomodensitométrie de perfusion (TDMp) comme test de diagnostic pour déterminer le traitement approprié de l'AVC, seulement 16 le font.

RECOMMANDATION 9

Disponibilité insuffisante du temps de réadaptation des AVC

- La durée médiane de la réadaptation des patients hospitalisés après un AVC était d'environ 69 minutes par jour seulement en 2019-2020, soit environ 60 % de moins que la cible de 180 minutes.
 - Certains fournisseurs n'offrent que 30 minutes ou moins par jour.
- Les personnes de 20 à 64 ans victime d'un AVC qui ont besoin de physiothérapie, mais ne sont pas hospitalisées se voient toujours refuser la physiothérapie financée par les deniers publics dans les cliniques de physiothérapie communautaires.

RECOMMANDATION 10

Incapacité à transférer les patients victimes d'un trouble cardiaque ou d'un AVC

- Les hôpitaux ne sont pas en mesure de transférer les patients victimes d'un AVC ou d'un trouble cardiaque vers des soins comme la réadaptation des patients hospitalisés ou les soins de longue durée, ce qui pourrait être plus approprié.
- La province aurait pu économiser plus de 150 millions de dollars en 2019-2020 si ces patients avaient été transférés vers un établissement de soins approprié.

RECOMMANDATION 11

Manque d'autorité de CorHealth pour améliorer les soins

- CorHealth ne s'est vu accorder qu'une autorité limitée pour améliorer les soins des maladies cardiaques et des AVC. L'organisme ne peut pas :
 - exiger que les hôpitaux respectent les normes ou adoptent les pratiques exemplaires;
 - diriger ni modifier le financement pour encourager l'amélioration du rendement.

RECOMMANDATION 12

Coûts différents pour les mêmes fournitures et équipements cardiaques en raison des méthodes d'approvisionnement

- Le prix que paient les hôpitaux de l'Ontario pour les mêmes types de fournitures et d'équipement cardiaques peut varier de jusqu'à 367 % parce qu'ils se procurent leurs propres fournitures et équipements au lieu d'opérer une coordination à l'échelle provinciale.
- Les taux de financement pour les procédures cardiaques devraient être revus annuellement, mais la dernière évaluation complète de ces taux remonte à 2006-2007.
- Le financement ne reflétant pas les nouvelles réalités, certains hôpitaux retardent des procédures à l'année suivante, lorsque des fonds supplémentaires seront fournis.

RECOMMANDATIONS 13 ET 14

Conclusions

- Le traitement des maladies cardiaques et des AVC est généralement fourni conformément aux normes et aux lignes directrices de pratique exemplaire. Le taux de mortalité globale à la suite d'événements cardiaques et d'AVC en Ontario est semblable ou supérieur à la moyenne des autres provinces canadiennes.
- Toutefois, il est fréquent que les hôpitaux ne fournissent pas de traitement d'urgence en temps opportun pour les crises cardiaques, ce qui risque de causer des lésions cardiaques permanentes aux patients.
- Le ministère, CorHealth et les hôpitaux n'ont pas de systèmes et de procédures pleinement efficaces pour offrir des services cardiaques et services aux victimes d'AVC rapides, équitables et rentables.
 - Les interventions cardiaques pressantes et urgentes ont généralement été réalisées dans les délais de traitement ciblés, mais les cibles en question étaient moins souvent atteintes pour les interventions d'urgence en cas de crise cardiaque, ainsi que pour les interventions semi-urgentes et non urgentes.
 - Les interventions en cas d'AVC tendaient quant à elles à dépasser les délais ciblés; des cibles clés pour les patients victimes d'un AVC traités par des unités neurovasculaires et les soins de réadaptation aux patients hospitalisés par suite d'un AVC n'ont pas été atteintes.
 - La capacité de transférer les patients atteints victimes d'un trouble cardiaque ou d'un AVC vers des milieux appropriés dès que les patients reçoivent leur congé engendrerait des économies significatives pour les hôpitaux.
- La mesure des résultats et de l'efficacité de services et d'initiatives clés en matière de maladies cardiaques et d'AVC par l'intermédiaire de CorHealth Ontario et la présentation, par le ministère, de rapports les concernant pourraient être élargies. Par exemple,
 - le ministère n'a pas demandé aux responsables de la réadaptation cardiaque d'assurer un suivi ni de signaler le nombre d'aiguillages ou le nombre de patients ayant pris part à des programmes.

Consultez le site www.auditor.on.ca pour lire le rapport.