

Services de traitement du cancer

1.0 Résumé

Le cancer est un groupe de plus de 200 maladies différentes caractérisées par la propagation incontrôlée de cellules anormales dans l'organisme. Dans l'ensemble, 63 % des Ontariens qui ont reçu un diagnostic de cancer survivent les cinq premières années après le diagnostic, comparativement à seulement la moitié dans les années 1970.

Le cancer est également la principale cause de décès dans la province. En effet, on estime à plus de 29 000 le nombre d'Ontariens décédés d'un cancer en 2016, ce qui représente 30 % des décès enregistrés dans la province cette année-là. On estime que 86 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario en 2016.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) assume la responsabilité globale du traitement du cancer (ou soins oncologiques) dans la province, tandis qu'Action Cancer Ontario (ACO) est l'organisme provincial qui, sous la direction du Ministère, finance les hôpitaux, recueille les données sur le cancer, élabore des normes cliniques et assure la planification des services devant répondre aux besoins des patients.

En Ontario, environ 100 hôpitaux relevant des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) fournissent des services de

traitement du cancer, et 14 de ces hôpitaux sont désignés comme centres de cancérologie, ce qui veut dire qu'ils peuvent offrir les traitements les plus complexes contre le cancer.

En 2015-2016, ACO et le Ministère ont dépensé un montant combiné d'environ 1,6 milliard de dollars pour traiter le cancer, surtout pour les procédures hospitalières et les médicaments. Le Ministère fournit également des fonds supplémentaires aux hôpitaux par l'entremise du budget global des hôpitaux pour financer certaines chirurgies du cancer, accroître la capacité des services de radiothérapie et couvrir le coût des médicaments anticancéreux administrés dans les hôpitaux.

Les trois principaux traitements du cancer sont la chirurgie pour enlever les tissus cancéreux, la radiothérapie et la pharmacothérapie (comme la chimiothérapie) pour détruire les cellules cancéreuses ou réduire la taille des tumeurs. Le patient peut suivre un ou plusieurs de ces traitements.

Les greffes de cellules souches constituent une autre forme de traitement plus spécialisée où des cellules saines de la moelle osseuse sont transplantées chez le patient pour stimuler la croissance de nouvelles cellules sanguines saines. Les services de soutien aux patients atteints d'un cancer comprennent la gestion des symptômes et les services psychosociaux.

Le cancer peut être diagnostiqué au moyen de procédures telles que la tomодensitométrie, qui utilise les rayons X; l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui utilise les champs magnétiques et les impulsions des ondes radio; la tomographie par émission de positons (TEP), qui utilise des traceurs radioactifs; et les biopsies, où des échantillons de tissu sont prélevés pour analyse.

D'après le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, organisme quasi indépendant qui surveille le rendement du système de traitement du cancer de la province et en rend compte, l'Ontario affiche des taux de mortalité plus faibles pour le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer du sein chez les femmes. D'après Statistique Canada, les taux de survie après cinq ans pour le cancer colorectal et les cancers de la prostate, du sein et du poumon, qui sont les types de cancer les plus courants en Ontario, y sont plus élevés qu'ailleurs au Canada.

Malgré ces succès, nous avons constaté que certains services de lutte contre le cancer ne sont pas offerts en temps opportun ou de façon équitable pour répondre aux besoins des Ontariens. Par exemple :

- **Il y a des variations régionales importantes dans les temps d'attente pour certaines chirurgies urgentes du cancer :** Les chirurgies urgentes pour 15 types de cancer sur 17 n'ont pas atteint la cible de 14 jours d'attente ou moins. Nous avons également relevé d'importantes variations des temps d'attente selon le RLSS. Par exemple, les temps d'attente pour une chirurgie urgente d'un cancer gynécologique allaient de 12 jours au RLSS du Sud-Est à 74 jours à celui du Centre-Ouest, comparativement à la cible de 14 jours du Ministère. En outre, nous avons constaté que les temps d'attente pouvaient varier considérablement entre des hôpitaux proches. Par exemple, la différence dans les temps d'attente au 90^e percentile (une fois éliminés du compte les 10 % des patients dont les temps d'attente sont les plus longs) entre

deux hôpitaux à seulement 15 kilomètres l'un de l'autre était de 30 jours (14 jours dans un hôpital et 44 dans l'autre) pour les chirurgies urgentes du cancer du sein.

- **Certains plans de radiothérapie ne sont pas examinés selon les lignes directrices cliniques :** L'examen des plans de radiothérapie par un deuxième radio-oncologue aux stades précoces de la radiothérapie est un processus d'assurance de la qualité visant à assurer la sécurité des patients et l'efficacité du traitement, et à déceler toute erreur avant que de fortes doses supplémentaires de radiation soient administrées. Nous avons toutefois constaté que 13 % des plans de traitement curatifs (visant à guérir un cancer) n'avaient jamais été examinés, et que 11 % n'avaient pas été examinés dans les délais recommandés. Nous avons également remarqué que 72 % des plans de traitement palliatif (visant à soulager la douleur et d'autres symptômes) n'avaient jamais été examinés. ACO nous a fait remarquer que l'examen des plans de traitement palliatif est une nouvelle initiative et que par conséquent, elle n'a pas été prioritaire par rapport à l'examen des plans de traitement curatif.
- **La radiothérapie est sous-utilisée :** ACO s'est fixé comme objectif d'utiliser la radiothérapie dans 48 % des cas en Ontario, conformément aux pratiques exemplaires internationales fondées sur des données probantes. Toutefois, le taux de radiothérapie pour l'ensemble de la province n'était que de 39 % en 2015-2016. ACO a indiqué que la proximité des centres de radiothérapie et les choix des médecins en matière d'aiguillage sont les principales raisons des faibles taux d'utilisation. ACO estime qu'entre 2011-2012 et 2015-2016, environ 1 500 patients de plus auraient pu bénéficier de la radiothérapie si son objectif avait été atteint.

- **Il y a des iniquités au chapitre de l'accès aux médicaments anticancéreux pris à domicile :** Le Programme de médicaments de l'Ontario, qui est subventionné par des fonds publics, couvre le coût des médicaments anticancéreux pris à domicile pour les aînés qui ont 65 ans ou plus, les résidents des foyers de soins spéciaux ou de soins de longue durée, les personnes qui reçoivent des services de soins professionnels à domicile ou dans la collectivité et les bénéficiaires de l'aide sociale. Ces patients payent une franchise moyenne d'environ 50 \$ par année ou moins. Même si, dans le cadre du Programme de médicaments Trillium, la province couvre aussi les médicaments pris à domicile pour les patients âgés de moins de 65 ans dont les médicaments coûtent cher par rapport à leur revenu, la franchise que doivent payer ces patients représente environ 4 % du revenu annuel du ménage. Toutefois, les patients qui ne font partie d'aucune de ces catégories doivent compter sur une assurance privée (s'ils en ont une) ou payer eux-mêmes les médicaments. Par comparaison, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba, dont les modèles de financement des médicaments sont différents de celui de l'Ontario, couvrent les coûts de tous les médicaments anticancéreux subventionnés à même les fonds publics, et ce, pour tous les patients. Les patients atteints d'un cancer dans ces provinces n'ont pas à présenter de demande de soutien financier en suivant un processus long comme celui de l'Ontario.
- **Les mesures de soutien sont inadéquates pour aider les patients à faire une utilisation appropriée et sécuritaire des médicaments anticancéreux pris à domicile :** Les patients qui utilisent des médicaments anticancéreux à domicile doivent normalement suivre des instructions spéciales pour l'administration et la manipulation sécuritaires des médicaments anticancéreux pris par voie orale. Toutefois, il semble que les patients n'ont pas reçu de formation adéquate sur l'utilisation des médicaments anticancéreux à domicile ni fait l'objet d'une surveillance appropriée à cet égard. De plus, ces médicaments peuvent être dispensés par n'importe quelle pharmacie en Ontario. Par comparaison, l'Alberta exige que les médicaments pour le traitement du cancer à domicile soient dispensés uniquement dans des pharmacies désignées et par des pharmaciens qui ont reçu une formation spéciale sur les thérapies et les doses de médicaments anticancéreux.
- **La pharmacothérapie anticancéreuse offerte dans les cliniques spécialisées privées ne fait l'objet d'aucune surveillance :** Beaucoup de cliniques privées ne sont ni réglementées ni autorisées par le Ministère ou par ACO, de sorte qu'elles ne sont pas soumises au même niveau de surveillance ni aux mêmes normes que les hôpitaux en ce qui concerne la pharmacothérapie anticancéreuse. Par exemple, elles ne sont pas tenues d'avoir un service des urgences sur place, ni d'employer des oncologues ou du personnel infirmier spécialisé en oncologie pour offrir des services de cancérologie. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario n'est pas habilité à inspecter ou à évaluer l'administration de traitements anticancéreux dispensés par les cliniques spécialisées privées.
- **Les temps d'attente sont longs pour les greffes de cellules souches :** En 2015-2016, les temps d'attente réels pour les autogreffes (qui utilisent les cellules souches du patient ayant été entreposées précédemment) variaient entre 234 et 359 jours, soit environ 1,5 fois plus que le temps d'attente cible d'ACO, et seulement environ la moitié de ces greffes se faisaient dans les délais cibles. Le temps d'attente réel pour les allogreffes (qui utilisent les cellules souches données par

une autre personne) pouvait aller jusqu'à 285 jours, soit près de 7 fois plus que l'objectif d'ACO, et seulement 9 % de ces greffes respectaient la cible.

- **La capacité en matière de greffes de cellules souches est insuffisante :** La capacité limitée de greffes de cellules souches soulève des préoccupations en Ontario depuis 2009. Pour pallier ce problème, l'Ontario envoie parfois des patients aux États-Unis pour des greffes de cellules souches allogéniques. Le coût moyen d'une procédure était de 660 000 \$ aux États-Unis (tous les montants mentionnés dans ce rapport sont en dollars canadiens), soit à peu près cinq fois le coût moyen de 128 000 \$ en Ontario. De 2015 à 2017, nous avons estimé que les coûts des greffes à l'étranger s'élevaient à 43 millions de dollars, soit environ 34 millions de plus qu'elles auraient coûté ici si la province avait eu la capacité requise. ACO prévoit que 106 autres patients seront envoyés aux États-Unis pour des greffes, et nous avons estimé que ces greffes coûteraient environ 70 millions de dollars entre juillet 2017 et la fin de 2020-2021.
- **Le soutien en matière de gestion des symptômes est inadéquat :** Les services de soutien que l'Ontario offre aux patients pour atténuer leurs symptômes et les effets secondaires des traitements anticancéreux étaient inadéquats et inférieurs à ceux d'autres administrations, comme le Manitoba et les États-Unis. Par conséquent, de nombreux patients ont visité les salles des urgences des hôpitaux au moins une fois durant leur traitement, alors qu'ACO affirme que les salles des urgences ne sont pas appropriées pour la plupart des patients atteints d'un cancer.
- **Les services de cancérologie psychosociaux sont insuffisants et manquent d'uniformité :** Selon l'Association canadienne d'oncologie psychosociale, jusqu'à 40 % des

patients atteints d'un cancer ont besoin de l'aide de professionnels spécialisés en plus de leur traitement médical. Nous avons toutefois constaté qu'en 2016-2017, seulement 5,8 % des patients avaient consulté des diététistes et seulement 6,6 %, des travailleurs sociaux. Plus de la moitié des 14 centres de cancérologie régionaux n'avaient aucun psychiatre, ergothérapeute, psychologue ou physiothérapeute sur place.

- **L'Ontario tarde à adopter les nouvelles technologies de tomographie par émission de positons (TEP) :** L'Ontario a effectué moins de TEP par millier d'habitants que les autres administrations du Canada ou que d'autres pays. Les TEP utilisent des traceurs radioactifs injectés pour créer des images des cancers. Nous avons constaté que 41 % de la capacité de TEP de l'Ontario n'avait pas servi en 2016-2017, ce qui laisse penser qu'un plus grand nombre de patients pourraient passer une TEP et peut-être en tirer des avantages sans qu'il soit nécessaire d'ajouter d'autres appareils. De plus, l'Ontario n'a pas mis à jour ses critères d'admissibilité ni les règles de couverture par l'Assurance-santé pour les TEP depuis 2013. La province a également tardé à adopter de nouveaux traceurs radioactifs, ce qui a amené certains Ontariens à aller passer des TEP à l'étranger à un coût moyen de 8 500 \$ par examen.
- **Il y a des variations régionales importantes dans les temps d'attente pour les tomographies et les examens par IRM pour les patients atteints d'un cancer :** Nous avons examiné les temps d'attente pour divers tomographies et les examens par IRM selon que le cas était urgent, moins urgent ou non urgent en 2016-2017 et nous avons constaté que seulement 59 % des tomographies et 51 % des examens par IRM pour les patients atteints d'un cancer ont été effectués dans le délai cible fixé par le Ministère. Nous avons

également relevé d'importantes variations dans les temps d'attente entre les hôpitaux. Par exemple, les patients atteints d'un cancer devaient attendre jusqu'à 49 jours pour subir un tomodensitogramme dans un hôpital, comparativement à un temps d'attente allant jusqu'à 11 jours dans un autre hôpital à seulement 5 kilomètres du premier. D'autres patients ont dû attendre jusqu'à 42 jours pour subir un examen par IRM dans un hôpital, comparativement à un temps d'attente allant jusqu'à 15 jours dans un autre hôpital à seulement 25 kilomètres du premier.

- **Les temps d'attente pour les biopsies sont longs :** Moins de la moitié (46 %) des biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux ont été effectuées dans le délai cible de 14 jours fixé par le Ministère. Les temps d'attente au 90^e percentile étaient de 78 jours, soit près de 6 fois plus longtemps que la cible. Cela signifie que 10 % des patients attendent plus de 78 jours et que 90 % ont attendu moins de 78 jours. En particulier, les biopsies pour les cancers colorectaux affichaient les temps d'attente les plus longs : les délais au 90^e percentile étaient de 125 jours, soit près de 9 fois la cible du Ministère.
- **Il n'y a pas de programme d'examen par les pairs des résultats de l'imagerie diagnostique dans la province :** L'examen des résultats d'imagerie diagnostique par un deuxième radiologue est demeuré inadéquat, même si l'interprétation erronée de certains résultats en 2013 avait entraîné plusieurs diagnostics incorrects en Ontario. Nous avons remarqué que 48 % des hôpitaux sondés n'effectuaient pas d'examens périodiques des images diagnostiques. Le Ministère n'a pris aucune mesure pour mettre en oeuvre le programme provincial d'examen par les pairs recommandé par Qualité des services de santé Ontario.
- **Le financement du cancer est inéquitable :** En Ontario, le Ministère et ACO versent

des fonds aux hôpitaux pour les services de radiographie, mais n'ont pas recours à une méthode ou à un taux uniforme pour en déterminer le montant. ACO reconnaît que la formule actuelle de financement pour la radiothérapie doit être révisée pour que les hôpitaux soient financés de façon uniforme et équitable. Nous avons également constaté qu'entre 2014-2015 et 2016-2017, ACO avait versé aux hôpitaux un total de 107 millions de dollars pour la pharmacothérapie anticancéreuse en fonction du financement antérieur plutôt que des volumes de services. En outre, ACO a dépensé environ 12 millions de dollars et 3,1 millions de dollars pour des pharmacothérapies anticancéreuses incomplètes et des cas bénins, respectivement.

Conclusion globale

Nous avons constaté qu'ACO, de concert avec le Ministère et les hôpitaux, avait mis en place des procédures et des systèmes efficaces pour s'assurer que la plupart, mais non la totalité, des patients atteints d'un cancer reçoivent un traitement équitable et d'un bon rapport coût-efficacité, et ce, en temps opportun. Nous avons constaté que les besoins de certains Ontariens n'étaient pas comblés dans les domaines des greffes de cellules souches, de l'accès aux médicaments anticancéreux à domicile, de la radiothérapie, des TEP, de la gestion des symptômes et des services d'oncologie psychosociale. Les temps d'attente pour certaines chirurgies urgentes du cancer et certains services diagnostiques doivent eux aussi être améliorés.

Bien que les services de lutte contre le cancer soient fournis conformément aux normes, aux lignes directrices et aux lois applicables, d'autres travaux sont nécessaires pour améliorer les normes de sécurité des patients dans les cliniques spécialisées privées et au moyen d'examens secondaires des plans de radiothérapie et des résultats de l'imagerie diagnostique.

Notre audit nous a également permis de conclure que les résultats des programmes de lutte contre le cancer et la mesure dans laquelle ils atteignent les objectifs visés sont évalués et rendus publics périodiquement, à l'exception des temps d'attente liés aux biopsies et aux services psychosociaux.

Le présent rapport contient 18 recommandations préconisant 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GÉNÉRALE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario est déterminé à travailler avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et nos nombreux partenaires pour veiller à ce que tous les Ontariens reçoivent des soins de grande qualité, viables et centrés sur la personne. Action Cancer Ontario apprécie l'audit exhaustif des Services de traitement du cancer que la vérificatrice générale a mené et accueille favorablement les occasions d'améliorer ces services en Ontario.

Tous les partenaires du système de lutte contre le cancer ont déployé de nombreux efforts pour assurer des soins de grande qualité, de sorte que l'Ontario affiche les meilleurs taux de survie après cinq ans au pays pour les cancers les plus fréquents. Grâce à Action Cancer Ontario, des améliorations ont pu être apportées à l'échelle du système par l'entremise de partenariats solides, d'un modèle robuste de gestion du rendement et de responsabilisation, d'une infrastructure des données et d'une expertise clinique.

Les recommandations formulées dans ce rapport prennent appui sur le travail accompli jusqu'à maintenant par Action Cancer Ontario, le Ministère et les partenaires. Le rapport présente également des occasions d'apporter des améliorations dans divers domaines. Action Cancer Ontario se réjouit à la perspective de

collaborer avec le Ministère et nos partenaires pour donner suite aux recommandations du rapport.

RÉPONSE GÉNÉRALE DU MINISTÈRE

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 oeuvre des initiatives et des solutions novatrices pour contrer les conséquences du cancer et de son traitement dans la vie des Ontariens. Nous sommes reconnaissants à la vérificatrice générale de nous avoir transmis ses observations et ses recommandations.

Le système de lutte contre le cancer de l'Ontario compte parmi les meilleurs au monde. Le taux de survie pour la quasi-totalité des types de cancer s'améliore et les taux de mortalité diminuent, particulièrement pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon. En 2016-2017, l'Ontario a annoncé des investissements de 130 millions de dollars sur trois ans pour les services de traitement du cancer qui permettront de dispenser davantage de services, comme les TEP, et qui vont aider à réduire les temps d'attente pour les chirurgies du cancer. En 2017, le Ministère investit dans les immobilisations pour renforcer la capacité dans la province et affectera 32 millions de dollars de plus au financement des greffes de cellules souches et au traitement la leucémie aiguë, ce qui signifie que les patients seront moins nombreux à devoir se rendre à l'étranger pour des greffes.

Les programmes gouvernementaux d'assurance-médicaments de l'Ontario assurent le financement des médicaments anticancéreux qui sont injectables ou qui se prennent par voie orale à partir d'un processus d'examen fondé sur des données probantes. Les sommes que l'Ontario investit dans les

médicaments anticancéreux ont augmenté à un taux moyen de 12 % par année et les dépenses consacrées à la lutte contre le cancer ont été d'approximativement 791 millions de dollars en 2016-2017.

L'audit mentionne des éléments à prendre en considération au sujet desquels le Ministère prend déjà des mesures, ce qui renforce son engagement envers le travail actuel et les orientations futures. Le Ministère se réjouit de poursuivre son partenariat avec Action Cancer Ontario pour assurer un accès équitable aux services de traitement du cancer à l'ensemble des Ontariens et pour continuer d'améliorer le système de lutte contre le cancer.

Le Ministère va continuer de collaborer étroitement avec Action Cancer Ontario pour faire en sorte que les Ontariens aient accès à des services de traitement du cancer de grande qualité.

2.0 CONTEXTE

2.1 Aperçu du cancer

Le cancer est un groupe de plus de 200 maladies différentes caractérisées par la propagation incontrôlée des cellules anormales dans l'organisme. Ces maladies peuvent être regroupées en cinq grandes catégories, selon le type de cellules dans lesquelles elles commencent :

- **carcinome** : commence dans la peau ou dans les tissus qui recouvrent les organes ou les glandes internes comme le côlon, le poumon et la prostate;
- **sarcome** : commence dans les tissus conjonctifs ou de soutien comme l'os, le cartilage, les graisses, les muscles et les vaisseaux sanguins;
- **leucémie** : prend naissance dans les tissus hématopoïétiques comme la moelle osseuse;

- **lymphome et myélome** : commence dans les cellules du système immunitaire;
- **cancers du cerveau et de la moelle épinière** : appelés cancers du système nerveux central.

Action Cancer Ontario (ACO), la Société canadienne du cancer et Statistique Canada affirment tous qu'environ la moitié des Ontariens développeront un cancer au cours de leur vie et qu'un Ontarien sur quatre en mourra.

Le cancer est la principale cause de décès en Ontario. ACO estime que plus de 29 000 personnes sont décédées du cancer dans la province en 2016, ce qui représente 30 % de tous les décès survenus en Ontario cette année-là. Il estime qu'environ 86 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués la même année en Ontario (voir la **figure 1**). ACO prévoit également que le nombre de nouveaux cas augmentera au cours des prochaines années, car la population de l'Ontario vieillit et le cancer est une maladie du vieillissement.

En Ontario, les nouveaux cas de cancer diagnostiqués le plus couramment sont le cancer

Figure 1 : Répartition des nouveaux cas de cancer selon le type de cancer, 2016

Source des données : Action Cancer Ontario

Type de cancer	N ^{bre} de nouveaux cas	% de nouveaux cas
Sein	11 285	13
Colorectal	10 912	13
Poumon	10 824	12
Prostate	8 266	10
Vessie	4 969	6
Peau : mélanome	3 840	4
Utérus	3 213	4
Thyroïde	3 207	4
Rein	2 623	3
Pancréas	2 106	2
Foie	1 362	2
Col de l'utérus	717	1
Autres cancers	22 324	26
Total	85 648	100

colorectal et les cancers du poumon, du sein et de la prostate. Parmi les provinces et territoires du Canada, l'Ontario affiche les taux de survie après cinq ans les plus élevés pour ces quatre cancers et se classe au troisième rang des taux de mortalité liée au cancer les plus faibles. (Les taux de survie après cinq ans correspondent au pourcentage de personnes toujours vivantes cinq ans après un diagnostic de cancer.)

2.2 Services de traitement du cancer

2.2.1 Diagnostic

La première étape du traitement contre le cancer est le diagnostic, et un diagnostic précoce améliore les chances de survie et de rétablissement. Le diagnostic sert à confirmer la présence du cancer, à en déterminer le type et le grade (la vitesse à laquelle le cancer croît et se propage), à déterminer jusqu'à quel point il a progressé (son stade), et à établir un plan de traitement.

- Il existe deux méthodes principales de diagnostic : les biopsies et l'imagerie. Dans une biopsie, les médecins prélèvent des tissus à analyser en laboratoire afin de déterminer le type et l'étendue du cancer. Les images sont produites au moyen d'un ou de plusieurs des dispositifs suivants :
- la tomодensitométrie (TDM), qui utilise des radiographies;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui utilise un champ magnétique et des impulsions d'ondes radio;
- la tomographie par émission de positons (TEP), qui utilise des traceurs radioactifs.

2.2.2 Traitement

Lorsqu'un diagnostic de cancer est posé, les oncologues utilisent un ou plusieurs des traitements suivants pour le combattre :

- la **radiothérapie**, administrée pour détruire les cellules cancéreuses ou réduire la taille des tumeurs tout en prenant des mesures pour prévenir les dommages aux cellules et aux tissus sains normaux;
- la **chirurgie**, qui est la méthode la plus efficace pour éliminer complètement les tumeurs cancéreuses à un stade précoce ou les tissus dans les cancers qui ne se sont pas propagés au-delà de la partie du corps où ils ont pris naissance;
- la **pharmacothérapie (comme la chimiothérapie)**, qui est utilisée avant la chirurgie ou la radiothérapie pour réduire une tumeur; avec la radiothérapie; après une chirurgie ou une radiothérapie pour détruire toutes les cellules cancéreuses restantes; ou comme traitement autonome. Les médicaments peuvent être administrés à la maison, habituellement par voie orale, ou à l'hôpital, habituellement par injection ou par voie intraveineuse. Outre la chimiothérapie, l'immunothérapie (un nouveau domaine de la recherche sur le cancer dans le monde entier avec des essais cliniques en cours au Canada) est un autre type de pharmacothérapie qui renforce le système immunitaire du patient pour lutter contre le cancer.

2.2.3 Traitements et services supplémentaires

Outre les trois principales formes de traitement énumérées ci-dessus, la greffe de cellules souches est un traitement spécialisé visant à transplanter des cellules de moelle osseuse saines dans des patients atteints de certains types de cancers, comme la leucémie et certains lymphomes. Les greffes contribuent à remplacer les cellules souches hématopoïétiques détruites par le cancer, la chimiothérapie ou la radiothérapie.

Les patients atteints d'un cancer reçoivent également de l'aide pour la gestion des symptômes, un service spécialisé qui les aide à composer avec

des symptômes physiques comme la douleur, les nausées, la fièvre et les vomissements, ainsi que les symptômes émotionnels comme la dépression et l'anxiété.

L'oncologie psychosociale est un autre service spécialisé qui vise à aider les patients atteints d'un cancer et leurs familles à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être émotionnel en leur offrant un soutien alimentaire, physique, psychiatrique, professionnel ou autre.

2.3 Dépenses liées au cancer et administration

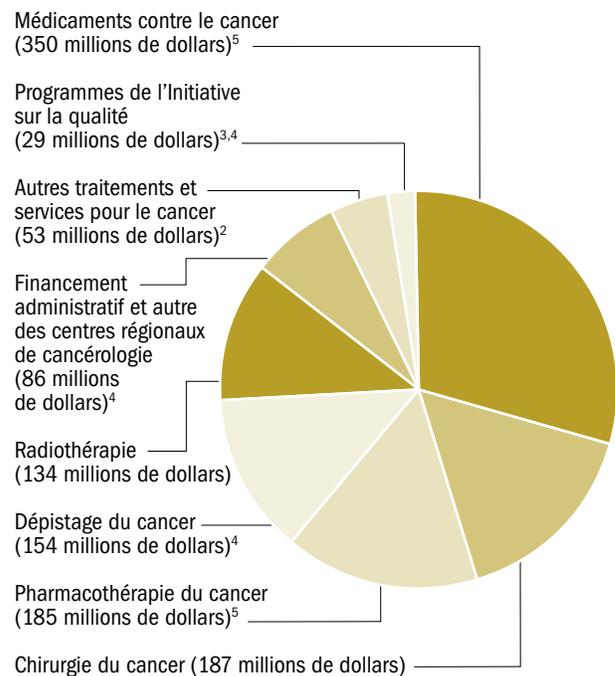
Le Ministère et ACO financent les services de traitement du cancer en Ontario, et ils ont dépensé un total combiné d'environ 1,6 milliard de dollars à ce titre en 2015-2016.

De ce montant, ACO a dépensé environ 1,2 milliard de dollars, principalement pour les chirurgies du cancer pratiquées dans les hôpitaux, la pharmacothérapie anticancéreuse (chimiothérapie), la radiothérapie et d'autres services spécialisés, comme les greffes de cellules souches. La **figure 2** présente une ventilation des dépenses d'ACO en 2015-2016.

En 2015-2016, le Ministère a dépensé 375 millions de dollars supplémentaires pour les médicaments anticancéreux couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario. Plus particulièrement, pour les patients qui ont besoin de prendre des médicaments à domicile, l'Ontario couvre le coût des médicaments anticancéreux pour les aînés qui ont 65 ans ou plus, les bénéficiaires de l'aide sociale, les résidents des foyers de soins spéciaux ou de soins de longue durée, les personnes qui reçoivent des services de soins professionnels à domicile ou dans la collectivité. Ces patients payent une franchise moyenne d'environ 50 \$ par année ou moins. La province couvre aussi les médicaments pris à domicile des patients âgés de moins de 65 ans dont les médicaments coûtent cher par rapport à leur revenu. La franchise que doivent payer ces patients représente environ 4 % du revenu annuel

Figure 2 : Dépenses d'Action Cancer Ontario au titre des programmes de lutte contre le cancer, 2015-2016

Source des données : Action Cancer Ontario



1. Comprend l'équipement de radiothérapie.
2. Comprend les greffes de cellules souches.
3. Couvre le coût des cadres supérieurs d'ACO engagés pour surveiller la qualité, élaborer des directives fondées sur des données probantes et mettre en oeuvre des pratiques exemplaires.
4. Notre audit couvre tous les domaines de dépenses liées au cancer, sauf le dépistage du cancer, les programmes de l'Initiative sur la qualité et le financement administratif et autre des centres régionaux de cancérologie. Nous avons audité le dépistage du cancer pour la dernière fois en 2012 et avons effectué un suivi en 2014.
5. Les résidents de l'Ontario admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Ontario et qui reçoivent des médicaments anticancéreux approuvés administrés par voie intraveineuse dans des cliniques externes peuvent être entièrement couverts en vertu du Programme de financement de nouveaux médicaments ou du programme de financement de la pharmacothérapie en fonction de la qualité et n'avoir rien à payer de leur poche.

du ménage. Les patients qui ne font partie d'aucune de ces catégories doivent payer eux-mêmes leurs médicaments, à moins d'avoir une assurance privée.

Le Ministère fournit également des fonds supplémentaires directement aux hôpitaux pour financer certaines chirurgies du cancer, accroître la capacité des services de radiothérapie et couvrir le coût des médicaments anticancéreux administrés dans les hôpitaux. Sauf s'il s'agit de médicaments expérimentaux, les médicaments anticancéreux administrés dans les hôpitaux sont couverts en totalité tant que les patients ont une carte du

Régime d'assurance-santé de l'Ontario et que les médicaments sont prescrits par un professionnel de la santé traitant.

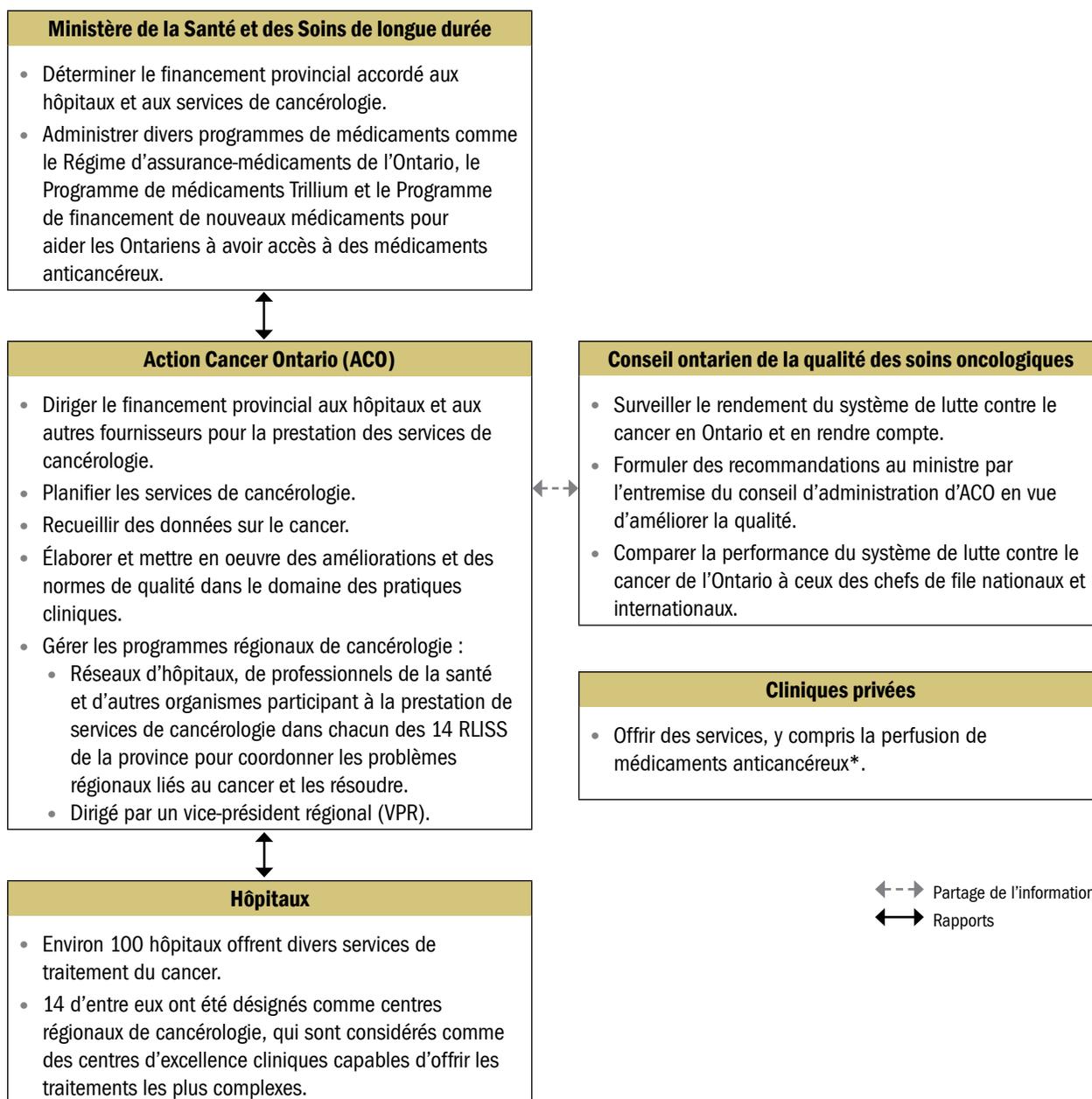
La **figure 3** montre les différents intervenants du système ontarien de soins oncologiques.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si Action Cancer Ontario (ACO), de concert avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

Figure 3 : Rôles et responsabilités des principaux intervenants du réseau de cancérologie de l'Ontario

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



* Les médicaments anticancéreux que ces cliniques administrent par perfusion ont été approuvés par Santé Canada, mais ne sont pas couverts par les fonds publics ni par l'Assurance-santé. Ces médicaments sont payés par le patient lui-même ou par sa propre assurance.

et les hôpitaux de l'Ontario, avait mis en place des procédures et des systèmes efficaces pour :

- veiller à ce que les traitements contre le cancer soient fournis en temps opportun et de façon équitable afin de répondre aux besoins de la population ontarienne de manière rentable et conformément aux normes, aux lignes directrices et aux lois applicables;
- mesurer et rendre publics périodiquement les résultats des programmes de lutte contre le cancer et l'efficacité avec laquelle ils atteignent les objectifs.

Avant d'entamer nos travaux, nous avons défini les critères à appliquer pour répondre à l'objectif de l'audit. Nous avons établi ces critères après avoir examiné les lois, les politiques et les procédures applicables, ainsi que des études internes et externes. La haute direction d'ACO et du Ministère a examiné et approuvé l'objectif de notre audit et les critères connexes énoncés à l'**annexe 1**.

La plus grande partie de notre travail d'audit a été effectuée dans les bureaux d'ACO à Toronto, de décembre 2016 à juin 2017. ACO et le Ministère nous ont confirmé par écrit qu'au 14 novembre 2017, ils nous avaient fourni tous les renseignements dont ils ont connaissance qui pourraient avoir une incidence importante sur les conclusions du présent rapport. Nous avons interviewé la haute direction et examiné les données et la documentation connexes à ACO et au Ministère.

Nous avons également discuté avec des membres clés du personnel dans les 14 centres de cancérologie régionaux et dans 2 hôpitaux communautaires (voir l'**annexe 2**).

Nous avons également discuté avec divers groupes d'intervenants, dont la Société canadienne du cancer, le Partenariat canadien contre le cancer, l'Association canadienne d'oncologie psychosociale, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Pour mieux comprendre le système de lutte contre le cancer, nous avons mené un sondage

auprès des 14 centres de cancérologie régionaux (64 % d'entre eux ont répondu) et de 71 hôpitaux ontariens qui ont reçu du financement d'ACO pour offrir des traitements contre le cancer (63 % d'entre eux ont répondu).

Nous avons examiné les études pertinentes et les pratiques exemplaires relatives aux services de traitement du cancer en Ontario et dans d'autres administrations. Nous avons également fait appel à des conseillers indépendants spécialisés dans le domaine des services de traitement du cancer pour nous aider à effectuer cet audit.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Radiothérapie

4.1.1 La radiothérapie était sous-utilisée

Nous avons constaté que la radiothérapie, qui vise à détruire les cellules cancéreuses et les tumeurs ou à en réduire la taille à l'aide de matières radioactives diffusées ou implantées dans l'organisme, est sous-utilisée dans toutes les régions de l'Ontario.

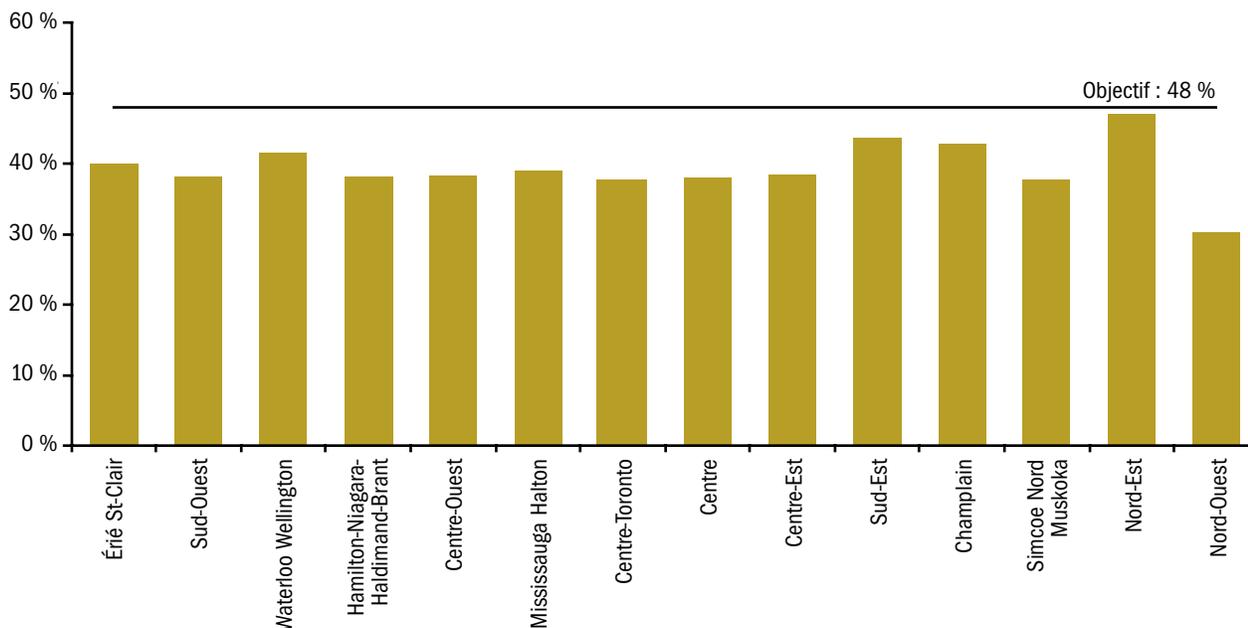
ACO a établi une cible à l'échelle provinciale : administrer la radiothérapie à 48 % des patients atteints d'un cancer à un moment donné durant leur traitement, conformément aux normes internationales fondées sur des données probantes et aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Nous avons examiné les données d'ACO sur la radiothérapie de 2011-2012 à 2015-2016 et constaté que le taux de traitement à l'échelle de la province était passé de 38 % à 39 % durant cette période. En 2015-2016, ACO estimait que si son objectif avait été atteint pendant cet exercice, environ 1 500 patients de plus auraient pu bénéficier d'une radiothérapie.

La **figure 4** montre qu'aucun des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) n'a atteint l'objectif de 48 % en 2015-2016. Nous

Figure 4 : Taux d'utilisation de la radiothérapie par RLISS, 2015-2016

Source des données : Action Cancer Ontario



Note : Selon ACO, le taux d'utilisation du RLISS du Nord-Ouest est vraisemblablement sous-estimé parce que beaucoup de patients qui vivent à l'ouest du RLISS se font soigner au Manitoba.

avons également remarqué qu'en 2015-2016, les taux d'utilisation de la radiothérapie variaient d'un RLISS à l'autre.

ACO a indiqué que la proximité des centres de radiothérapie et les choix des médecins en matière d'aiguillage sont les principales raisons des faibles taux d'utilisation. Les patients qui vivent loin des établissements de radiothérapie, par exemple, ou ceux qui sont traités dans des hôpitaux n'offrant pas de traitements de radiothérapie étaient moins susceptibles d'en recevoir que les patients traités dans les hôpitaux qui en offraient.

4.1.2 Certains plans de radiothérapie n'étaient pas examinés conformément aux lignes directrices cliniques

Les hôpitaux n'effectuaient pas d'examen systématiques des plans de radiothérapie conformément aux lignes directrices cliniques.

L'examen des plans de radiothérapie par un deuxième radio-oncologue aux stades précoces de la radiothérapie est un processus d'assurance de la

qualité visant à uniformiser les soins aux patients, à assurer la sécurité des patients et l'efficacité du traitement, et à déceler toute erreur clinique potentielle. Il comprend un examen des doses de radiation et une mise en correspondance pour définir les limites d'une tumeur et protéger les organes sains contre les radiations.

En 2015, le Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie canadienne de radio-oncologie (qui réunit l'Organisation canadienne des physiciens médicaux, l'Association canadienne des technologues en radiation médicale, l'Association canadienne de radio-oncologie et le Partenariat canadien contre le cancer) a recommandé que chaque plan de radiothérapie curative soit examiné par un deuxième radio-oncologue avant le début du traitement ou, à tout le moins, avant que 25 % de la dose prescrite totale soit administrée.

Un examen des plans de traitement avant la thérapie ou aux stades précoces de la radiothérapie est le plus avantageux, car les erreurs peuvent être corrigées avant que des doses importantes de radiation soient administrées. En 2013, l'American

Society for Radiation Oncology a mené une enquête (dont 93 % des répondants étaient des radio-oncologues pratiquants et 7 % étaient des résidents ou des stagiaires) et a constaté qu'une proportion pouvant aller jusqu'à 10 % des traitements étaient changés en fonction des résultats des examens. De plus, des données de 2013-2014 sur l'examen des plans de radiothérapie en Ontario ont révélé que des changements étaient recommandés dans environ 3 % des cas.

ACO recueille des données sur les examens des plans de radiothérapie des hôpitaux et les divise en deux catégories : les plans de traitement avec intention curative (visant à guérir un cancer) et les plans de traitement avec intention palliative (visant à soulager la douleur et d'autres symptômes).

Nous avons étudié les données d'ACO sur les examens des plans de radiothérapie en 2016-2017 et avons constaté ce qui suit :

- Treize pour cent des plans de traitement curatif n'ont jamais été examinés et 11 % n'ont pas été examinés dans le délai recommandé. Le pourcentage de plans de traitement curatif examinés dans le délai recommandé variait considérablement selon les hôpitaux, allant de 52 % à 100 %.
- Seulement 28 % des plans de traitement palliatif ont été examinés. Le pourcentage de plans de traitement palliatif examinés dans le délai recommandé variait lui considérablement, allant de 1 % et 96 % selon les hôpitaux.

Même si ACO recueillait des données sur les examens des plans de radiothérapie, il ne vérifiait pas si les centres de cancérologie examinaient les plans de traitement palliatif. ACO n'a pas non plus cherché à déterminer si les centres de cancérologie examinaient les plans de traitement curatif dans les délais recommandés. Puisque le calendrier des examens n'est pas inclus dans la fiche de gestion du rendement utilisée par ACO pour évaluer le rendement des hôpitaux, ceux-ci n'étaient pas tenus d'expliquer pourquoi ils n'avaient pas suivi les lignes directrices cliniques en matière d'examen.

ACO nous a fait remarquer que l'examen des plans de traitement palliatif est une nouvelle initiative et que par conséquent, elle n'a pas été prioritaire par rapport à l'examen des plans de traitement curatifs. ACO a ajouté que cette nouvelle initiative a pris lentement de l'expansion depuis 2013 et qu'à compter de 2017-2018, les hôpitaux devront effectuer des examens des plans de radiothérapie palliative. En 2017-2018, le seuil d'examen minimal pour les plans de traitement palliatif sera de 10 % pour chaque centre, et la cible provinciale globale sera de 30 %.

RECOMMANDATION 1

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer reçoivent une radiothérapie en temps opportun et de façon sécuritaire, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux pour :

- élaborer une stratégie pour augmenter l'accessibilité des services de radiothérapie pour les patients qui n'habitent pas à proximité d'un centre de radiothérapie;
- mettre en oeuvre un programme visant à sensibiliser davantage les médecins à la disponibilité et aux avantages de la radiothérapie;
- surveiller les examens des plans de radiothérapie afin de déterminer s'ils sont effectués conformément aux lignes directrices cliniques.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario convient qu'un accès sécuritaire et en temps opportun à la radiothérapie est un élément intrinsèque de soins oncologiques de qualité.

Pour faire en sorte que les patients aient un accès équitable et approprié aux installations de radiothérapie, Action Cancer Ontario a adopté une stratégie décennale d'investissement

en capital en radiothérapie qui est actualisée tous les cinq ans à mesure que de nouvelles données sont publiées sur l'incidence prévue du cancer et la demande de traitement et en fonction de la pratique clinique et des progrès de la technologie. En outre, il y a un plan bisannuel continu de remplacement des immobilisations. Les endroits et les moments où ces investissements sont faits ainsi que leur taille sont déterminés en fonction d'un cadre de référence standard avec l'apport d'un comité multidisciplinaire dont les membres viennent de partout dans la province. Le Ministère a appuyé cette stratégie, de sorte que le nombre d'unités de radiothérapie est passé de 65 en 2000 à 107 en 2017, ce qui correspond aux recommandations.

Action Cancer Ontario est en train d'analyser de nouvelles données sur l'incidence du cancer qui ont été publiées en août 2017 pour déterminer le nombre et l'emplacement optimaux des installations de radiothérapie nécessaires dans la province. D'ici mars 2018, Action Cancer Ontario va actualiser sa stratégie d'investissement en capital (dont la dernière mise à jour remonte à 2012) qui oriente les investissements dans la construction et l'aménagement d'installations de radiothérapie.

Action Cancer Ontario travaille étroitement avec ses partenaires régionaux pour mieux sensibiliser les médecins aux indications thérapeutiques de la radiothérapie et à la disponibilité des centres de radiothérapie localement. Des rapports détaillés propres aux RLSS qui indiquent les groupes de patients qui pourraient profiter de traitements ont été produits et distribués aux programmes régionaux de cancérologie pour veiller à ce que les initiatives locales ciblent ces patients et leurs médecins.

Action Cancer Ontario va continuer de travailler avec les programmes régionaux de cancérologie pour augmenter le nombre de plans de radiothérapie qui font l'objet d'un

examen par des pairs en fonction des lignes directrices cliniques. À notre connaissance, l'Ontario est la seule administration qui mesure les plans de radiothérapie revus par des pairs et qui détermine si chaque plan de traitement individuel fait l'objet d'un examen par des pairs et le moment où cet examen est fait selon les lignes directrices cliniques (avant, pendant ou après le traitement). Cette information est communiquée aux programmes régionaux de cancérologie dans le cadre de notre programme d'amélioration de la qualité.

4.2 Chirurgie du cancer

4.2.1 Les temps d'attente pour certaines consultations chirurgicales et chirurgies urgentes sont longs

Notre audit a révélé que même si les temps d'attente pour les consultations chirurgicales et les chirurgies du cancer étaient généralement plus courts que pour les autres maladies, ils restaient longs, et que d'autres améliorations pouvaient être apportées.

En Ontario, les consultations chirurgicales et les chirurgies du cancer sont classées selon quatre niveaux de priorité : très urgentes, urgentes, moins urgentes et non urgentes. En 2016-2017, 99 % des consultations chirurgicales et des chirurgies du cancer se classaient dans les trois dernières catégories d'urgence.

En 2016-2017, ACO a recueilli des données sur les temps d'attente pour 31 000 consultations chirurgicales. Selon les cibles de la province, 90 % des patients en chirurgie oncologique devraient obtenir leur consultation chirurgicale dans les 10 jours pour les cas urgents. Par « cas urgents », on entend les cas où la présence d'un cancer est fortement soupçonnée ou si une biopsie se révèle positive et que le patient est très susceptible d'avoir des tumeurs très agressives. Nous avons noté de longues périodes d'attente pour de tels cas. Par exemple :

- 72 % des patients admis pour une chirurgie thyroïdienne urgente ont obtenu leur consultation dans le délai d'attente cible. Le délai d'attente au 90^e percentile était de 31 jours, soit trois fois plus que le délai cible. Cela signifie que 10 % des patients ont attendu plus de 31 jours et que 90 % ont attendu moins que 31 jours.
- 63 % des patientes en soins gynécologiques urgents ont obtenu leur consultation dans le délai d'attente cible. Le délai d'attente au 90^e percentile était de 27 jours, soit deux fois et demie plus que le délai cible. Cela signifie que 10 % des patientes ont attendu plus de 27 jours et que 90 % ont attendu moins que 32 jours.

L'information que nous a fournie ACO montre que plus de 55 000 chirurgies du cancer ont eu lieu en Ontario en 2016-2017. ACO recueille des données sur les temps d'attente pour ces chirurgies. D'après les délais d'attente cibles de la province, 90 % de toutes les chirurgies du cancer devraient être pratiquées dans un délai de 14 jours pour les cas urgents. ACO nous a informés que de

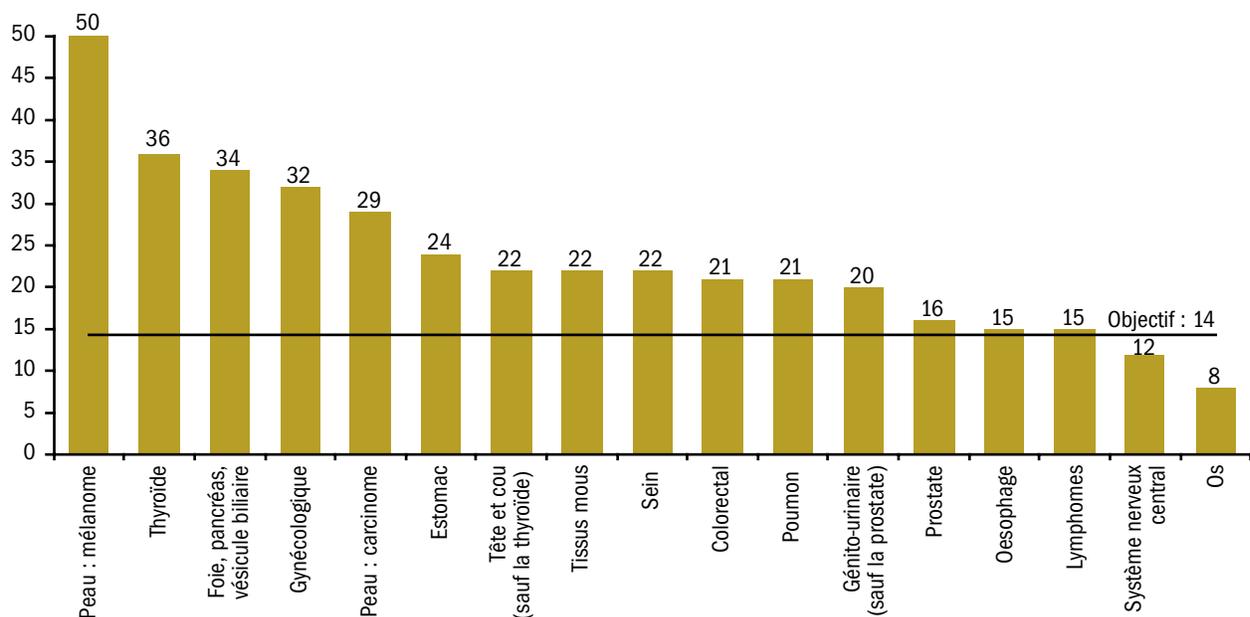
nombreux facteurs peuvent avoir une incidence sur la capacité d'un hôpital de respecter les objectifs de temps d'attente, y compris la disponibilité des salles d'opération et le temps d'attente pour les préparatifs en vue des chirurgies, comme les examens par IRM et les tomodensitogrammes, ainsi que la complexité de l'état du patient (voir la **section 4.5**).

Nous avons analysé les données sur les temps d'attente de 2016-2017 selon les catégories d'urgence et avons constaté ce qui suit :

- Les temps d'attente pour des chirurgies urgentes pour 15 types de cancer sur 17 étaient supérieurs à la cible de 14 jours (voir la **figure 5**).
- Plus l'intervention était urgente, moins il y avait de chances que les délais d'attente cibles soient respectés (voir la **figure 6**). Les chirurgies pour lesquelles il fallait attendre le plus longtemps étaient celles des cancers de la thyroïde, de la tête et du cou et de la prostate, qui ne respectaient pas les délais d'attente cibles pour les chirurgies urgentes ni pour les chirurgies non urgentes.

Figure 5 : Temps d'attente pour une chirurgie urgente selon le type de cancer, 2016-2017 (en jours)

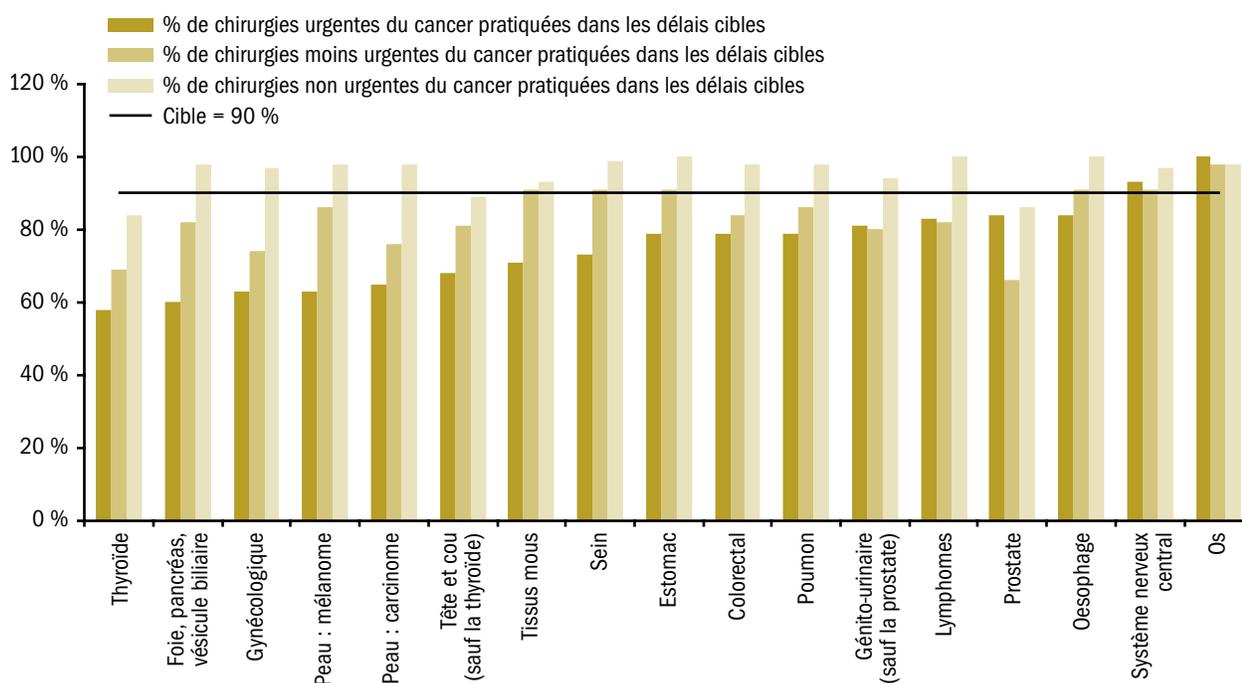
Source des données : Action Cancer Ontario



Remarque : Les temps d'attente correspondent au nombre maximal de jours durant lesquels 9 patients sur 10 doivent attendre une intervention chirurgicale

Figure 6 : Comparaison selon l'urgence des pourcentages de chirurgies du cancer pratiquées dans les délais cibles, 2016-2017

Source des données : Action Cancer Ontario



Remarque : Notre analyse n'incluait pas les cas très urgents, car 99 % des chirurgies pratiquées en 2016-2017 se classaient dans les autres catégories (urgent, moins urgent, non urgent).

4.2.2 Les temps d'attente pour une chirurgie urgente variaient d'un hôpital à l'autre

Le temps d'attente pour une chirurgie du cancer dépend de l'hôpital et du chirurgien vers lequel le patient est aiguillé. Nous avons constaté que les temps d'attente variaient entre les hôpitaux, ce qui a donné lieu à des iniquités dans l'accès aux chirurgies du cancer à l'échelle de la province.

Nous avons analysé les données de 2016-2017 sur les temps d'attente par RLISS et nous avons relevé d'importantes variations entre les RLISS. Par exemple, au 90^e percentile, les temps d'attente pour une chirurgie urgente liée à un cancer gynécologique allaient de 12 jours au RLISS du Sud-Est à 74 jours au RLISS du Centre-Ouest, comparativement aux délais d'attente cibles de 14 jours (voir la **figure 7**).

Nous avons également remarqué que les hôpitaux situés à proximité l'un de l'autre présentaient d'importantes différences de temps d'attente. Par exemple, au 90^e percentile, les différences dans les temps d'attente pour les chirurgies urgentes du cancer du sein étaient de 30 jours entre deux hôpitaux séparés par 15 kilomètres (14 jours dans l'un de ces hôpitaux et 44 dans l'autre), alors que le délai d'attente cible du Ministère était de 14 jours.

Certaines régions ont établi des services centraux d'aiguillage et de réservation pour certaines chirurgies du cancer afin d'améliorer les temps d'attente et l'accès, mais de tels services ne sont pas offerts uniformément pour toutes les chirurgies du cancer dans tous les RLISS; dans les endroits où il n'existe pas de services centralisés de ce genre, les chirurgiens et les hôpitaux doivent gérer eux-mêmes leur liste d'attente.

Figure 7 : Variations des temps d'attente selon le type de chirurgie urgente du cancer, par RLISS, 2016-2017

Source des données : Action Cancer Ontario

Type de chirurgie liée au cancer	Temps		Temps		Différence de temps d'attente (en jours)
	RLISS avec le temps d'attente le plus long	d'attente (en jours)	RLISS avec le temps d'attente le plus court	d'attente (en jours)	
Peau : carcinome	Centre-Est	82	Centre	17	65
Gynécologique	Centre-Ouest	74	Sud-Est	12	62
Génito-urinaire (sauf la prostate)	Simcoe Nord Muskoka	58	Centre-Toronto	6	52
Peau : mélanome	Centre-Est	40	Waterloo Wellington	12	28
Colorectal	Nord-Ouest	40	Centre-Ouest Centre-Toronto	14	26
Poumon	Mississauga Halton	36	Nord-Est	11	25
Sein	Sud-Est	35	Nord-Est	12	23
Estomac	Mississauga Halton	47	Hamilton Niagara Haldimand Brant	24	23
Tête et cou (sauf la thyroïde)	Centre-Est	37	Centre-Toronto	17	20
Système nerveux central	Mississauga Halton	17	Érié St-Clair	3	14
Foie, pancréas, vésicule biliaire	Sud-Ouest	46	Hamilton Niagara Haldimand Brant	33	13

Remarque : Pour certains types de cancer, le nombre de chirurgies urgentes pratiquées en 2016-2017 était peu élevé.

RECOMMANDATION 2

Pour mieux garantir que les patients jouissent d'un accès rapide et équitable aux chirurgies du cancer, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux à :

- analyser les raisons des retards dans les consultations chirurgicales et les chirurgies urgentes du cancer;
- prendre des mesures correctives pour réduire les temps d'attente pour les consultations chirurgicales et les chirurgies du cancer;
- évaluer les avantages d'un processus centralisé d'aiguillage et de réservation pour les chirurgies du cancer.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario est d'accord avec cette recommandation et travaille avec ses

partenaires des programmes régionaux de cancérologie pour continuer à réduire les temps d'attente pour les chirurgies du cancer.

Action Cancer Ontario passe en revue le rendement des hôpitaux tous les mois/tous les trimestres pour déterminer les causes des retards et trouver des solutions ciblées pour réduire les temps d'attente. Dans l'ensemble, le rendement dans la province est bon au chapitre des temps d'attente cibles pour les chirurgies du cancer. Au premier trimestre de 2017-2018, 89 % des chirurgies non urgentes et 81 % des chirurgies urgentes ont été réalisées dans les délais cibles (c'est-à-dire dans les deux semaines de la consultation). Action Cancer Ontario reconnaît qu'il y a des variations dans les temps d'attente selon la région et selon le genre de maladie et va continuer de travailler avec les hôpitaux partenaires pour réduire les temps d'attente.

Action Cancer Ontario va continuer d'enquêter sur les causes des retards dans les

consultations chirurgicales et les chirurgies urgentes et va envisager des initiatives pour améliorer la situation s'il y a lieu. Les cibles des temps d'attente selon les priorités sont des indications pour aider les chirurgiens à faire un triage standardisé des patients, mais en fin de compte, les chirurgiens doivent se servir de leur jugement pour attribuer des priorités d'après les symptômes des patients, leur condition physique et l'état du cancer.

Action Cancer Ontario fait partie d'un groupe de travail sur la gestion de l'aiguillage qui réunit tous les RLISS à qui le Ministère a confié le mandat d'élaborer une stratégie d'aiguillage par voie électronique à l'échelle de la province. Dans le cadre de cette initiative, Action Cancer Ontario va évaluer les avantages d'un service centralisé d'aiguillage et de réservation pour les chirurgies du cancer.

4.3 Pharmacothérapie du cancer

Les oncologues, en consultation avec les patients, déterminent quel traitement convient le mieux au patient en fonction du jugement médical de l'oncologue, des lignes directrices de pratique clinique et des circonstances médicales du patient. Un patient peut refuser un médicament recommandé par l'oncologue en faveur d'un médicament différent parce que le médicament recommandé peut être difficile à administrer ou avoir des effets secondaires plus graves ou encore parce qu'il n'est pas couvert par la province. En Ontario, les pharmacothérapies du cancer peuvent revêtir diverses formes :

- Les médicaments pris à domicile sont administrés à la maison, habituellement par voie orale; toutefois, certains sont administrés par voie intramusculaire (dans un muscle), sous-cutanée (sous la peau) ou topique (sur l'épiderme);
- Les médicaments administrés en milieu hospitalier sont administrés par voie intraveineuse (IV) ou par injection dans

les cliniques externes d'un hôpital par des infirmières ou des infirmiers qui ont suivi une formation en oncologie;

- Les médicaments administrés en milieu hospitalier à des patients hospitalisés peuvent être administrés par voie orale ou par injection.

Dans la plupart des cas, les patients n'ont pas le choix entre les médicaments administrés à l'hôpital ou les médicaments administrés à la maison. Très peu des médicaments anticancéreux injectables en milieu hospitalier ont des substituts pouvant être administrés à domicile sous forme orale ou topique. De même, beaucoup de médicaments pris à domicile ne peuvent pas être administrés par voie intraveineuse ni par injection. Certains traitements anticancéreux peuvent inclure une combinaison de médicaments pris par voie orale et de médicaments injectables.

Divers régimes couvrent les médicaments anticancéreux des Ontariens admissibles, y compris le Programme de médicaments de l'Ontario (voir la **Section 2.3**). Il existe diverses catégories de soutien financier, comme le Programme de médicaments Trillium (Trillium) pour les patients admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario. Trillium est destiné aux patients dont le prix des médicaments est très élevé par rapport à leur revenu. Les patients qui ont une assurance privée ou qui ont les moyens de payer leurs médicaments, qui peuvent représenter jusqu'à 126 000 \$ par année pour les patients qui prennent des doses standard, n'ont peut-être pas besoin de s'inscrire à Trillium.

4.3.1 Accès inéquitable aux médicaments anticancéreux à domicile

Les Ontariens admissibles à l'Assurance-santé et qui ont besoin de traitements administrés par voie intraveineuse à la clinique externe d'un hôpital peuvent être couverts intégralement par le Programme de financement de nouveaux médicaments (PFNM) du Ministère. Bien que les

médicaments anticancéreux administrés à domicile soient couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario au même titre que les médicaments administrés pour d'autres maladies, nous avons constaté des iniquités pour certains patients qui ont besoin de prendre des médicaments anticancéreux administrés à domicile.

Certains patients qui ont besoin de médicaments anticancéreux à domicile doivent passer par le processus de demande de Trillium pour recevoir des fonds du Programme de médicaments de l'Ontario. S'il s'agit de médicaments qui ne figurent pas au formulaire du Programme des médicaments de l'Ontario, comme les médicaments pour le cancer administrés à domicile, les médecins ou les infirmières praticiennes doivent eux aussi soumettre une demande d'approbation au Ministère par l'entremise du processus d'examen au cas par cas du Programme d'accès exceptionnel (PAE), qui confirmera que les critères cliniques sont remplis avant que le financement soit accordé. Par comparaison, les patients qui doivent prendre un médicament anticancéreux administré à l'hôpital qui est approuvé n'ont pas besoin de suivre ces processus.

D'après notre analyse des données d'ACO pour 2015-2016, 47 % des patients atteints d'un cancer ont reçu des médicaments à administrer à domicile, mais ce nombre devrait augmenter à l'avenir, car 60 % des nouvelles pharmacothérapies anticancéreuses en cours de développement sont des médicaments administrés par voie orale.

Par l'entremise du Programme de médicaments de l'Ontario, le coût des médicaments pris à domicile est couvert pour les patients âgés de 65 ans et plus, les personnes qui touchent des prestations d'aide sociale (par l'entremise du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou d'Ontario au travail), les personnes qui vivent dans des foyers de soins spéciaux ou de soins de longue durée et celles qui reçoivent des services de soins professionnels à domicile ou dans la collectivité. Ces patients payent une franchise moyenne d'environ 50 \$ par année ou moins pour le

coût total de leurs traitements. La province couvre aussi, dans le cadre de Trillium, les médicaments pour le cancer pris à domicile pour les patients âgés de moins de 65 ans dont les médicaments coûtent cher par rapport à leur revenu. Environ 1 200 patients admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario, soit 12 %, et qui ont besoin de prendre des médicaments anticancéreux administrés à domicile touchent des prestations de Trillium. Ces patients payent une franchise qui représente environ 4 % du revenu annuel du ménage. Les Ontariens qui ne rentrent dans aucune de ces catégories d'admissibilité doivent payer eux-mêmes les médicaments anticancéreux administrés à domicile, à moins d'avoir une assurance privée.

Par comparaison, les provinces de l'Ouest et les territoires (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) couvrent le coût total de tous les médicaments qui sont assurés par les régimes publics pour tous les patients, que leurs médicaments soient administrés à l'hôpital ou à domicile. Il n'y a pas de processus de demande que les patients doivent suivre dans ces administrations, peu importe le coût des médicaments ou le revenu du patient.

Comme on l'a vu ci-dessus, beaucoup d'Ontariens n'ont pas à s'inscrire au Programme de médicaments de l'Ontario : les personnes âgées, les personnes qui touchent des prestations d'aide sociale, les personnes qui vivent dans des foyers de soins spéciaux ou de soins de longue durée et celles qui reçoivent des services de soins professionnels à domicile ou dans la collectivité. Toutefois, les personnes de moins de 65 ans dont le coût des médicaments est élevé par rapport au revenu de leur ménage doivent présenter une demande à Trillium, ce qui est un long processus, comme on le voit dans la **section 4.3.2**.

Le Ministère nous a fait savoir que l'état de santé du patient doit répondre à des critères fondés sur des éléments probants et que c'est une exigence pour les médicaments administrés par voie intraveineuse et pour les médicaments administrés

à domicile d'un bout à l'autre du Canada. Le Ministère a ajouté que même si une couverture est offerte dans d'autres provinces, ces dernières ne sont peut-être pas les plus rapides pour commencer à rembourser un médicament administré à domicile, suivant des examens cliniques et des négociations à l'échelle nationale.

4.3.2 Les processus régissant le Programme d'accès exceptionnel et le Programme de médicaments Trillium ont besoin d'être améliorés

Les Ontariens admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Ontario ont accès aux médicaments anticancéreux qui figurent au formulaire du Programme des médicaments de l'Ontario sans avoir à présenter une demande d'inscription ni à subir d'évaluation de l'admissibilité lorsqu'ils présentent une prescription dans une pharmacie. Les patients atteints d'un cancer qui ne sont pas admissibles au Programme des médicaments de l'Ontario et qui ont besoin de soutien financier peuvent présenter une demande au Programme de médicaments Trillium (Trillium), qui nécessite une preuve du revenu annuel du ménage pour déterminer la couverture et la franchise. Lorsqu'ils présentent leur demande d'inscription à Trillium, les patients doivent présenter de la documentation sur le revenu du ménage ou autoriser le Programme à obtenir une confirmation du revenu du ménage auprès de l'Agence du revenu du Canada.

De plus, les Ontariens qui ont besoin de prendre de nombreux médicaments administrés à domicile ou d'autres médicaments ne figurant pas au formulaire du Programme des médicaments de l'Ontario doivent demander à leur médecin ou à leur infirmière praticienne de présenter une demande d'autorisation par l'entremise du Programme d'accès exceptionnel (PAE) pour s'assurer que ces médicaments sont couverts de manière appropriée en fonction de critères cliniques fondés sur des éléments probants. Il faut également satisfaire à des critères cliniques fondés

sur des éléments probants pour les médicaments administrés par voie intraveineuse délivrés par l'entremise du Programme de financement de nouveaux médicaments du Ministère et utilisés dans les cliniques externes des hôpitaux. Pour accéder à un médicament en vertu du PAE, le médecin ou l'infirmière praticienne du patient présente une demande au Ministère accompagnée de renseignements cliniques justifiant l'utilisation du médicament visé. Cette demande est présentée manuellement et transmise par télécopieur, et tout renouvellement d'ordonnance oblige le médecin ou l'infirmière praticienne à soumettre à nouveau des renseignements cliniques sur les bienfaits que le médicament continue d'avoir. Si le même médicament est utilisé pour un patient admis à l'hôpital, le médecin ou l'infirmière praticienne peut prescrire le médicament directement sans passer par le processus de demande du PAE. Notre sondage auprès des hôpitaux révèle que même si la majorité des centres régionaux de cancérologie ont un personnel spécialisé pour aider les patients à présenter leur demande à Trillium, 44 % des hôpitaux communautaires sondés ne font pas appel à ce personnel. Environ 7 % des hôpitaux communautaires qui ont participé à notre sondage ont indiqué avoir recours à des pharmaciens pour les aider à remplir les demandes au PAE ou à Trillium, ce qui réduisait le temps que les pharmaciens pouvaient consacrer au travail clinique.

Notre examen des données de 2015-2016 fournies par le Ministère nous a permis de constater de longs délais pour le traitement des demandes présentées au PAE et des demandes d'inscription à Trillium. Nous avons constaté que les délais de traitement du Ministère sont calculés en jours ouvrables plutôt qu'en jours civils. Plus le traitement du cancer commence tôt, plus il est efficace; nous estimons donc que les jours civils constituent une mesure plus appropriée et nous pensons que si les fins de semaine et les congés sont inclus dans le calcul des temps de traitement, ce sera plus avantageux pour les patients. Nous avons également fait les constatations suivantes :

- Le délai de traitement cible pour les demandes au PAE concernant des médicaments anticancéreux est de trois jours ouvrables. Toutefois, les délais de traitement réels étaient près de trois fois plus longs, soit une moyenne d'environ neuf jours ouvrables, ce qui équivaut à environ deux semaines en jours civils. En fait, 87 % des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que les délais de traitement pourraient être raccourcis. Nous avons également constaté que 22 % des demandes présentées au PAE en 2015-2016 avaient nécessité que le médecin ou l'infirmière praticienne soumette un complément d'information parce que les demandes initiales étaient incomplètes. Le PAE approuve généralement une demande de médicaments administrés à domicile pour une durée d'un an. La demande de renouvellement du financement est accordée si le médicament continue d'être efficace. Les médecins ou les infirmières praticiennes qui prescrivent ces médicaments doivent renouveler les demandes au PAE pour leurs patients pour confirmer les bienfaits ou les effets toxiques du traitement.
- Les délais de traitement cibles pour les demandes à Trillium concernent le temps écoulé entre la date à laquelle le Ministère reçoit la demande et la date d'examen de la demande. Ce n'est pas le temps total écoulé entre la réception de la demande et le moment où une décision est prise qui est calculé. En 2015-2016, il fallu un complément d'information pour 24 % des demandes présentées à Trillium. Lorsque ce facteur est pris en compte, le délai de traitement global, depuis la date où le Ministère reçoit la nouvelle demande jusqu'à la date où le ménage est inscrit, était de 19 jours ouvrables en moyenne, soit environ un mois si on compte les jours civils. De plus, les patients doivent mettre à jour leur inscription à Trillium chaque année pour confirmer le

revenu de leur ménage et démontrer qu'ils sont toujours admissibles. S'ils ont autorisé Trillium à accéder à leurs données auprès de l'ARC, ce renouvellement peut se faire automatiquement.

Selon les résultats de notre sondage, chaque oncologue de l'Ontario sondé consacre en moyenne trois heures et demie par semaine à la préparation des demandes au PAE, temps qu'il pourrait utiliser pour voir en moyenne sept patients de plus par semaine.

De plus, 69 % des répondants à notre sondage ont indiqué que le processus de demande du PAE devrait être simplifié, tandis que 76 % étaient d'avis que la fréquence des demandes de renouvellement au PAE devrait être réduite.

Nous nous sommes également demandé pourquoi les patients et leurs médecins ou infirmières praticiennes devaient suivre un long processus pour présenter leurs demandes manuellement à Trillium et au PAE alors que la majorité des demandes finissaient par être approuvées et que le coût des médicaments était presque entièrement couvert. En 2015-2016, le PAE a reçu plus de 8 100 demandes visant des médicaments anticancéreux, et seulement 5 % des demandes ont été rejetées par le Ministère.

La **figure 8** présente un résumé de notre analyse des médicaments anticancéreux du PAE qui sont associés aux dépenses gouvernementales les plus élevées engagées par l'intermédiaire de Trillium. Nous avons constaté que Trillium avait couvert la quasi-totalité du coût des médicaments, dans des proportions allant de 95 % à 99 %.

RECOMMANDATION 3

Pour mieux garantir que les patients jouissent d'un accès équitable et rapide aux médicaments anticancéreux dont ils ont besoin, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de collaborer avec Action Cancer Ontario pour :

Figure 8 : Médicaments anticancéreux du Programme d'accès exceptionnel (PAE) associés aux dépenses gouvernementales les plus élevées dans le cadre du Programme de médicaments Trillium, 2015-2016

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Nom du médicament	Type de cancer	Coût annuel approximatif d'une dose standard ¹ (\$)	Coût moyen d'une dose standard ² couvert par le Ministère (\$)	% du coût du médicament couvert par Trillium
Pomalidomide	Myélome multiple	126 000	124 740	99
Lénalidomide	Myélome multiple et moelle osseuse	99 000	96 030	97
Everolimus	Divers	73 000	70 810	97
Sunitinib	Divers	68 000	65 280	96
Ruxolitinib	Moelle osseuse	61 000	59 780	98
Dasatinib	Leucémie	60 000	57 000	95
Nilotinib	Leucémie	51 000	48 960	96
Abiratérone	Prostate	43 000	41 710	97

1. Le coût ne comprend ni les honoraires professionnels ni les majorations. Il est fondé sur le coût de gros approximatif du médicament aux doses standard utilisées pour traiter le cancer.
2. Le pourcentage du coût de la dose standard payé par le Ministère est fondé sur les dépenses annuelles moyennes associées à chaque médicament. Les dépenses annuelles correspondent au coût moyen réellement payé par le Programme de médicaments Trillium du Ministère, par bénéficiaire.

- évaluer l'efficacité opérationnelle des programmes de soutien financier pour les médicaments anticancéreux;
- simplifier et rationaliser le processus de demande de soutien financier et d'inscription pour les médicaments anticancéreux.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que les Ontariens devraient avoir un accès rapide et équitable à des thérapies efficaces contre le cancer et que les processus d'accès et de financement pour les médicaments coûteux devraient être rationalisés, efficaces et soutenables pour que le public soit desservi efficacement. Le Ministère accepte la recommandation de travailler à apporter des améliorations au processus avec ses intervenants et son organisme Action Cancer Ontario, afin d'optimiser les délais des décisions concernant les médicaments pour le cancer ainsi que les ressources.

Les médicaments anticancéreux figurant au formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) peuvent être fournis

aux bénéficiaires du programme lorsqu'une prescription est présentée dans une pharmacie. À part l'obligation de répondre aux critères d'admissibilité au Programme, aucune autre évaluation n'est nécessaire pour la couverture de ces médicaments anticancéreux.

Le Programme d'accès exceptionnel (PAE) supervise l'accès appropriée à une trentaine de traitements pour le cancer administrés par voie orale en examinant au cas pas cas les médicaments dont le coût peut atteindre en moyenne autour de 75 000 \$ par patient par année. Le Ministère continue de moderniser et d'optimiser les processus manuels du PAE pour l'évaluation au cas par cas des demandes au moyen de solutions technologiques, d'initiatives de rationalisation et de l'augmentation de la transparence des critères. Un système d'échange d'information numérique pour le PAE sera lancé en 2018 et il offrira un service numérique en ligne grâce auquel les prescripteurs pourront faire des recherches, présenter une demande au PAE et gérer leurs demandes. Ce système devrait être en mesure de fournir des réponses en temps

réel pour un grand nombre des indications et des médicaments visés par le PAE et d'améliorer les délais des décisions concernant l'accès à des médicaments.

Le Programme de médicaments Trillium (Trillium) est utilisé par environ 5 % des personnes qui prennent un médicament contre le cancer couvert par un régime public et 11 % des personnes qui prennent un médicament contre le cancer de la liste du PAE. Le Ministère est d'accord avec la recommandation indiquant que des améliorations et une évaluation de Trillium sont nécessaires et des travaux sont en cours pour rationaliser les processus en simplifiant les formulaires et les instructions. Le Ministère a dialogué activement avec les intervenants pour mieux faire comprendre ce programme dont l'objet est veiller à ce que les Ontariens qui prennent des médicaments dont le coût est élevé par rapport à leur revenu ne se retrouvent pas en difficulté financière, et il Ministère continue de travailler à raccourcir les délais d'inscription et à rehausser l'expérience des patients face au Programme.

4.3.3 Les soutiens offerts aux patients pour les aider à faire un usage sécuritaire et approprié des médicaments à domicile sont inadéquats

La chimiothérapie, qui est une forme de traitement pharmacologique, était traditionnellement administrée aux patients à l'hôpital, par injection ou par voie intraveineuse. Mais à mesure qu'augmente la disponibilité de médicaments anticancéreux administrés par voie orale, les patients sont plus nombreux à pouvoir prendre de tels médicaments à domicile. De plus, comme les médicaments anticancéreux administrés par voie orale sont plus efficaces, les patients sont plus nombreux à se voir prescrire des doses quotidiennes ou cycliques de médicaments contre le cancer auto-administrés par voie orale à domicile. Les patients qui prennent des médicaments contre le cancer à

domicile devraient suivre les directives relatives à leur administration et à leur manipulation en toute sécurité. Par exemple, ils auront peut-être besoin d'entreposer les médicaments contre le cancer séparément des autres médicaments ou de prendre les médicaments contre le cancer dans un certain ordre s'ils prennent aussi d'autres médicaments.

Toutefois, les patients n'ont peut-être pas l'aide qu'il leur faudrait pour utiliser et manipuler ces médicaments adéquatement. Le compte rendu d'un groupe de réflexion qu'ACO a publié en décembre 2014 (*Enhancing the Delivery of Take-Home Cancer Therapies in Ontario*) fait état de lacunes lorsqu'il s'agit de sensibiliser les patients à la façon de prendre des médicaments contre le cancer à domicile, particulièrement de leur donner des consignes sur la manipulation et l'élimination des médicaments en toute sécurité, les interactions avec d'autres médicaments et ce qu'il faut faire s'ils ont raté une dose.

De plus, 89 % des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage n'avaient pas tenu de séances de formation standard d'une journée complète pour les patients qui devaient commencer à prendre des médicaments anticancéreux à domicile. Les patients atteints d'un cancer ne savent peut-être pas quoi faire lorsqu'ils ratent un traitement, qu'ils prennent un médicament en retard ou qu'ils le vomissent immédiatement après l'avoir pris. En outre, seulement 11 % des hôpitaux que nous avons sondés avaient mis en place des programmes prévoyant des appels aux patients pour vérifier que tout va bien et répondre à leurs questions sur les effets secondaires des médicaments anticancéreux.

Par comparaison, les patients d'autres provinces, comme l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador, qui commencent à prendre des médicaments anticancéreux à domicile par voie orale sont invités à une séance de formation normalisée. En Alberta, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador, les patients reçoivent également des appels de suivi après avoir commencé à prendre leurs médicaments.

Les pharmaciens qui délivrent des médicaments contre le cancer n'ont pas tous une formation spécialisée en la matière

En Ontario, tout pharmacien dans n'importe quelle pharmacie peut délivrer des médicaments contre le cancer. Le Ministère nous a indiqué que la pharmacothérapie et la thérapeutique oncologiques sont enseignées uniquement dans le cadre du programme universitaire de pharmacologie de l'Ontario pour préparer les étudiants à pratiquer dans ce domaine. Il n'y a pas pour l'instant de formation spécialisée obligatoire en oncologie pour les pharmaciens pratiquants qui délivrent des médicaments contre le cancer à prendre à domicile.

Par comparaison, en Alberta, seules les pharmacies désignées employant des pharmaciens qui ont reçu une formation spécialisée en pharmacothérapie du cancer et qui connaissent les doses normales sont autorisées à délivrer ces médicaments.

Le Ministère nous a informés que la compétence des pharmaciens et des techniciens en pharmacie est réglementée par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, qui régit les normes professionnelles dans ce domaine.

Selon un sondage publié en 2013 dans le *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, seulement 24 % des pharmaciens communautaires connaissaient les doses communes des médicaments anticancéreux administrés, et seulement 9 % se sentaient à l'aise pour éduquer les patients au sujet de ces médicaments. D'après un rapport publié en 2015 par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, le manque de formation spécialisée sur les médicaments anticancéreux à domicile pour les pharmaciens communautaires a contribué à des erreurs de dosage. Par exemple, les patients doivent parfois ajuster leurs médicaments pendant le traitement en prenant une dose différente. L'ajustement peut être compliqué, et il se peut que certains pharmaciens ne soient pas familiers avec les critères d'ajustement de la dose.

De plus, comme on peut le voir dans les *Recommandations pour l'utilisation et la*

manipulation sécuritaires des médicaments anticancéreux oraux dans les pharmacies communautaires : des lignes directrices consensuelles pancanadiennes produites par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer et Action Cancer Ontario, le personnel dans les pharmacies communautaires n'a peut-être qu'une formation limitée au sujet des traitements contre le cancer et une expérience limitée de ces médicaments parce qu'il n'en délivre pas beaucoup. Il est donc recommandé que les prescriptions portant sur des médicaments contre le cancer soient passées en revue par un pharmacien qui a une formation et de l'expérience en matière de traitement du cancer.

ACO a pris des mesures en 2016 pour répondre aux préoccupations concernant la sécurité des patients qui prennent des médicaments anticancéreux à domicile, mais l'efficacité de ces mesures n'a pas encore été démontrée.

Par exemple, ACO a collaboré avec l'Université de Toronto pour offrir une formation aux pharmaciens qui servent des patients atteints d'un cancer, y compris ceux qui prennent des médicaments oncologiques à domicile, mais cette formation n'est pas obligatoire. Selon une analyse d'ACO portant sur des données de 2013-2014, environ 88 % de tous les médicaments contre le cancer à prendre à domicile étaient délivrés par des pharmacies communautaires. À la fin de 2016, seulement 1,5 % des pharmaciens de l'Ontario avaient suivi le cours, alors que 53 % des pharmacies de la province avaient dispensé des médicaments anticancéreux cette année-là.

RECOMMANDATION 4

Pour mieux garantir que les patients font un usage sécuritaire des médicaments anticancéreux à domicile, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario collabore avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux pour :

- mettre sur pied des programmes d'éducation à l'intention des patients atteints d'un cancer sur l'utilisation et la manipulation sécuritaires des médicaments oncologiques à prendre à domicile et des programmes de surveillance pour aider les patients à utiliser adéquatement les médicaments oncologiques oraux qu'ils prennent à domicile;
- évaluer s'il faut exiger que les pharmaciens qui délivrent des médicaments oncologiques aient reçu une formation spécialisée sur les médicaments oncologiques et soient familiarisés avec les régimes posologiques des médicaments oncologiques, y compris les médicaments pris par voie orale.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario est d'accord avec cette recommandation et s'est employé à élaborer diverses initiatives pour aider les patients atteints du cancer à utiliser les médicaments contre le cancer en toute sécurité à la maison.

Action Cancer Ontario, en partenariat avec l'Institut de Souza, a produit deux programmes de formation en ligne. L'un est un outil pédagogique pour aider les fournisseurs de soins de santé à évaluer et à éduquer les patients qui se voient prescrire des médicaments oncologiques à prendre à domicile, pour veiller à ce qu'ils comprennent leur traitement et l'importance de le prendre tel qu'il a été prescrit. Le second outil enseigne aux patients comment manipuler en toute sécurité les médicaments oncologiques qu'ils prennent à domicile et les sensibilise à l'importance de se conformer au traitement, que ce soit à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée. De plus, Action Cancer Ontario appuie les initiatives du programme régional de cancérologie pour accroître l'accès à un fournisseur de soins oncologiques que les patients peuvent appeler

s'ils ont des préoccupations ou des questions. Certains centres régionaux de cancérologie ont mis sur pied des programmes de suivi pour appeler les patients à la maison, faire un suivi auprès d'eux et leur donner du soutien.

Action Cancer Ontario a également collaboré avec l'Université de Toronto pour concevoir des cours de formation à l'intention des pharmaciens qui délivrent des médicaments de chimiothérapie, y compris des médicaments oncologiques à prendre à domicile.

Finalement, en 2017, Action Cancer Ontario a réuni un groupe de travail sur la pharmacie oncologique qui est en train de produire des recommandations pour assurer l'utilisation sécuritaire et appropriée des médicaments contre le cancer à prendre à domicile. Une partie du travail de ce groupe sera de recommander des pratiques exemplaires à l'intention des pharmaciens qui délivrent des médicaments contre le cancer à prendre à domicile. Le rapport du groupe (qui doit être remis au Ministère d'ici mars 2018) recommandera peut-être une formation spécialisée normalisée en oncologie pour les pharmaciens. Si c'est le cas, Action Cancer Ontario serait d'accord pour que cette formation devienne obligatoire.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est en faveur de cette recommandation et convient que les patients qui prennent des médicaments contre le cancer à domicile peuvent être bien desservis par des professionnels des soins de santé qui sont confiants dans leur capacité d'offrir des soins, de l'éducation et une surveillance de bonne qualité, l'objectif étant d'optimiser les avantages de la thérapie pour les patients.

Le Ministère reconnaît qu'il incombe aux pharmaciens d'assurer l'utilisation et la manipulation sécuritaires de tout médicament et de veiller à ce que le bon patient reçoive le bon médicament de la dose appropriée tel

qu'il a été prescrit. Le pharmacien a également la responsabilité d'informer le patient de l'utilisation appropriée des médicaments. La compétence des pharmaciens est réglementée par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (l'Ordre), qui a notamment comme responsabilités de voir au respect de normes professionnelles par les pharmaciens et de tenir les pharmaciens responsables du respect des lois et des normes de pratique de leur profession.

Le Ministère est en faveur de la recommandation voulant qu'ACO travaille de concert avec l'Ordre pour établir des normes et élaborer une formation qui permettront aux pharmaciens de dispenser des services de qualité pour la délivrance des médicaments oncologiques à prendre à domicile, d'offrir du counselling à leur sujet et sur leur manipulation sécuritaire. Selon les besoins, il conviendrait qu'ACO travaille avec le Ministère et les hôpitaux à l'appui de son travail avec l'Ordre.

4.3.4 La pharmacothérapie anticancéreuse offerte dans des cliniques spécialisées privées ne fait l'objet d'aucune surveillance

Les cliniques spécialisées privées peuvent offrir des services, dont la perfusion de médicaments anticancéreux, aux patients qui sont disposés à payer de leur poche ou qui sont couverts par une assurance privée. Or, beaucoup de ces cliniques ne sont ni réglementées ni autorisées par le Ministère ou ACO. Par conséquent, elles ne sont pas soumises au même niveau de surveillance et de normes que les hôpitaux lorsqu'elles offrent une pharmacothérapie. Cela peut compromettre la sécurité des patients et influencer sur la qualité des soins.

L'Ontario réglemente les établissements hors hôpital qui pratiquent des interventions sous diverses formes d'anesthésie et de sédation. De plus, l'Ontario autorise et réglemente des établissements de santé indépendants qui pratiquent des procédures chirurgicales,

thérapeutiques et diagnostiques remboursées par l'Assurance-santé. Même si certaines cliniques spécialisées privées peuvent être réglementées dans l'une ou l'autre de ces catégories, un grand nombre d'entre elles ne se retrouvent dans aucune de ces catégories.

Au Canada, chaque province détermine les circonstances médicales dans lesquelles elle financera l'utilisation des médicaments anticancéreux administrés par voie intraveineuse et approuvés par Santé Canada, particulièrement les médicaments utilisés pour traiter plus d'un type de cancer. Par exemple, le bévacizumab est couvert pour le cancer colorectal, mais pas pour le cancer du cerveau en Ontario, tandis qu'il est couvert pour les deux types de cancer en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Si un patient a besoin d'un médicament injectable qui n'est pas financé par l'Assurance-santé, mais qui a été jugé sans danger par Santé Canada (p. ex. le bévacizumab pour le traitement du cancer du cerveau), il arrive parfois que son oncologue l'aiguille vers une clinique spécialisée privée. Toutefois, le patient doit être prêt à payer de sa poche ou avoir une assurance privée. Le Ministère ne verse pas de fonds de fonctionnement à ces cliniques privées, mais les médecins qui y travaillent reçoivent des honoraires professionnels de l'Assurance-santé pour la fourniture de services aux patients.

En 2015-2016, 105 médecins ont présenté à l'Assurance-santé des factures totalisant environ 1,4 million de dollars, ce qui couvrirait environ 20 000 médicaments et thérapies pour le traitement du cancer dispensés dans des cliniques spécialisées privées ou dans des cabinets de médecins. Étant donné que l'Ontario n'a pas de loi qui réglemente expressément les cliniques de santé privées ou qui les oblige à être autorisées, le Ministère n'a pas d'information sur leurs activités, comme leur nombre, leur emplacement, les types de services qu'elles offrent ou leur rendement.

ACO exige que les établissements offrant une pharmacothérapie anticancéreuse aient un service des urgences sur place, mais cette exigence ne s'applique pas aux cliniques spécialisées privées, car elles ne sont pas réglementées par le Ministère ni par ACO. En outre, il n'existe aucune loi obligeant les cliniques spécialisées privées à s'assurer que les soins sont prodigués par des oncologues ou des infirmières et infirmiers spécialisés en oncologie. Les services de cancérologie dispensés dans des cliniques spécialisées privées peuvent être fournis par des médecins et des infirmières et infirmiers sans formation spécialisée sur le cancer.

Aucune autre province ne réglemente les cliniques de santé privées qui relèvent de sa compétence. Toutefois, l'Alberta a une loi qui prévoit l'agrément d'un plus large éventail d'établissements de santé, et son Ordre des médecins et chirurgiens a le pouvoir d'inspecter les établissements médicaux, qu'ils soient agréés ou non.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) inspecte des cliniques spécialisées privées et évalue des établissements de santé autonomes en mettant l'accent sur les procédures chirurgicales, thérapeutiques et diagnostiques qui y sont effectuées ainsi que sur les interventions pratiquées sous diverses formes d'anesthésie et de sédation. Toutefois, l'Ordre n'est pas habilité à inspecter ou à évaluer les pharmacothérapies anticancéreuses dans les cliniques spécialisées privées.

RECOMMANDATION 5

Pour assurer la sécurité de la pharmacothérapie offerte aux patients atteints d'un cancer, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- collabore avec Action Cancer Ontario afin d'évaluer la nécessité d'établir des normes et de superviser la prestation de la pharmacothérapie anticancéreuse dans les cliniques spécialisées privées;

- collabore avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin d'évaluer la faisabilité d'inclure la pharmacothérapie du cancer dans ses inspections des cliniques spécialisées privées.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère travaille actuellement à une loi visant à réunir les établissements de santé autonomes, les établissements hors hôpital et les instruments médicaux d'application et de détection d'énergie dans un même cadre réglementaire qui assurerait une certaine flexibilité de façon à ce que de nouveaux établissements puissent être assujettis au régime législatif à l'avenir. La nouvelle loi assurera l'accès à des services de qualité dans les établissements de santé communautaires, comme les cliniques qui pratiquent des perfusions de chimiothérapie, peu importe qu'elles soient financées par l'État ou par des fonds privés, en adoptant de nouvelles normes d'assurance de la qualité et de nouvelles normes pour assurer la sécurité des patients et la fourniture de soins de qualité.

Pour que les cliniques privées qui pratiquent des perfusions soient visées par le régime réglementaire qui régit les établissements de santé communautaires (ESC), il faudrait adopter un règlement définissant les cliniques qui pratiquent des perfusions ou leurs services comme étant des services d'ESC qui seraient assujettis à la loi. De plus, un organisme d'inspection devrait être désigné et chargé d'établir des normes, de recruter des inspecteurs, de mener des inspections, de rédiger des rapports d'inspection et de confirmer la conformité aux normes de qualité et de sécurité.

Le Ministère va travailler avec Action Care Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et d'autres intervenants et experts

pour déterminer s'il est nécessaire d'adopter des normes et de les faire appliquer dans les cliniques de pharmacothérapie anticancéreuse.

4.3.5 Des recommandations visant à éviter des incidents de sous-dosage n'ont pas été intégralement mises en oeuvre

En mars 2013, quatre hôpitaux ontariens ont informé environ un millier de patients atteints d'un cancer qu'ils avaient reçu des doses inférieures aux doses prévues de deux médicaments anticancéreux pendant leur chimiothérapie intraveineuse. Le sous-dosage était estimé à 10 % et 7 %, respectivement, pour le cyclophosphamide et la gemcitabine.

Le Ministère a par la suite procédé à un examen du système d'approvisionnement en médicaments anticancéreux de la province et a conclu que l'incident était le résultat d'importantes lacunes dans la communication et la mise en oeuvre des spécifications et des préparations des médicaments.

En réponse à l'examen, la *Loi de sauvegarde de l'intégrité des soins de santé* a été adoptée en 2014. Cette loi permet à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario d'inspecter et d'agréer les pharmacies d'hôpitaux de la province afin d'assurer la conformité aux normes.

L'examen du Ministère comprenait également 12 recommandations visant à remédier à la cause profonde de l'incident et à prévenir des problèmes semblables à l'avenir. Il a été donné suite à la plupart des recommandations, mais nous avons remarqué que l'une d'elles – assurer la traçabilité des dossiers électroniques des cliniques et des hôpitaux sur les patients et leurs traitements – demeure une préoccupation selon les inspections que l'Ordre a effectuées en 2016.

RECOMMANDATION 6

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer reçoivent des doses sécuritaires et exactes de médicaments anticancéreux, nous recommandons que le ministère de la Santé

et des Soins de longue durée (le Ministère) travaille avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et les hôpitaux pour mettre en oeuvre les recommandations découlant de l'examen du système provincial d'approvisionnement en médicaments mené par le Ministère qui n'ont pas encore été appliquées, particulièrement pour remédier aux lacunes dans la communication et la mise en oeuvre des spécifications et des préparations liées aux drogues.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et va travailler avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et les hôpitaux pour mettre en oeuvre les recommandations restantes de l'examen du système provincial d'approvisionnement en médicaments que le Ministère a mené.

4.3.6 Le processus provincial de gestion des pénuries de médicaments anticancéreux a besoin d'être amélioré

Les pénuries de médicaments, y compris les médicaments anticancéreux, sont devenues un problème à l'échelle du globe. Les causes comprennent la contamination des matières premières, les retards de production, les rappels ou les limites de production imposées par les fabricants de médicaments. Il y a eu au moins trois pénuries importantes de médicaments au Canada depuis 2014.

En avril 2014, le paclitaxel, un médicament anticancéreux courant, est devenu rare après que Santé Canada eut suspendu un fabricant pour violation des normes. À l'automne 2014, les problèmes de fabrication de deux sociétés pharmaceutiques différentes ont entraîné une pénurie du médicament bacillus Calmette-Guerin, utilisé pour traiter le cancer de la vessie. En mars 2017, il y a eu pénurie du médicament 5-fluorouracil, utilisé dans un grand nombre de traitements contre le cancer, après que Santé

Canada eut mis en quarantaine des produits fabriqués par son principal fournisseur en raison d'ampoules endommagées ou susceptibles de fuir.

En juin 2016, Santé Canada a adopté des règlements pour obliger les fabricants à déclarer publiquement les pénuries de médicaments. Les fabricants doivent maintenant fournir un préavis public de six mois en cas de pénurie prévue ou d'abandon programmé de médicaments, et un préavis de cinq jours en cas de pénurie imprévue.

Toutefois, l'Ontario n'a établi aucun protocole ni ligne directrice provinciale claire que les hôpitaux, ACO ou le Ministère pourraient utiliser pour gérer les pénuries de médicaments. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Près de 78 % des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que le Ministère, les RLISS et ACO devraient se montrer plus actifs pour fournir de l'aide et des conseils aux hôpitaux pendant les pénuries de médicaments anticancéreux. Une autre tranche de 84 % a dit qu'il devrait y avoir un responsable provincial pour faciliter le partage des médicaments pendant les pénuries.
- Il incombe aux hôpitaux de communiquer avec les fournisseurs et les autres hôpitaux de leur région pour emprunter des médicaments. Même si le Ministère nous a informés que les RLISS favorisent les communications locales entre les hôpitaux et les pharmacies d'hôpitaux, nous avons constaté qu'il n'existe pas de réseau provincial reliant toutes les pharmacies d'hôpitaux de l'Ontario qui leur permettrait de communiquer entre elles. Près de 88 % des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué qu'il serait avantageux d'avoir une plateforme ou un réseau reliant toutes les pharmacies d'hôpitaux à l'échelle de la province afin de faciliter le partage des stocks de médicaments et de l'information sur les pénuries.
- Même si le Ministère, ACO et les RLISS ont collaboré lors de pénuries de médicaments, c'est aux médecins à titre individuel qu'il

incombe de décider, compte tenu des lignes directrices cliniques publiées et de l'état du patient, s'il y a lieu de prescrire un médicament de remplacement ou de suspendre le traitement jusqu'à la fin de la pénurie. Notre sondage auprès des hôpitaux a révélé que, durant la pénurie de 5-fluorouracil de 2017, les oncologues de 16 % des hôpitaux ont prescrit d'autres médicaments.

- Ni le Ministère ni ACO n'ont de politiques sur le niveau approprié de stocks de médicaments anticancéreux que les hôpitaux devraient conserver. La gestion des stocks de médicaments relève de la responsabilité de chaque hôpital. Notre sondage a révélé que 91 % des hôpitaux n'avaient pas de politique officielle consignée par écrit sur le maintien de niveaux minimaux de stocks pour tous les médicaments anticancéreux. Au lieu de cela, les stocks étaient fondés sur l'utilisation réelle, et ils n'étaient reconstitués que lorsque le niveau était bas.

RECOMMANDATION 7

Afin d'aider à assurer un approvisionnement stable et efficace de médicaments anticancéreux, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux pour :

- améliorer le processus de partage d'information sur les pénuries et les stocks de médicaments;
- établir un protocole pour la communication, le partage des médicaments et l'établissement des priorités en cas de pénurie de médicaments anticancéreux.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario est également d'avis que les patients atteints d'un cancer devraient avoir

accès à un approvisionnement stable et efficace de médicaments anticancéreux.

Action Cancer Ontario gère actuellement une plateforme Web (site collaboratif) où les pharmacies d'hôpitaux peuvent partager de l'information sur les pénuries et les stocks de médicaments oncologiques. Action Cancer Ontario va travailler avec les centres de traitement du cancer pour favoriser une utilisation plus systématique de la plateforme.

ACO va travailler avec le Ministère pour appuyer la gestion des pénuries de médicaments anticancéreux – par exemple au moyen de lignes directrices cliniques, y compris des thérapies de rechange, et d'approches possibles en matière de priorisation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les pénuries de médicaments sont devenues un problème courant en Ontario, à l'échelle du Canada et à l'échelle mondiale et elles peuvent avoir des conséquences significatives pour les patients. Le Ministère et Action Cancer Ontario appuient cette recommandation visant à rehausser et à améliorer la collaboration avec nos partenaires de la santé, à mettre en place un cadre provincial d'intervention proactif et réactif qui optimise les renvois aux paliers supérieurs en temps opportun ainsi que les interventions et les solutions rapides en cas de pénuries prévues de médicaments contre le cancer afin d'éviter ou de minimiser les répercussions sur les patients.

Le Ministère reconnaît qu'il faut en faire plus pour établir un protocole qui optimise les communications, le partage des stocks et la conformité et la réactivité des intervenants en cas de pénurie de médicaments anticancéreux. Même si le Ministère a mis en oeuvre le Système de surveillance des stocks de médicaments de l'Ontario en 2014 pour aider les systèmes de santé à coordonner l'information lorsqu'il s'agit de faire connaître une pénurie de médicaments et qu'il a joué un rôle de chef de

file pour communiquer régulièrement avec ses partenaires de la santé dans la province (Action Cancer Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, des organismes de groupement d'achats, des associations de pharmacies, des services gouvernementaux, des groupes consultatifs de cliniciens et des fabricants de produits pharmaceutiques) au sujet des pénuries signalées, il faut admettre qu'il reste des occasions d'améliorer cette pharmacovigilance.

Des consultations sont en cours avec les parties prenantes dans la province et à l'échelle nationale et leur objet est de mieux comprendre les modalités actuelles pour repérer les pénuries de médicaments et les combler et recueillir des observations au sujet des options d'amélioration. S'inspirant des résultats de ces consultations, le Ministère va travailler avec ses partenaires du système de santé pour améliorer les mécanismes de partage d'information dès 2018.

4.4 Traitements du cancer et services de soutien spécialisés

4.4.1 La capacité de transplantation de cellules souches est insuffisante pour répondre aux besoins

L'insuffisance de la capacité de transplantation de cellules souches a été mentionnée comme étant un problème en Ontario depuis 2009, mais ce n'est qu'en 2016-2017 que le Ministère a approuvé des projets d'immobilisation pour élargir les programmes de transplantation en Ontario.

Les greffes de cellules souches permettent de remplacer les cellules hématopoïétiques endommagées par le cancer, la radiothérapie ou la chimiothérapie par des cellules souches saines. Il existe deux principaux types de greffes de cellules souches :

- Les autogreffes, qui utilisent des cellules souches prélevées auparavant chez les patients lorsqu'ils étaient en bonne santé, puis

entreposées jusqu'à ce qu'elles deviennent nécessaires. Les greffes de ce genre aident les patients à se remettre de la chimiothérapie à forte dose qui est utilisée pour traiter la maladie.

- Les allogreffes, utilisent les cellules souches d'un donneur – qui peut être un membre de la famille apparenté par le sang ou une personne sans lien de parenté – qui sont compatibles avec les cellules du patient. Les greffes de ce genre rétablissent le système immunitaire des patients, ce qui l'aide à attaquer les cellules cancéreuses restantes.

La **figure 9** présente les six hôpitaux de l'Ontario où des greffes de cellules souches sont pratiquées. Seulement trois d'entre eux sont équipés pour pratiquer tous les types de greffes. Grâce aux progrès réalisés dans l'appariement des cellules souches et les soins après transplantation au cours de la dernière décennie, un plus grand nombre de patients atteints d'un cancer deviennent admissibles à une greffe, particulièrement une allogreffe.

En mai 2015, les responsables cliniques des centres de transplantation ont écrit au Ministère et à ACO pour déclarer une pénurie de cellules souches et un manque d'infrastructure critique affectant le nombre de greffes qu'ils pouvaient

pratiquer. Ils ont indiqué que cette situation avait allongé les listes d'attente et entraîné des rechutes et des décès chez les patients.

L'absence de réponse rapide du Ministère et d'ACO entre 2009 et 2015 à la demande croissante de greffes de cellules souches ainsi que des retards dans le lancement de projets visant à accroître la capacité ont donné lieu à des temps d'attente excessifs, à des greffes hors pays coûteuses et à des résultats moins favorables pour les patients (voir la **section 4.4.2**). La **figure 10** présente un calendrier des événements liés aux greffes de cellules souches qui sont survenus de 2009 à 2017.

Entre 2011-2012 et 2015-2016, le Ministère a augmenté le financement opérationnel des centres de transplantation de 19 millions de dollars, mais nous avons remarqué que cette hausse ne couvrait que le coût opérationnel réel de l'exécution des greffes. Il n'a pas tenu compte de l'important investissement en capital requis pour accroître la capacité, par exemple un plus grand nombre de laboratoires pour assurer les procédures sophistiquées d'appariement des cellules souches requises avant les greffes, et la construction de salles de pression négative pour protéger les patients contre les infections après une greffe. Le nombre de greffes que les hôpitaux peuvent pratiquer est donc demeuré limité.

Figure 9 : Nombre de greffes de cellules souches de différents types, par hôpital, 2016-2017

Source des données : Action Cancer Ontario

	Centre régional de cancérologie	RLISS	Nombre de greffes de cellules souches		
			Autogreffes (cellules souches du patient)	Allogreffes (cellules souches de donneurs)	
			Donneur avec lien de parenté	Donneur sans lien de parenté	
1	Hôpital Princess Margaret	Centre-Toronto	300	57	70
2	Hamilton Health Sciences Centre	Hamilton Niagara Haldimand Brant	112	34	34
3	L'Hôpital d'Ottawa	Champlain	85	33	40
4	Hôpital général de Kingston	Sud-Est	55	–	–
5	London Health Sciences Centre	Sud-Ouest	56	13	–
6	Horizon Santé-Nord	Nord-Est	24	–	–
Total			632	137	144

Figure 10 : Calendrier des événements liés aux greffes de cellules souches, 2009-2015

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

Année	Événements importants
2009	<ul style="list-style-type: none"> ACO soumet au Ministère un rapport indiquant une augmentation rapide de la demande de greffes et recommande l'expansion immédiate des programmes de greffe.
2010	<ul style="list-style-type: none"> ACO met sur pied un Comité directeur sur les greffes de cellules souches, qui se compose de représentants des hôpitaux et des patients, d'experts cliniques et de gestionnaires des programmes d'ACO.
2011-2012	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux commencent à communiquer des données sur les greffes à ACO. Celles-ci montrent que peu de greffes sont pratiquées dans les délais cibles. En décembre 2011, le Comité directeur sur les greffes de cellules souches d'ACO constate que la capacité et le financement limités ont poussé les patients à demander des greffes coûteuses à l'étranger entre 2005 et 2010. Il recommande que toutes les greffes sur des adultes soient pratiquées en Ontario et que des investissements soient effectués pour renforcer la capacité de la province.
2012-2014	<ul style="list-style-type: none"> Le procès-verbal de la réunion du Comité directeur sur les greffes de cellules souches d'ACO indique que les hôpitaux ont exprimé plusieurs fois des préoccupations concernant les problèmes de capacité, la demande accrue et les longs temps d'attente. Les données sur les greffes continuent de montrer que le pourcentage de greffes effectuées dans les délais cibles demeure faible.
2015	<ul style="list-style-type: none"> ACO et le Ministère reçoivent une lettre des responsables cliniques des centres transplantateurs déclarant un manque critique de cellules souches. En réponse, ACO met en place un processus rationalisé d'aiguillage à l'étranger qui envoie des patients en attente d'allogreffe aux États-Unis. Quatre hôpitaux ont présenté des demandes relatives à des projets d'immobilisation au Ministère depuis décembre 2015.
2016-2017	<ul style="list-style-type: none"> La province continue d'envoyer des patients en attente d'allogreffe aux États-Unis. Le Ministère approuve des projets d'immobilisations visant à élargir les programmes de greffe en Ontario.

Les hôpitaux nous ont informés qu'il n'y avait pas de stratégie provinciale visant à élargir la capacité de transplantation de cellules souches. Ils ont consulté ACO et le Ministère pour obtenir des directives sur l'augmentation de la capacité provinciale de transplantation, mais nous avons constaté qu'ACO et le Ministère avaient des explications différentes. ACO, par exemple, a indiqué qu'il n'intervenait pas, car le Ministère finance directement l'expansion des immobilisations des hôpitaux, tandis que les hôpitaux sont responsables de la planification de l'expansion des immobilisations. Pour sa part, le Ministère nous a informés qu'il n'avait reçu aucune demande de financement d'immobilisations liée à l'expansion de la capacité de transplantation des hôpitaux.

Bien que le problème de l'insuffisance de la capacité de transplantation de cellules souches ait été signalé dès 2009, ce n'est qu'en 2016 que le Ministère, ACO et les hôpitaux ont élaboré un plan d'investissement en capital pour régler ce problème. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Le Ministère a approuvé des projets d'expansion des immobilisations dans trois hôpitaux (l'Hôpital Princess Margaret à Toronto, le Hamilton Health Sciences et l'Hôpital d'Ottawa) en 2016, soit sept ans après que la question de la capacité de transplantation a été soulevée pour la première fois en 2009. Ces projets étaient censés être achevés d'ici 2019-2020.
- De même, en 2016, le Ministère a homologué le Centre Sunnybrook des sciences de la santé

de Toronto comme centre de transplantation, sept ans après la recommandation d'ACO. On s'attend à ce que Sunnybrook commence à pratiquer des greffes en 2020-2021.

Les quatre expansions d'immobilisations approuvées en 2016 nécessitent d'autres approbations pour chaque phase des projets. Toutefois, les approbations subséquentes ont été retardées, bien que le Ministère ait indiqué que les projets d'installations de transplantation de cellules souches constituent sa principale priorité.

La **figure 11** montre la capacité estimée et la demande de greffes de cellules souches allogéniques (provenant de donneurs). Les projets d'immobilisations approuvés par le Ministère au moment de notre audit ne fourniront pas une capacité suffisante pour répondre à la demande. Après nos travaux d'audit sur le terrain, ACO nous a informés que le Ministère avait approuvé des projets d'immobilisations supplémentaires pour répondre aux préoccupations relatives à la capacité. Mais l'offre ne répondra toujours pas à la demande en Ontario avant 2020-2021.

Compte tenu de sa capacité limitée, l'Ontario a toujours pratiqué moins d'allogreffes par tranche de 10 millions d'habitants que les autres provinces (voir la **figure 12**).

4.4.2 De longs temps d'attente pour les greffes de cellules souches

Les temps d'attente pour les greffes de cellules souches ont toujours été longs depuis qu'ACO a commencé à les suivre en 2011-2012. Le comité directeur des cellules souches d'ACO, qui se compose d'experts cliniques, fixe des temps d'attente cibles pour les greffes de cellules souches. Dans le cas des autogreffes, le temps d'attente est mesuré depuis le début de la pharmacothérapie anticancéreuse jusqu'à la date de la greffe. Dans le cas des allogreffes, le temps d'attente est mesuré depuis la date d'identification de cellules souches jusqu'à la date de la greffe.

Lors de notre examen des données d'ACO sur les temps d'attente en 2015-2016, nous avons observé que le temps d'attente réel pour les autogreffes était

Figure 11 : Estimation de la capacité et de la demande pour les allogreffes de cellules souches, 2015-2016 à 2024-2025

Source des données : Action Cancer Ontario

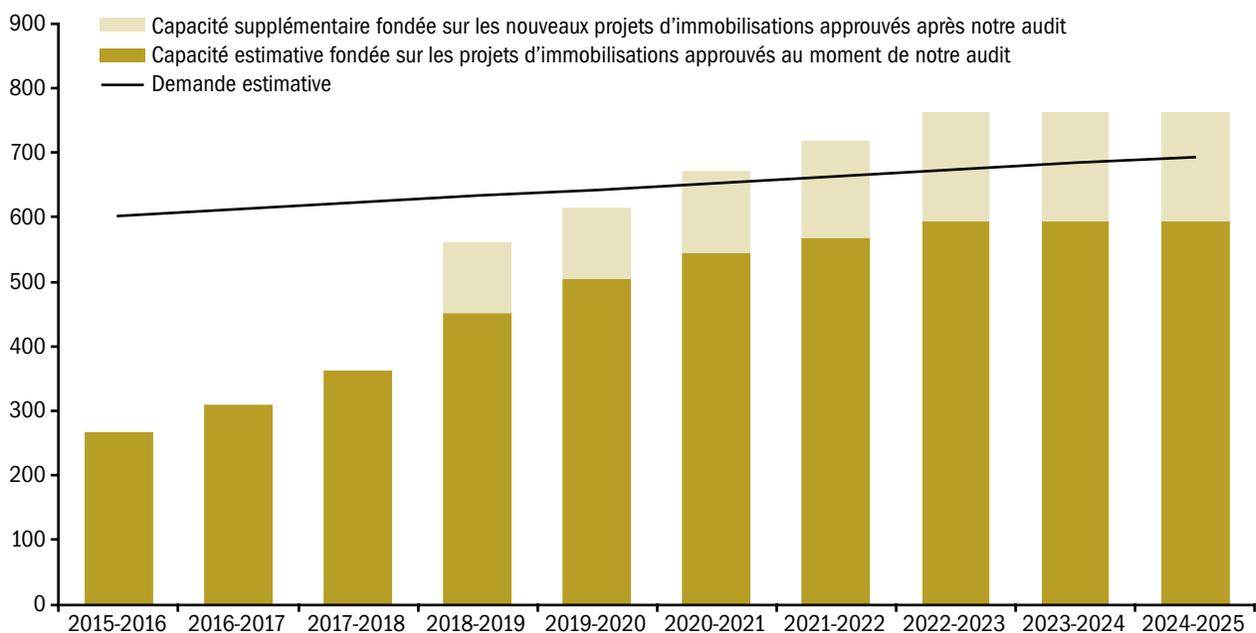
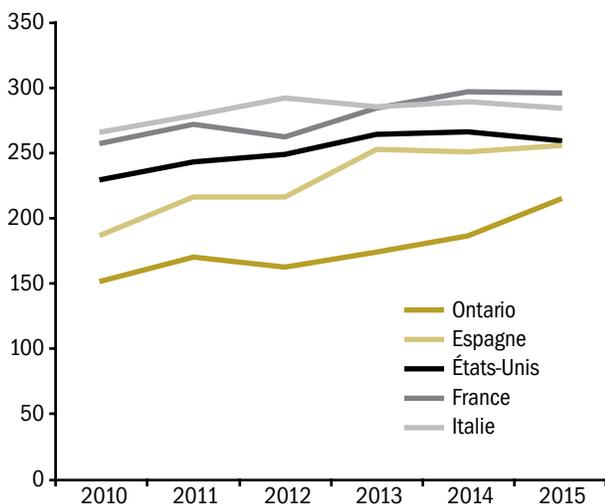


Figure 12 : Allogreffes de cellules souches par tranche de 10 millions d'habitants, 2010-2015

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



Remarque : Données provenant d'ACO, du Center for International Blood and Marrow Transplant Research (juillet 2016) et de la Direction européenne de la qualité du médicament (2016). Les données concernant les autres administrations canadiennes ne sont pas disponibles.

plus de 1,5 fois plus long que le temps d'attente cible, et que le temps d'attente cible pour ces greffes était respecté dans environ la moitié des cas. Nous avons également remarqué que le temps d'attente réel pour les allogreffes était de près sept fois plus long que le temps d'attente cible, et que ce

dernier était respecté dans seulement 9 % (voir la figure 13).

En outre, notre examen des données sur les temps d'attente de 2011-2012 à 2015-2016 révèle que les pourcentages de greffes pratiquées dans les temps d'attente cibles d'ACO ont toujours été faibles (voir la figure 14).

ACO ne dispose pas de renseignements sur le nombre de patients qui ont fait une rechute ou qui sont décédés en attendant une greffe, car il n'exige pas que les hôpitaux soumettent ces renseignements. Toutefois, notre analyse d'autres sources d'information révèle que les patients dont les temps d'attente pour une greffe de cellules sont longs semblent avoir obtenu des résultats moins favorables. Par exemple, un groupe de médecins d'un des centres de transplantation a procédé à un examen des patients atteints d'une leucémie myéloblastique aiguë qui ont reçu des greffes de cellules souches allogéniques entre janvier 2013 et septembre 2015. L'examen a permis de constater que les patients ont subi d'importants retards pour les greffes, ce qui a entraîné plusieurs admissions à l'hôpital, des cycles supplémentaires de chimiothérapie et des complications connexes. Et 82 % des patients examinés ont été exposés à un ou plusieurs cycles supplémentaires de

Figure 13 : Temps d'attente pour les greffes de cellules souches en Ontario, 2015-2016

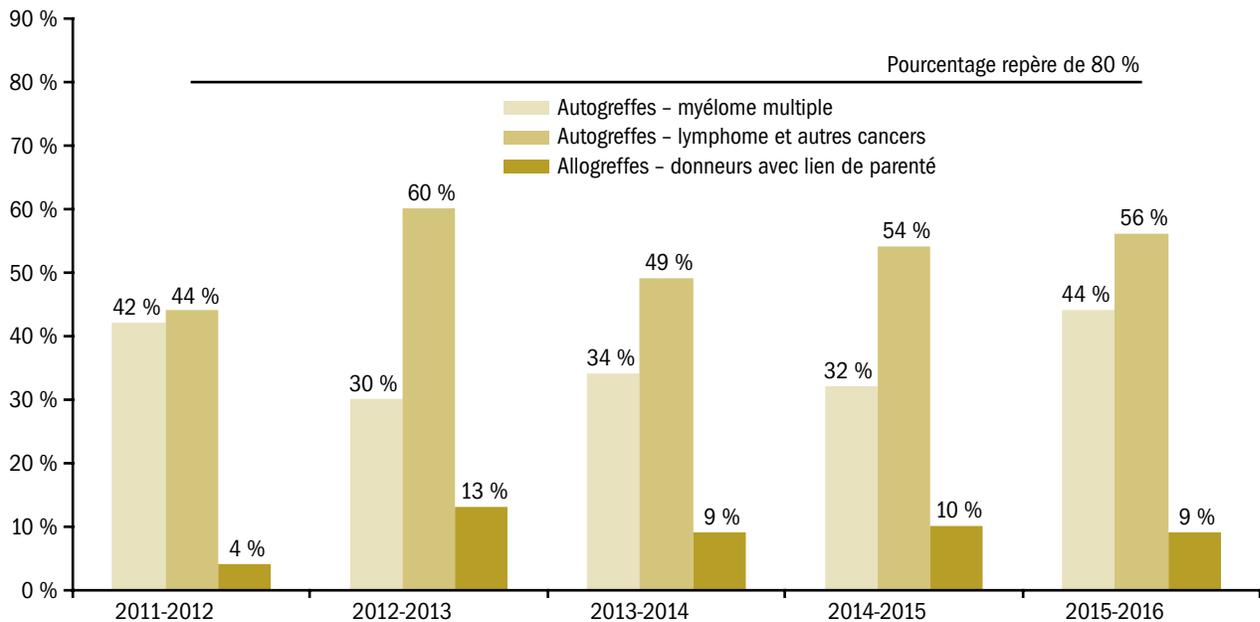
Source des données : Action Cancer Ontario

Types de greffes de cellules souches	Volume	Temps		Temps d'attente réel plus long que la cible :	% de greffes pratiquées dans les délais cibles ²
		d'attente cible (en jours)	Au 80 ^e percentile (en jours) ¹		
Autogreffes – myélome multiple ³	341	161	234	1,5 fois	44
Autogreffes – lymphome ⁴ et autres cancers	64	203	359	1,8 fois	56
Allogreffes – donneurs avec lien de parenté	112	42	285	6,8 fois	9
Allogreffes – donneurs sans lien de parenté	138	Aucune cible	207	–	–

1. Le temps d'attente au 80^e percentile signifie que 80 % des patients ont attendu pendant un délai qui a pu aller jusqu'à ce nombre de jours tandis que 20 % ont attendu plus que ce nombre de jours.
2. Le pourcentage de greffes pratiquées dans les délais cibles est comparé à 80 %.
3. Le myélome multiple est un cancer des plasmocytes, un type de globules blancs qui produit normalement des anticorps.
4. Le lymphome est un cancer du système lymphatique, qui fait partie du système immunitaire.

Figure 14 : Pourcentage de greffes de cellules souches pratiquées dans les délais cibles, 2011-2012 à 2015-2016

Source des données : Action Cancer Ontario



Remarque : Comme aucun temps d'attente cible n'a été fixé pour les allogreffes de cellules souches provenant de donneurs sans lien de parenté, aucune analyse n'est possible.

chimiothérapie, certains ayant reçu jusqu'à quatre cycles supplémentaires. Au total, 79 cycles supplémentaires de chimiothérapie ont été fournis à un coût total estimatif de plus de 200 000 \$.

En 2015, afin d'améliorer les temps d'attente pour les greffes de cellules souches en Ontario, ACO a simplifié le processus d'envoi des patients en attente d'allogreffes aux États-Unis. Lors de notre analyse des données à l'étranger, nous avons constaté ce qui suit :

- D'avril 2005 à septembre 2015, l'Ontario a dépensé 7,5 millions de dollars pour 16 greffes hors pays en raison d'un manque de capacité.
- D'octobre 2015 à juin 2017, après la rationalisation du processus d'envoi à l'étranger par ACO, 65 patients ont été envoyés aux États-Unis pour des allogreffes. Le coût moyen de la procédure aux États-Unis était de 660 000 \$, soit près de cinq fois plus qu'en Ontario (128 000 \$). Au moment de notre audit, le Ministère avait déjà payé 35 millions de dollars à des hôpitaux américains pour 53 de ces 65 patients, soit

environ 28 millions de plus que ce que la greffe aurait coûté si la capacité avait existé en Ontario. Nous avons estimé le coût des greffes des 12 autres patients à 8 millions de dollars, soit 6 millions de plus que ce qu'elles auraient coûté en Ontario.

- ACO prévoit qu'entre juillet 2017 et la fin de 2020-2021, 106 autres patients seront envoyés aux États-Unis pour y subir des greffes. Nous avons estimé le coût de ces greffes à 70 millions de dollars, soit environ 56 millions de plus que ce qu'elles auraient coûté en Ontario.

RECOMMANDATION 8

Pour mieux garantir que les besoins des patients atteints d'un cancer nécessitant une greffe de cellules souches sont satisfaits en temps opportun et de façon équitable, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de collaborer avec Action Cancer Ontario et les hôpitaux pour évaluer

la nécessité d'autres projets d'immobilisations et rationaliser et accélérer les processus d'examen et d'approbation du financement des immobilisations afin d'accroître la capacité de faire des greffes de cellules souches en Ontario.

RÉPONSE DU MINISTÈRE ET D'ACTION CANCER ONTARIO

Le Ministère et ACO ont réuni un groupe de consultation composé de cliniciens, d'administrateurs, de patients et de représentants des familles qui va aider le Ministère et ACO à planifier une démarche à plusieurs volets visant à élargir l'accès à des greffes de cellules souches et à renforcer la capacité à l'intérieur de la province. Au cours des deux dernières années, conformément à cette stratégie, le Ministère a annoncé des investissements consacrés au financement d'immobilisations pour des projets dans cinq hôpitaux, afin de renforcer les capacités en matière de greffes de cellules souches et de traitement de la leucémie aiguë pour les patients. Action Cancer Ontario, les hôpitaux et les RLSS ont travaillé étroitement avec le Ministère pour accélérer la planification et la construction de ces installations. Pour assurer la qualité des installations de soins des patients qui en résulteront, la conformité aux normes en matière de places dans les établissements de soins de santé et l'utilisation judicieuse des deniers publics, les fournisseurs de services de santé sont tenus de franchir les diverses étapes nécessaires en matière de planification des immobilisations, ce qui prend du temps.

4.4.3 Le soutien de la gestion des symptômes pour les patients atteints d'un cancer est inadéquat

Les patients atteints d'un cancer en Ontario n'ont pas reçu de soutien adéquat en gestion des symptômes, ce qui est important pour aider ceux

qui présentent des symptômes moins graves à éviter les visites inutiles aux salles des urgences des hôpitaux.

Une étude que le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario a publiée en 2013 révèle que l'aggravation des symptômes a contribué à une hausse du nombre de visites aux salles des urgences. Toutefois, selon une étude menée en 2014 par ACO, les patientes atteintes d'un cancer du sein dont les symptômes étaient surveillés ont fait 43 % moins de visites aux salles des urgences que dans le passé.

ACO a mis au point un outil d'enquête sur la gestion des symptômes que les patients peuvent utiliser pour identifier leurs symptômes et en faire rapport aux équipes de soins oncologiques des hôpitaux. Nous avons cependant constaté ce qui suit :

- Selon les données recueillies par ACO en 2016, 61 % des patients atteints d'un cancer ont utilisé l'outil d'enquête ACO au moins une fois par mois, ce qui est inférieur au taux cible de 70 %.
- Selon une enquête de 2016 sur l'expérience des patients en gestion des symptômes, chez les patients atteints d'un cancer qui utilisent l'outil pour signaler leurs symptômes, environ un sur trois a indiqué que son équipe de soins de santé n'avait pas discuté des symptômes déclarés avec lui.

Nous avons analysé les données publiées par le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario entre 2010 et 2014 et constaté que 51 % des patients atteints d'un lymphome, 47 % des patients atteints d'un cancer du côlon qui ont reçu une pharmacothérapie à l'hôpital, et 44 % des patientes atteintes d'un cancer du sein ont visité les urgences d'un hôpital au moins une fois durant leurs traitements.

Plus de 35 % de ces patients ont fait deux visites aux urgences; plus de 15 %, trois visites. Entre 2010 et 2014, le nombre de visites aux urgences par ces patients a également augmenté de 21 %. Toutefois, 72 % d'entre eux ont reçu leur congé après avoir été

traités à la salle des urgences, car leurs symptômes ne justifiaient pas l'admission à l'hôpital.

ACO a indiqué que les salles des urgences ne sont pas les milieux de soins les plus appropriés pour le soutien, le traitement ou la gestion des effets secondaires moins graves liés au cancer. Les patients auraient pu être traités dans d'autres services des hôpitaux, comme les centres de soins urgents (CSU), où les patients peuvent être traités pour des symptômes moins sévères. Toutefois, nous avons constaté que la disponibilité des CSU et des lignes téléphoniques d'urgence pour les patients atteints d'un cancer variait d'un hôpital à l'autre.

Par exemple :

- Seulement la moitié des 14 centres régionaux de cancérologie ont des CSU pour aider les patients atteints d'un cancer à gérer leurs symptômes.
- Télésanté Ontario permet aux Ontariens d'accéder par téléphone en tout temps à une infirmière ou à un infirmier autorisés qui peuvent leur donner des conseils ou des renseignements. Cependant, Télésanté n'offre aucune spécialité oncologique pour gérer les effets secondaires du traitement du cancer. Les patients atteints d'un cancer sont souvent dirigés vers les salles des urgences des hôpitaux pour obtenir de l'aide, surtout après les heures, lorsque les centres régionaux de cancérologie et les cliniques d'oncologie des hôpitaux communautaires sont fermés.
- Un projet pilote du programme régional de cancérologie du RLISS du Centre a fourni un soutien en gestion des symptômes aux patients atteints d'un cancer au moyen d'une ligne téléphonique spécialisée donnant accès à un membre du personnel d'oncologie. Le projet pilote, qui s'est déroulé d'août 2016 à avril 2017, a reçu 460 appels, et seulement 7 % de ces cas ont nécessité une visite à la salle des urgences. Une enquête a révélé qu'environ 40 % des appelants auraient effectué des visites inutiles au service des urgences, et 90 % des appelants ont déclaré

que la ligne téléphonique était utile. Compte tenu de ses résultats positifs, le projet pilote a été converti en programme englobant 11 hôpitaux qui relèvent de 5 RLISS répartis à travers la province. Toutefois, il n'était pas certain au moment de notre audit que le financement du programme serait maintenu après décembre 2017.

Nous avons également constaté que l'Ontario était à la traîne d'autres administrations en ce qui a trait au soutien de la gestion des symptômes. Par exemple :

- Action Cancer Manitoba a ouvert une clinique de soins urgents et une ligne téléphonique centralisée pour les patients atteints d'un cancer en 2013. Selon le gouvernement du Manitoba, la clinique et la ligne téléphonique d'urgence ont permis d'éviter 13 hospitalisations et plus de 100 visites aux salles des urgences au cours des premières semaines d'exploitation. En outre, le temps d'attente moyen à la clinique de soins urgents n'était que de 25 minutes, comparativement à une moyenne de deux heures aux salles des urgences du Manitoba.
- L'hôpital Johns Hopkins de Baltimore a ouvert son centre de soins urgents pour les patients atteints d'un cancer en 2014 et a signalé que les hospitalisations de patients atteints d'un cancer ont diminué de 50 % depuis.

RECOMMANDATION 9

Pour mieux garantir que les symptômes des patients atteints d'un cancer font l'objet d'un suivi, d'une gestion et d'un traitement adéquats en temps opportun, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario collabore avec les hôpitaux pour évaluer les programmes de gestion des symptômes en vigueur dans d'autres administrations et déterminer si des programmes semblables peuvent être mis en oeuvre en Ontario pour détourner les patients atteints d'un cancer des salles des urgences.

RÉPONSE D'ACTION CANCER

Action Cancer Ontario est d'accord avec cette recommandation et va continuer de s'employer à améliorer les programmes de gestion des symptômes des patients atteints d'un cancer partout en Ontario.

Ce travail est facilité par un outil électronique d'enquête auprès des patients grâce auquel les patients peuvent signaler leurs symptômes en temps réel. L'outil est en place dans plus de 90 hôpitaux. Jusqu'à maintenant, grâce à cet outil, 350 000 patients uniques ont fait l'objet d'un suivi et 6,5 millions d'évaluations ont été réalisées.

Action Cancer Ontario reconnaît toutefois qu'il faut en faire plus et a fait valoir la nécessité d'investir des sommes supplémentaires pour la gestion adéquate et le traitement approprié des systèmes reliés au cancer chez les patients. Une proposition en ce sens a été présentée au Ministère.

En 2014-2015, Action Cancer Ontario a recensé les programmes d'autres administrations et est actuellement en train de travailler avec des chercheurs pour déterminer un modèle optimal de soins. En attendant des investissements supplémentaires, Action Cancer Ontario va travailler avec les programmes régionaux de cancérologie pour faire connaître et adapter les pratiques exemplaires en la matière (par exemple, une ligne téléphonique permettant d'accéder à un service d'oncologie ou à une clinique de soins urgents à l'intérieur d'un centre de cancérologie 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; la surveillance des symptômes à domicile; du soutien en matière d'autogestion; et de l'encadrement). L'objectif est de réduire le nombre de visites aux urgences qui pourraient être évitées ainsi que les admissions non prévues.

4.4.4 Les services d'oncologie psychosociale sont insuffisants et incohérents pour les patients atteints d'un cancer

Les patients atteints d'un cancer en Ontario ne reçoivent pas suffisamment de services d'oncologie psychosociale, qui sont fournis par des spécialistes comme des psychiatres, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététistes autorisés, des psychologues et des orthophonistes.

Selon les *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families* (normes des services de santé psychosociale pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs familles) de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale, tous les patients admis dans le système de lutte contre le cancer ont besoin d'un certain niveau de services psychosociaux. Ces normes indiquent également qu'environ 35 % à 40 % des patients atteints d'un cancer nécessitent une intervention spécialisée de professionnels de l'oncologie psychosociale pour gérer leurs symptômes ou leur détresse psychosociale. Toutefois, selon les données d'ACO, en 2016-2017, seulement 5,8 % et 6,6 % des patients atteints d'un cancer ont reçu des consultations auprès de diététistes ou de travailleurs sociaux au centre de cancérologie, respectivement.

Les services de diététistes sont particulièrement importants pour les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou, qui présentent un risque élevé de malnutrition. Une intervention précoce peut réduire au minimum la perte de poids, réduire les symptômes (comme les nausées, les vomissements et la bouche sèche) et réduire les admissions à l'hôpital. Les lignes directrices de pratique clinique d'ACO exigent qu'au moins 80 % des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou reçoivent les services d'un diététiste dans les deux semaines suivant le début du traitement. Toutefois, seulement 60 % de ces patients ont effectivement reçu ce service.

Nous avons également constaté que les services d'oncologie psychosociale n'étaient pas offerts uniformément à l'échelle de la province, surtout en ce qui concerne la portée et le niveau de service :

- **Portée du service :** Un sondage mené en 2016 par ACO a révélé que plus de la moitié des centres régionaux de cancérologie n'avaient pas de psychiatre, d'ergothérapeute, de psychologue, d'orthophoniste ni de physiothérapeute sur place. Les travailleurs sociaux et les diététistes étaient les seuls fournisseurs de services d'oncologie psychosociale offerts systématiquement dans tous les centres régionaux de cancérologie. Notre analyse des dépenses réelles de 2015-2016 révèle que les centres anticancéreux régionaux ont reçu 14,4 millions de dollars d'ACO pour des services psychosociaux, mais les données du Ministère ont montré que les sommes consacrées à ces services totalisaient seulement 10,8 millions de dollars.
- **Niveau de service :** Les soins psychosociaux peuvent être administrés à toutes les phases du cancer, depuis le dépistage, le diagnostic et le traitement jusqu'au post-traitement et aux soins de fin de vie. Toutefois, le niveau des services psychosociaux offerts varie d'un centre à l'autre selon le financement, les ressources et les priorités locales. Notre sondage auprès des centres de cancérologie régionaux révèle que 89 % d'entre eux offraient des services psychosociaux aux patients à tous les stades du cancer, y compris le post-traitement et les soins de fin de vie. Toutefois, plus de la moitié (54 %) des autres hôpitaux communautaires sondés ont indiqué qu'ils dispensaient des services psychosociaux surtout aux patients atteints d'un cancer au stade du traitement, par manque de fonds et de ressources.

RECOMMANDATION 10

Pour que les patients atteints d'un cancer reçoivent des services psychosociaux suffisants

et uniformes à l'échelle de la province, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario :

- élabore et mette en oeuvre une stratégie à long terme pour financer et élargir les services d'oncologie psychosociale offerts aux patients atteints d'un cancer;
- établisse des normes provinciales pour la prestation des services psychosociaux en Ontario.

RÉPONSE DU MINISTÈRE ET D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario convient que des services d'oncologie psychosociale (OPS) sont un élément essentiel du soin des patients atteints d'un cancer et de leurs familles, et nous allons continuer de nous employer à améliorer l'accès à de tels services.

Des ressources en OPS ont été enchâssées dans plusieurs modèles de financement (par exemple, procédure de traitement systémique reposant sur la qualité, greffes de cellules souches et leucémie aiguë) et seront intégrées aux modèles qu'Action Cancer Ontario élaborera à l'avenir. ACO reconnaît toutefois qu'il faut davantage de ressources. D'ici mars 2019, l'organisme aura terminé le travail auprès des hôpitaux pour déterminer l'ampleur de l'écart entre les fonds attribués aux hôpitaux par ACO et les investissements des hôpitaux dans des services d'OPS. Action Cancer Ontario va alors travailler avec les hôpitaux et le Ministère pour rajuster les mécanismes actuels de financement s'il y a lieu.

Action Cancer Ontario a formulé des recommandations pour la fourniture de services d'OPS en Ontario (que des experts de l'extérieur en matière d'OPS sont en train d'examiner). Le but de ces recommandations est de veiller à ce que la gamme des services d'OPS nécessaires soit dispensée systématiquement et rapidement à tous les patients atteints d'un cancer et à leurs familles qui en ont besoin en Ontario.

Ce cadre de fourniture de services servira de référence pour évaluer et mesurer la fourniture des services d'OPS dans le cadre de chaque programme régional de cancérologie.

4.5 Procédures de diagnostic liées au cancer

4.5.1 L'Ontario tarde à adopter les avancées en matière d'examens de tomographie par émission de positons (TEP)

La tomographie par émission de positons (TEP), qui consiste à injecter des substances radioactives dans l'organisme pour créer des images détaillées, est devenue un outil de diagnostic de plus en plus important dans d'autres administrations. Nous avons constaté que les examens de TEP couverts par l'Assurance-santé répondent généralement aux besoins des Ontariens. Par exemple, en 2015, 81 % des patients atteints d'un type particulier de cancer du poumon ont fait l'objet d'un examen de TEP avant le traitement. Toutefois, l'Ontario n'a pas mis à jour les critères d'admissibilité ni les règles de couverture de l'Assurance-santé pour les examens de TEP depuis 2013 et a tardé à recourir aux nouveaux traceurs radioactifs, même si un certain nombre d'entre eux sont maintenant disponibles dans d'autres administrations.

Les examens de TEP peuvent montrer des changements dans les processus biochimiques avant qu'ils ne deviennent visibles pour d'autres outils d'imagerie comme les tomographies et les examens par IRM. Les examens de TEP sont utilisés principalement pour diagnostiquer et classer les stades du cancer afin de déterminer le traitement.

L'Ontario dispose d'une caméra à positons et de 12 appareils de tomographie par émission de positons et tomographie par émission de positons (TEP-TDM) plus avancés, qui font d'abord un examen de TEP, puis un tomogramme, puis qui fusionnent les deux images à l'aide d'un logiciel spécialisé. En 2016-2017, plus de 13 000 examens de TEP ont été

effectués en Ontario, dont 96 % pour des patients atteints d'un cancer.

D'après notre analyse des taux de TEP en Ontario et ailleurs, nous avons constaté que le taux de l'Ontario était inférieur à celui de la plupart des autres pays, y compris le Canada dans son ensemble (voir la **figure 15**). Selon l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, organisme indépendant sans but lucratif créé par le gouvernement du Canada, l'Ontario a effectué moins d'examens de TEP par tranche de 1 000 habitants que toute autre province canadienne (voir la **figure 16**).

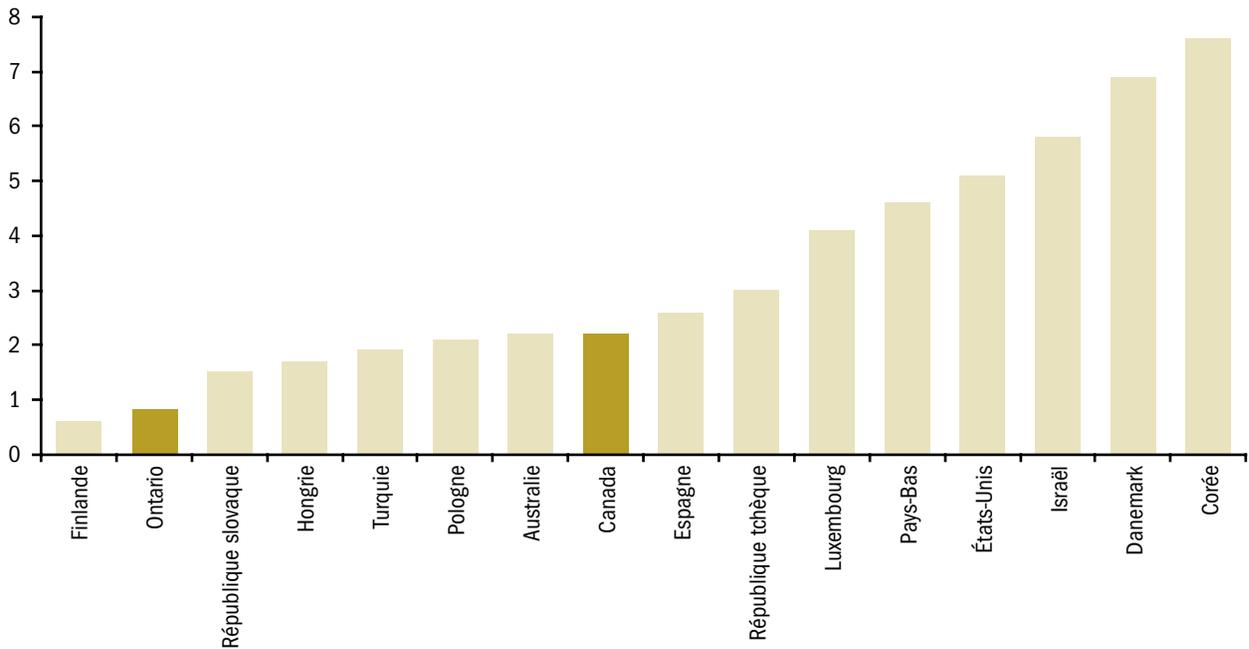
Notre analyse des données d'ACO a révélé que 41 % de la capacité de TEP de la province n'avait pas été utilisée en 2016-2017, ce qui laisse penser qu'un plus grand nombre de patients auraient pu faire l'objet de TEP et peut-être en tirer des avantages sans qu'il soit nécessaire d'ajouter d'autres appareils. Le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario a signalé que l'utilisation des TEP-TDM est vraisemblablement influencée par les choix des médecins en matière d'aiguillage et leur sensibilisation au programme de TEP-TDM.

En Ontario, les examens de TEP sont couverts seulement s'il y a des preuves montrant que leurs résultats vont avoir des répercussions sur les soins. Toutefois, nous avons remarqué que depuis 2013, l'Ontario n'avait pas mis à jour les critères d'admissibilité à l'Assurance-santé pour les examens de TEP, qui ne couvre que les patients ayant des problèmes de santé et des besoins diagnostiques très précis. L'Assurance-santé couvre actuellement les examens de TEP pour 15 affections médicales.

Le Ministère négocie avec l'Ontario Medical Association (OMA) l'ajout de nouvelles affections médicales à la liste des services de TEP couverts par l'Assurance-santé. Toutefois, comme les négociations relatives à une nouvelle entente sur les services des médecins entre le Ministère et l'OMA se poursuivent depuis trois ans, les critères d'admissibilité aux TEP n'ont pas été mis à jour. Par exemple :

Figure 15 : Taux de TEP par tranche de 1 000 habitants en Ontario et dans d'autres administrations, 2014

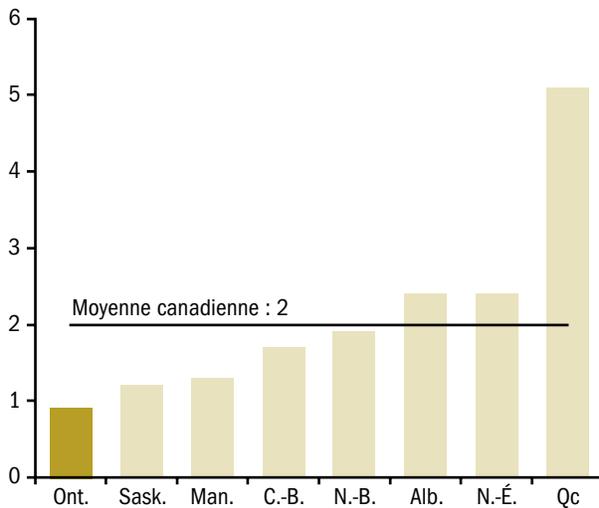
Source des données : Organisation de coopération et de développement économiques, Action Cancer Ontario



Remarque : Les données sur les TEP concernant d'autres administrations proviennent de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Les données sur les TEP concernant l'Ontario proviennent d'ACO.

Figure 16 : Taux de TEP par tranche de 1 000 habitants en Ontario et dans d'autres administrations canadiennes, 2015

Source des données : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé



Remarque : Le taux de TEP de l'Ontario est calculé d'après les données fournies par Action Cancer Ontario. Les taux des autres provinces sont entrés par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé à partir des résultats d'une enquête et publiés dans un rapport intitulé *Inventaire canadien d'imagerie médicale, 2016*.

- En 2016, le Comité ontarien de direction en matière de TEP, qui se compose de représentants de l'Institut de recherche en services de santé, d'ACO, d'oncologues cliniques, de médecins spécialistes de la médecine nucléaire et d'autres spécialistes de la technologie de TEP et de domaines connexes, a recommandé d'utiliser des examens de TEP pour déterminer les stades du lymphome agressif, d'après les données cliniques et les directives internationales publiées en 2014. Toutefois, le dépistage du lymphome par TEP n'est toujours pas couvert par l'Assurance-santé. En 2015, ACO estimait qu'environ 50 % des patients atteints d'un lymphome agressif auraient bénéficié d'un examen de TEP pour déterminer le stade de leur cancer, mais seulement 14 % en ont subi un.
- En 2015, même si le Comité ontarien de direction en matière de TEP a présenté une recommandation semblable, à savoir d'utiliser

des examens de TEP pour déterminer le stade d'un mélanome, le service n'est toujours pas couvert par l'Assurance-santé en Ontario.

- Les examens de TEP pour certaines affections cérébrales et pour le cancer du col de l'utérus sont actuellement couverts par la Colombie-Britannique et le Québec, mais pas par l'Ontario.

Nous avons également remarqué que l'Ontario tarde à adopter de nouveaux traceurs radioactifs, même si un certain nombre de ces traceurs sont utilisés dans les examens de TEP dans d'autres administrations depuis quelques années. Par exemple :

- En 2013, le Comité ontarien de direction en matière de TEP a recommandé l'utilisation d'un nouveau traceur radioactif approuvé par Santé Canada, le rubidium, pour les examens de TEP en Ontario.
- ACO a proposé d'établir trois sites pour effectuer au moins 1 200 examens de TEP au moyen du rubidium. Malgré les efforts déployés par ACO pour obtenir l'approbation et le financement du Ministère, aucun progrès n'a été réalisé.
- Le seul traceur radioactif financé et utilisé dans les examens de TEP en Ontario n'est pas efficace pour le cancer de la prostate. En fait, aucun traceur radioactif qui serait efficace pour les examens de TEP en cas le cancer de la prostate n'a été approuvé par Santé Canada (le Ministère fédéral qui approuve l'utilisation des médicaments au Canada), mais ces traceurs sont disponibles dans d'autres pays depuis plusieurs années. Par exemple, aux États-Unis, c'est en 2012 que l'U.S. Food and Drug Administration a approuvé l'utilisation du traceur C11 Choline pour les examens de TEP. Un traceur plus récent qui permet de détecter l'antigène membranaire spécifique de la prostate dans les examens de TEP est utilisé au Royaume-Uni depuis 2016. toutefois, aucun de ces traceurs radioactifs n'a été approuvé par Santé Canada.

Depuis 2014, reconnaissant les avantages et les limites des examens de TEP dans le cas du cancer de la prostate en Ontario, la province envoie certains patients subir de tels examens dans d'autres pays qui utilisent les traceurs radioactifs les plus récents. Le cas de chaque patient est approuvé individuellement et le coût des examens est couvert par le Programme des services de santé hors pays de l'Ontario. Nous avons constaté que le coût de ces examens de TEP à l'étranger est élevé. En effet, notre analyse des données recueillies entre 2014 et 2016 révèle que le coût moyen à l'étranger était d'environ 8 500 \$, soit vraisemblablement plus cher que le coût du service s'il était fourni en Ontario.

Comme les nouveaux traceurs radioactifs ne sont pas utilisés en Ontario, ACO s'attendait à une augmentation du nombre de demandes de TEP à l'étranger. En juin 2016, l'organisme a soumis un rapport au Ministère soulignant les risques que cela poserait si l'Ontario n'était pas en mesure de répondre au besoin croissant d'examen de TEP et de demeurer à la fine pointe en fonction des meilleurs éléments cliniques disponibles.

RECOMMANDATION 11

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer bénéficient des examens de TEP aux fins de diagnostic et de traitement, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de collaborer avec Action Cancer Ontario pour :

- rationaliser et accélérer les processus d'adoption et de financement de nouveaux traceurs radioactifs pour les examens de TEP, notamment en mettant à jour les critères d'admissibilité aux services de TEP couverts par l'Assurance-santé;
- mieux faire connaître la disponibilité des examens de TEP et leur utilisation dans certains scénarios cliniques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et va faire les meilleurs efforts pour travailler avec ses partenaires, y compris Action Cancer Ontario, pour établir et financer de nouvelles indications pour les examens de TEP, y compris l'utilisation de nouveaux traceurs radioactifs. Les critères d'admissibilité aux services d'examens de TEP couverts par l'Assurance-santé seront peut-être mis à jour dans le cadre des négociations entre l'OMA et le Ministère.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario est d'accord avec cette recommandation et travaille déjà avec le Ministère pour rationaliser et accélérer les processus d'adoption et de financement de nouvelles technologies en matière d'examens de TEP.

Le Ministère est en train de transférer graduellement la surveillance de tous les services de TEP assurés à Action Cancer Ontario. Cela comprendra du financement pour de nouvelles technologies, ce qui va accélérer les processus d'adoption de nouvelles technologies.

Pour combler les lacunes dans l'utilisation d'examens de TEP dans le cadre des scénarios cliniques pour lesquels l'utilisation de cette technologie a été recommandée en Ontario, Action Cancer Ontario va continuer de mettre à profit ses réseaux et ses partenariats d'intervenants intéressés pour mieux sensibiliser les médecins traitants ainsi que repérer et aplanir des obstacles possibles à l'accès pour les patients.

4.5.2 Variations régionales importantes dans les temps d'attente pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM

La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont deux des procédures d'imagerie diagnostique les plus courantes pour les patients atteints d'un cancer.

La tomographie par ordinateur utilise un ordinateur relié à une machine à rayons X, tandis que l'IRM utilise un champ magnétique et des impulsions d'ondes radioélectriques pour produire des images de zones (comme les organes, les tissus mous et les os) à l'intérieur du corps.

Les tomodensitogrammes et les examens par IRM effectués en Ontario sont classés selon quatre niveaux de priorité : très urgent, urgent, moins urgent et non urgent. Nous avons examiné les données sur les temps d'attente pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM pour les cas urgents, moins urgents et non urgents entre 2012-2013 et 2016-2017 et avons constaté ce qui suit :

- Le pourcentage de tomodensitogrammes liés au cancer effectués dans les délais d'attente cibles du Ministère a diminué, passant de 64 % à 59 % au cours de cette période. En particulier, en 2016-2017, 48 % des patients dont le cas était moins urgent n'ont pas eu droit à leur tomodensitogramme dans le temps d'attente cible de 10 jours. Nous avons également constaté qu'au 90^e percentile, les temps d'attente pour les cas moins urgents étaient de 31 jours, soit plus du triple de l'objectif. Cela signifie que 10 % des patients ont attendu plus que 31 jours et 90 % ont attendu moins que 31 jours. Nous avons également remarqué que les tomodensitogrammes des patients qui ne sont pas atteints d'un cancer étaient réalisés plus souvent dans les délais cibles que ceux des patients atteints d'un cancer.

- Le pourcentage d'examens par IRM liés au cancer effectués dans les délais cibles du Ministère est passé de 56 % à 51 %. En particulier, en 2016-2017, 47 % des examens par IRM moins urgents n'ont pas été réalisés dans les temps cibles de 10 jours. Nous avons également constaté qu'au 90^e percentile, les temps d'attente pour les cas moins urgents étaient de 37 jours, soit près du quadruple de l'objectif. Cela signifie que 10 % des patients ont attendu plus de 37 jours et que 90 % ont attendu moins que 37 jours.

Nous avons également examiné les données sur le financement des interventions diagnostiques au cours des cinq dernières années. En mai 2017, le Ministère a annoncé un financement ponctuel de 7,3 millions de dollars pour les examens par IRM en 2017-2018, dont 2,5 millions de dollars pour la stadification et le diagnostic du cancer.

Nous avons toutefois remis en question l'efficacité du financement ponctuel, qui a aidé à réduire les temps d'attente, mais seulement temporairement. Entre 2010-2011 et 2013-2014, le Ministère a fourni un financement ponctuel semblable de 15 millions de dollars, qui a permis de réduire temporairement les temps d'attente pour les examens par IRM jusqu'en 2013-2014. Or, les temps d'attente n'ont cessé d'augmenter depuis ce temps. Les hôpitaux que nous avons visités nous ont informés qu'un financement ponctuel peut créer des difficultés en matière d'embauche et de formation, car les hôpitaux doivent accroître leur personnel pour faire face aux heures supplémentaires, quitte à le réduire à nouveau à la fin du financement.

Comme les procédures d'imagerie liées au cancer se retrouvent pour la plupart dans la catégorie moins urgente, nous avons analysé les temps d'attente pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM de cette catégorie effectués en 2016-2017 et nous avons constaté que les temps d'attente des patients atteints d'un cancer variaient considérablement selon l'hôpital. De plus, beaucoup d'entre eux ont attendu plus longtemps

que le délai cible de 10 jours du Ministère. Par exemple :

- Au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 49 jours pour subir un tomodensitogramme dans un hôpital, comparativement à 11 jours dans un autre hôpital du même RLISS seulement 5 kilomètres plus loin.
- Au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 50 jours pour subir un tomodensitogramme dans un hôpital, comparativement à 12 jours dans un autre hôpital 25 kilomètres plus loin.
- Au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 29 jours pour un examen par IRM, comparativement à 10 jours dans un autre hôpital du même RLISS 20 kilomètres plus loin.
- Au 90^e percentile, les temps d'attente étaient 42 jours pour un examen par IRM dans un hôpital, comparativement à 15 jours dans un autre hôpital 25 kilomètres plus loin.

Les écarts importants dans les temps d'attente étaient attribuables principalement à l'absence de système centralisé d'aiguillage et de réservation pour aider à équilibrer les volumes entre les hôpitaux de la province et à l'intérieur des RLISS. Nous avons remarqué que seulement 3 des 14 RLISS étaient en train de planifier et de mettre en oeuvre un système centralisé d'aiguillage et de réservation pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM.

RECOMMANDATION 12

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer reçoivent un accès rapide et équitable aux tomodensitogrammes et aux examens par IRM, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée travaille avec Action Cancer Ontario pour :

- analyser les raisons des retards dans la détermination de la date des tomodensitogrammes et des examens par IRM et prendre des mesures correctives

afin de réduire les temps d'attente pour les patients atteints d'un cancer;

- adopter des processus centralisés d'aiguillage et de réservation pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM liés au cancer.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère travaille étroitement avec le groupe Accès aux soins – Imagerie diagnostique (AS-ID) d'Action Cancer Ontario (ACO) pour examiner et comprendre les causes des retards dans la détermination de la date des examens et les longs temps d'attente pour les services d'imagerie. Par l'entremise du partage de l'information, les RLISS et les hôpitaux reçoivent régulièrement des recommandations pour réduire les listes d'attentes et les délais d'attente.

De plus, le groupe AS-ID a défini des cohortes de patients clés, y compris les patients atteints d'un cancer, pour qui un financement ciblé contribuera à réduire les temps d'attente. En 2017-2018, pour donner suite à ce conseil, le Ministère a versé du financement aux RLISS pour contribuer à réduire les temps d'attente pour les examens d'imagerie diagnostique destinés aux patients atteints d'un cancer. Les temps d'attente au 90^e percentile des patients atteints d'un cancer pour les priorités de niveau 2 à 4 [cas urgents, moins urgents et non urgents] ont diminué, passant de 54 jours en mars 2017 à 48 jours en août 2017. Il devrait y avoir d'autres améliorations au chapitre des temps d'attente au troisième et au quatrième trimestres de 2017-2018.

Le Ministère et Action Cancer Ontario acceptent la recommandation visant à établir des processus centralisés d'aiguillage et de réservation, qui s'inscrirait dans une démarche globale de programmation coordonnée concernant le caractère approprié et la rapidité des examens par imagerie en

Ontario. Le Ministère est en train de mettre en place à l'échelle de la province des modèles d'admission, d'évaluation et de gestion pour les examens musculo-squelettiques qui vont tabler sur les modèles de soins existants, comme les centres d'admission et d'évaluation pour la hanche et le genou ainsi que les cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie pour les douleurs lombaires aiguës.

Grâce à ces modèles, les fournisseurs de soins primaires communiquent avec un point de contact unique pour tous les aiguillages, la gestion des listes d'attente pour une chirurgie est centralisée et les patients sont triés rapidement et dirigés vers le fournisseur le plus approprié. Les patients qui ont besoin de soins spécialisés peuvent choisir leur chirurgien ou décider de consulter le premier chirurgien qui peut les recevoir. Les patients qui n'ont pas besoin d'être opérés ont droit à de l'éducation, à des plans d'autogestion et à un service d'aiguillage vers des services communautaires à des fins de prise en charge conservatrice.

Reconnaissant que les modèles de soins musculo-squelettiques représentent une façon de gérer la demande de services de santé essentiels en améliorant le bien-fondé des aiguillages, le Ministère surveille les efforts menés localement pour tester la centralisation des aiguillages vers d'autres services en grande demande, y compris l'imagerie diagnostique. Le Ministère appuie également l'expansion d'outils et de soutiens, comme l'aiguillage électronique (*eReferral*), pour améliorer la pertinence des aiguillages en imagerie diagnostique et ralentir l'augmentation de la demande d'examen par IRM et de tomodensitogrammes.

4.5.3 Il n'y a pas de programme provincial d'examens par les pairs des résultats d'imagerie diagnostique

L'examen par les pairs des résultats d'imagerie diagnostique demeure inadéquat malgré le fait que l'interprétation erronée de ces images a entraîné des cas de cancer non diagnostiqués il y a plusieurs années.

En 2013, un examen des travaux d'un radiologue dans un des hôpitaux a révélé des problèmes liés à environ 600 tomodensitogrammes, dont certains concernaient des cancers non diagnostiqués. En raison de la nature progressive de certains cancers, la mauvaise interprétation des analyses peut avoir de graves conséquences pour les patients dont le cancer est diagnostiqué à un stade plus avancé.

Toujours en 2013, le Ministère a confirmé que l'examen par les pairs est une méthode efficace que de nombreuses administrations partout dans le monde utilisent pour améliorer la sécurité et l'exactitude de l'imagerie diagnostique. Il a également confirmé qu'un programme provincial d'examen par des pairs médecins serait mis en oeuvre dans tous les établissements offrant des services d'imagerie diagnostique.

Dans son rapport de juin 2015, Qualité des services de santé Ontario décrivait un plan de mise en oeuvre pour un programme d'examen par les pairs structuré et obligatoire à l'échelle de la province, mais nous avons remarqué que le Ministère n'avait pris aucune mesure à ce jour pour mettre en oeuvre ce programme.

Notre sondage auprès des hôpitaux révèle que 48 % d'entre eux n'effectuaient pas régulièrement des examens par les pairs des images diagnostiques. Parmi les principales raisons, mentionnons le manque de radiologues, les problèmes de financement et le manque d'orientation sur la façon de mettre en oeuvre des programmes d'examen par les pairs.

RECOMMANDATION 13

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer reçoivent des services d'imagerie diagnostique de qualité, nous recommandons au Ministère de collaborer avec Action Cancer Ontario et les hôpitaux pour mettre en oeuvre à l'échelle de la province un programme obligatoire d'examen par les pairs fondé sur les recommandations de Qualité des services de santé Ontario.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et va travailler avec Qualité des services de santé Ontario et d'autres partenariats pour mettre en place un programme provincial obligatoire d'examens par les pairs des résultats d'imagerie diagnostique.

4.5.4 Les patients atteints d'un cancer doivent attendre longtemps avant de subir une biopsie

Les biopsies sont une procédure courante qui permet de diagnostiquer le cancer par le prélèvement d'un échantillon de tissus ou de cellules à tester. Les biopsies peuvent être pratiquées dans des cliniques ou dans les salles d'intervention ou d'opération des hôpitaux.

En 2016-2017, environ 9 % des biopsies (22 000) ont été pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux parce qu'elles nécessitaient une intervention plus invasive, des échantillons de tissu plus importants et l'utilisation d'un anesthésiant. Les 91 % de biopsies restantes étaient moins invasives et pratiquées dans des cliniques ou des salles d'intervention d'hôpitaux.

D'après notre examen des meilleures données disponibles sur les temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux, nous avons constaté que moins de la moitié (46 %) des biopsies effectuées en 2016-2017 respectaient le temps d'attente cible du Ministère de 14 jours;

au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 78 jours, soit près de 6 fois plus longtemps. Cela signifie que 10 % des patients ont attendu plus que 78 jours et 90 % ont attendu moins que 78 jours.

Parmi les types courants de cancer, les biopsies pour les cancers colorectaux affichaient les temps d'attente les plus longs : au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 125 jours, soit près de 9 fois plus que l'objectif de 14 jours du Ministère (voir la **figure 17**). Au cours des cinq dernières années, les temps d'attente sont demeurés longs et n'ont pas atteint les objectifs du Ministère.

Même si ACO a régulièrement recueilli des données sur les temps d'attente pour une biopsie depuis 2006, elle n'a toujours pas confirmé l'intégralité et l'exactitude de ces données et ne l'a pas comparée à ses cibles d'attente.

Nous avons également remarqué que les données sur les temps d'attente disponibles en Ontario étaient limitées, car ACO faisait le suivi des temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux, mais non pour celles pratiquées dans des cliniques ou les salles d'intervention des hôpitaux. En outre, ACO n'a pas

rendu publics les temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux.

Une fois qu'un échantillon de tissus est prélevé, il doit être envoyé au laboratoire pour analyse. Nous avons remarqué que le délai de traitement des biopsies se rapprochait généralement de la cible provinciale. En 2016-2017, 83 % des patients ont reçu une biopsie dans le délai cible provincial de 14 jours; au 90^e percentile, les temps d'attente étaient de 18 jours.

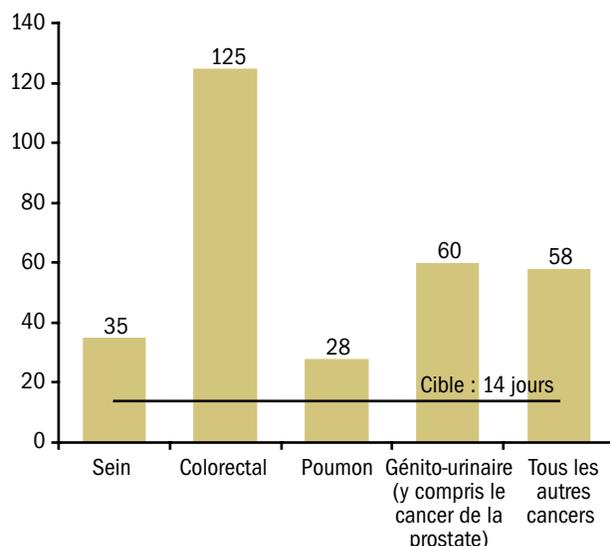
RECOMMANDATION 14

Pour mieux garantir que les patients atteints d'un cancer reçoivent des services diagnostiques en temps opportun, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de collaborer avec Action Cancer Ontario et les hôpitaux pour :

- suivre et surveiller régulièrement les temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les cliniques et les salles d'intervention des hôpitaux, ainsi que pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux;
- élaborer des stratégies de réduction des temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux.

Figure 17 : Temps d'attente pour une biopsie selon le type de cancer, 2016-2017 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario



Remarque : Le temps d'attente est mesuré pour 90 % des cas.

RÉPONSE DU MINISTÈRE ET D'ACTION CANCER ONTARIO

Le Ministère et Action Cancer Ontario reconnaissent qu'un accès rapide à des services de biopsie est une composante importante de soins de qualité.

En matière de chirurgie du cancer, Action Cancer Ontario s'est concentré au début sur la réduction des temps d'attente pour les traitements. Maintenant, en collaboration avec ses partenaires des programmes régionaux de cancérologie, Action Cancer Ontario élargit son champ d'action à une initiative pluriannuelle concernant les procédures de biopsie. Le projet va se concentrer sur l'amélioration de la qualité

et de l'intégralité des données concernant les biopsies pratiquées dans les hôpitaux; les moyens d'aider les hôpitaux à soumettre les données de manière appropriée; et la mise à niveau du système des temps d'attente. À mesure qu'une phase des travaux est terminée, nous allons utiliser les données pour réduire les temps d'attente pour les biopsies pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux

Pour des raisons de complexité, d'emplacement et de ressources nécessaires, il ne sera peut-être pas possible de saisir des données sur les biopsies pratiquées dans des cliniques hors hôpital. Le Ministère et Action Cancer Ontario vont explorer des stratégies en la matière en 2018-2019.

4.6 Financement des services de traitement du cancer

4.6.1 Le financement des services de radiothérapie n'est pas réparti de façon équitable entre les hôpitaux

En Ontario, le Ministère et ACO versent des fonds aux hôpitaux pour les services de radiothérapie, mais ils n'utilisent pas une méthode ou un taux uniforme pour déterminer les montants, de sorte

que le financement n'est pas réparti de façon inéquitable entre les hôpitaux.

Dix-sept hôpitaux ont reçu un financement total de 213 millions de dollars pour offrir des services de radiothérapie en 2015-2016. Le Ministère a fourni environ 115 millions de dollars et ACO 98 millions de dollars.

Les méthodes de financement utilisées ne sont pas uniformes

La **figure 18** montre différentes méthodes de financement des services de radiothérapie selon l'hôpital bénéficiaire et la provenance des fonds (Ministère, ACO ou les deux). Nous avons observé ce qui suit :

- Dix hôpitaux reçoivent des fonds d'ACO et du Ministère, qui fournit des fonds supplémentaires aux hôpitaux qui élargissent ou qui ont élargi leurs services de radiothérapie.
- Quatre hôpitaux reçoivent des fonds uniquement d'ACO.
- Trois hôpitaux reçoivent des fonds uniquement du Ministère.

En règle générale, un patient atteint d'un cancer reçoit une seule consultation initiale, mais peut subir plus d'une série de traitements

Figure 18 : Méthodes utilisées pour financer la radiothérapie

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

Nombre d'hôpitaux	Source de financement			
	ACO (98 millions de dollars)		Ministère (115 millions de dollars)	
	Selon le nombre de consultations ¹ (en millions de dollars)	Selon le nombre de séries de radiothérapie ² (en millions de dollars)	Selon le nombre de visites des patients ³ (en millions de dollars)	Dans le budget global de l'hôpital (en millions de dollars)
9	52,1		43,5	
4	41,1			
3			42,3	
1		4,9		28,8
Total	93,2	4,9	85,8	28,8

1. Une consultation est une visite clinique entre un patient ayant reçu un diagnostic précis et un médecin dans un hôpital donné.

2. Une série de radiothérapie est une série consécutive de traitements de radiothérapie prévus avec une dose distincte.

3. Une visite de patient est un traitement réel de radiothérapie et toute visite de planification, y compris la préparation du masque antiradiation, la simulation des rayonnements, l'évaluation posologique, l'examen de la radiation et le suivi post-traitement.

de radiothérapie sur plusieurs visites. Ainsi, le financement fondé sur le nombre de consultations peut être considérablement différent de celui fondé sur le nombre de traitements ou de visites.

En 2015-2016, ACO a financé 14 hôpitaux pour les services de radiothérapie, dont 13 en fonction du nombre de consultations et 1 en fonction du nombre de séries de traitements de radiothérapie. Ce dernier a reçu environ 4,9 millions de dollars pour traiter environ 600 cas. Nous avons estimé que si ACO avait financé ces cas traités en se fondant sur le nombre de consultations, l'hôpital aurait reçu environ 2,6 millions de dollars, soit un peu plus de la moitié du montant réellement versé. Nous avons également constaté que cet hôpital n'a pas reçu de financement pour les consultations qui ne se sont pas traduites par des traitements, contrairement aux 13 autres hôpitaux (nous revenons sur cette question ci-dessous).

En 2015-2016, 12 hôpitaux qui ont élargi leurs installations ou en ont construit de nouvelles ont reçu des fonds de radiothérapie du Ministère dans le cadre d'un programme d'immobilisations qui offrait également des fonds opérationnels pour le traitement de patients supplémentaires. Toutefois, contrairement à ACO, le Ministère a financé ces hôpitaux en fonction du nombre de visites des patients et non du nombre de consultations ou de traitements de radiothérapie.

Nous avons également remarqué que le Ministère utilisait un taux de financement beaucoup plus élevé que celui d'ACO. Par exemple, en 2015-2016, le Ministère a versé à un hôpital environ 17,5 millions de dollars à titre de financement total des services de radiothérapie, en fonction du nombre de visites des patients. Après avoir converti le financement du Ministère, qui se fonde sur le nombre de visites de patients, au financement d'ACO, qui se fonde sur le nombre de consultations, nous avons estimé que le taux de financement consenti par le Ministère équivalait à environ 6 200 \$ par consultation, soit environ 1,7 fois plus que le taux d'ACO, qui est de 3 700 \$ par consultation.

ACO a reconnu que l'approche actuelle de financement de la radiothérapie n'est pas fondée sur les activités des hôpitaux, ne tient pas compte de la complexité des cas et doit être révisée pour que les hôpitaux soient financés de façon uniforme et équitable.

Le financement des consultations qui n'ont pas abouti à un traitement de radiothérapie ne se base pas sur les services dispensés

ACO octroie des fonds à 13 hôpitaux en fonction du nombre de consultations. Toutefois, nous avons constaté que cette méthode de financement n'est pas appropriée, car les hôpitaux ne se voient pas octroyer de financement basé sur le nombre réel de traitements de radiothérapie dispensés.

Le financement des traitements de radiothérapie par ACO vise à couvrir les coûts de tous les services liés à la radiothérapie, y compris les consultations, les traitements et les soins de suivi. Étant donné que l'Assurance-santé paie directement les oncologues consultés par les patients, les hôpitaux supportent la majorité des coûts après le début de la radiothérapie.

Nous avons examiné les données d'ACO pour 2014-2015 et constaté que le mode de financement actuel reposant sur le coût moyen ne tient pas compte équitablement des nombreux scénarios dans le cadre desquels certains patients ne reçoivent pas de traitement tandis que d'autres reçoivent plus d'une série de traitements. Par exemple :

- Certains hôpitaux reçoivent du financement pour des consultations qui ne se traduisent pas par des traitements. Dans l'ensemble de la province, environ 30 % des patients qui avaient consulté des radio-oncologues n'avaient pas subi de traitements dans les deux années suivant la consultation. Nous avons estimé qu'en 2015-2016, ACO avait versé environ 30 millions de dollars aux hôpitaux (environ le tiers de ses dépenses totales en radiothérapie) pour de telles

consultations, même si les coûts directs engagés par les hôpitaux étaient limités.

- Le pourcentage de consultations qui n'ont pas abouti à des traitements de radiothérapie variait aussi d'un centre de cancérologie à l'autre. Par exemple, un hôpital a offert environ 920 consultations en 2014-2015 et a reçu du financement pour chacune d'elles. Toutefois, seulement la moitié de ces patients environ ont fini par recevoir une radiothérapie.
- Certains patients ont besoin de plus que la série moyenne de traitements de radiothérapie après les consultations. Par conséquent, les hôpitaux qui fournissent des services à ces patients auraient reçu davantage de financement si celui-ci se basait sur les traitements plutôt que sur les consultations.

RECOMMANDATION 15

Pour mieux garantir que le financement des traitements de radiothérapie est équitable et reflète les services réellement fournis par les hôpitaux, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec Action Cancer Ontario pour évaluer et réviser les méthodes de financement existantes pour les traitements de radiothérapie afin de financer les hôpitaux selon un taux uniforme et en fonction des services réellement dispensés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE D'ACTION CANCER ONTARIO

En vertu du modèle actuel d'Action Cancer Ontario pour le financement des radiothérapies, les hôpitaux reçoivent un paiement établi en fonction du coût moyen des soins dispensés à un patient depuis la consultation jusqu'au traitement de radiothérapie et au suivi (et pour tout traitement supplémentaire en cas de récurrence de la maladie). Ce modèle tient

compte du fait que même s'il y a consultation seulement pour certains patients, d'autres patients pourront suivre de multiples séries de traitement.

Le Ministère a un modèle de financement différent pour les hôpitaux admissibles, un modèle qui repose sur un plan postérieur à la consultation (PPC), en vertu duquel les traitements de radiothérapie sont financés selon un taux par visite. Une visite se définit comme une séance de radiothérapie et toute visite de planification, y compris la préparation du masque antiradiation, la simulation de la radiothérapie, l'évaluation du dosage et l'examen de la radiothérapie et le suivi post-traitement. Le PPC a généralement recours aux coûts précédents engagés par l'hôpital ou à ceux d'un hôpital de comparaison pour calculer un taux par visite de radiothérapie.

Le Ministère et Action Cancer Ontario reconnaissent qu'un nouveau modèle unique devrait être adopté pour le financement de tous les hôpitaux et ils sont en train d'évaluer des formules possibles pour le modèle en question. Ce nouveau modèle s'appliquerait systématiquement à toutes les activités comprises dans le traitement de radiothérapie et permettrait d'éliminer les problèmes occasionnés par des modèles de financement différents. D'ici mars 2018, Action Cancer Ontario va soumettre un plan opérationnel à l'examen du Ministère pour un nouveau modèle de financement des services de radiothérapie. Sous réserve de l'approbation du Ministère, la mise en oeuvre du nouveau modèle assurerait des taux uniformes pour tous les hôpitaux qui dispensent des traitements de radiothérapie, tout en reflétant les variations dans la complexité des soins dispensés.

4.6.2 Le financement de la pharmacothérapie du cancer n'est pas fondé sur les services fournis

Le financement de la pharmacothérapie du cancer n'est pas fondé sur les services fournis, malgré la mise en oeuvre d'un nouveau modèle de financement appelé « actes médicaux fondés sur la qualité » (AMFQ) qui vise à refléter le coût réel des traitements.

Avant 2014-2015, ACO et le Ministère finançaient les hôpitaux pour la pharmacothérapie du cancer, comme la chimiothérapie. Toutefois, comme dans le cas du financement de la radiothérapie, l'utilisation de méthodes incohérentes a entraîné des iniquités de financement entre les hôpitaux. Par exemple, ACO finançait les hôpitaux en fonction du nombre de consultations, tandis que le Ministère assurait un financement fondé sur le nombre de visites des patients (voir la **figure 18**).

Depuis 2014-2015, ACO assume l'entière responsabilité du financement de la pharmacothérapie du cancer et applique le nouveau modèle des AMFQ. Conformément à ce modèle, le financement des hôpitaux est calculé en fonction du nombre, du type ou de la complexité des activités exercées à l'hôpital, ainsi que des taux de financement établis en collaboration par ACO, les experts cliniques et les hôpitaux.

L'objet des AMFQ est d'assurer un financement équitable et de tenir compte des coûts réels du traitement afin d'éviter un financement excessif des cas de faible complexité ou un financement insuffisant des cas très complexes.

Dans certains cas, le financement est toujours fondé sur les niveaux historiques plutôt que sur les volumes de services

En 2015-2016, 82 % (152,4 millions de dollars) du financement de la pharmacothérapie du cancer était fondé sur les AMFQ, tandis que les 18 % restants (32,6 millions de dollars) étaient fondés sur le financement historique.

Nous avons remarqué que la moitié des hôpitaux recevaient encore du financement qui n'était pas fondé sur leurs activités. Nous avons également constaté que la proportion du financement historique variait d'un hôpital à l'autre, allant de 0 % à 53 %. Par exemple, un hôpital a reçu environ 3,3 millions de dollars pour la pharmacothérapie du cancer, dont 1,5 million de dollars pour les AMFQ et 1,8 million de dollars non lié aux volumes de services.

Depuis la mise en oeuvre des AMFQ en 2014-2015, ACO a versé aux hôpitaux un total de 107 millions de dollars fondés sur le financement historique. ACO nous a informés qu'il continuait de peaufiner les AMFQ, dans le but ultime d'éliminer tout le financement fondé sur les niveaux historiques.

Les cycles de traitement incomplets étaient financés

En 2014-2015 et 2015-2016, ACO a versé environ 12 millions de dollars de trop aux hôpitaux en payant le coût total des séries de traitements non terminées. L'analyse effectuée par ACO en 2015-2016 a révélé qu'en moyenne, plus de la moitié (58 %) des patients recevant une pharmacothérapie du cancer par voie intraveineuse dans les cliniques externes d'un hôpital n'avaient pas effectué le nombre de visites recommandé pour un traitement complet en raison d'effets secondaires graves ou de changements apportés aux plans de traitement.

Nous avons estimé qu'en 2014-2015 et 2015-2016, ACO avait versé environ 12 millions de dollars de trop aux hôpitaux pour des séries de traitements incomplètes. Même si ACO a modifié la formule en 2016-2017 pour financer les hôpitaux uniquement lorsqu'un patient reçoit des soins, son entente contractuelle avec les hôpitaux l'a empêché de recouvrer les 12 millions de dollars.

Les consultations pour des cas bénins sont financées

De 2014-2015 à 2016-2017, ACO a versé 3,1 millions de dollars aux hôpitaux pour des consultations qui n'ont pas mené à une pharmacothérapie du cancer.

En 2014-2015, ACO a commencé à financer les hôpitaux conformément au modèle des AMFQ, qui calcule le financement selon le type, le nombre et la complexité des activités exercées. Un des facteurs pris en compte est le nombre de consultations offertes aux patients. En général, une consultation de pharmacothérapie fait référence à la première rencontre d'un patient avec un oncologue médical pour confirmer si le patient a un cancer. Si le patient apprend lors de la consultation qu'il a une tumeur bénigne plutôt que le cancer, une pharmacothérapie n'est donc pas nécessaire.

Étant donné que l'Assurance-santé paie directement les oncologues pour les consultations avec des patients, les hôpitaux engagent la majorité des coûts après le début de la pharmacothérapie. Nous avons toutefois constaté qu'ACO versait encore des fonds à certains hôpitaux pour des consultations liées à des cas bénins qui ne nécessitaient pas de pharmacothérapie.

Entre 2014-2015 et 2016-2017, ACO a versé environ 3,1 millions de dollars aux hôpitaux pour des consultations liées à des cas bénins. ACO reconnaît que cette formule n'était pas appropriée. Même s'il a réduit le financement des consultations pour les cas bénins dans le cadre de son initiative triennale entre 2014-2015 et 2016-2017, ce n'est qu'en 2017-2018 qu'il a cessé de financer ces cas.

RECOMMANDATION 16

Pour mieux garantir que le financement de la pharmacothérapie du cancer est approprié et reflète les services bel et bien fournis par les hôpitaux, nous recommandons à Action Cancer Ontario de financer les hôpitaux en utilisant une méthodologie uniforme qui n'est pas fondée sur le financement historique.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario convient que les hôpitaux devraient être financés de manière uniforme pour dispenser la pharmacothérapie du cancer.

En 2014-2015, Action Cancer Ontario a mis en place une procédure de traitement systémique reposant sur la qualité en vertu de laquelle tous les hôpitaux ont commencé à recevoir du financement en fonction des services dispensés. Les hôpitaux qui ont vu une réduction de leur financement au moment où ce modèle a été adopté ont également reçu du financement « hors modèle »; il s'agissait d'une stratégie provisoire pour atténuer la baisse du financement et éviter des répercussions négatives sur les soins des patients. Ce financement hors modèle a été graduellement réduit à mesure que d'autres composantes étaient intégrées à la procédure basée sur la qualité.

Action Cancer Ontario a soigneusement examiné le financement hors modèle restant et a conclu qu'il était utilisé pour appuyer des services aux patients atteints d'un cancer, mais que dans bien des cas, ces services n'étaient pas limités à la pharmacothérapie du cancer. Dans ces circonstances, Action Cancer Ontario recommande que le financement hors modèle restant soit transféré de façon permanente à la base budgétaire générale des hôpitaux pour l'exercice 2018-2019. Action Cancer Ontario va immédiatement commencer à travailler avec le Ministère aux mécanismes et processus qui vont régir ce transfert.

4.6.3 Le financement du traitement du cancer n'est ni versé en temps opportun ni fondé sur le rendement

Le Ministère n'a pas versé de financement pour le traitement du cancer à ACO en temps opportun. Notre examen des lettres de financement du

Ministère à ACO au cours des cinq derniers exercices montre qu'ACO a reçu des engagements financiers officiels seulement au milieu ou vers la fin de l'exercice (voir la **figure 19**).

ACO a indiqué qu'il était difficile de répartir les volumes de services de cancérologie entre les hôpitaux sans connaître le budget avant le début de l'exercice. Le retard dans l'affectation des fonds a également empêché les hôpitaux de planifier et de prioriser adéquatement leurs activités pour l'année.

Nous avons également remarqué que le financement du traitement du cancer octroyé par ACO aux hôpitaux, et par le Ministère à ACO, est fondé sur le volume ou fixe. Aucune partie des fonds alloués aux hôpitaux par ACO n'est liée à leur rendement comparatif dans des domaines tels que les temps d'attente, la qualité des services, etc. De même, aucune partie des fonds octroyés par le Ministère à ACO n'est liée à l'atteinte des cibles des programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

RECOMMANDATION 17

Pour mieux garantir que les services de traitement du cancer sont dispensés de manière efficace et efficiente afin de répondre aux besoins des patients, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- intègre un volet fondé sur le rendement au modèle de financement actuel afin d'inciter les hôpitaux à améliorer le rendement du système ontarien de lutte contre le cancer;
- prenne des décisions de financement en temps opportun afin de permettre à Action Cancer Ontario d'assurer une planification et une budgétisation adéquates des services de lutte contre le cancer.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario convient qu'un cadre de financement fondé sur le rendement pourrait

Figure 19 : Calendrier des lettres de financement du Ministère à ACO (2012-2013 à 2016-2017)

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

Financement pour l'exercice	Date de la lettre de financement du Ministère à ACO	Nombre de mois de retard *
Avril 2012-mars 2013	Septembre 2012	5
Avril 2013-mars 2014	Novembre 2013	7
Avril 2014-mars 2015	Février 2015	10
Avril 2015-mars 2016	Février 2016	10
Avril 2016-mars 2017	Décembre 2016	8

* Correspond au nombre de mois suivant le début de l'exercice.

avoir une influence bénéfique sur l'amélioration du rendement.

Dans le cadre de toutes les ententes actuelles de financement fondé sur le volume, Action Cancer Ontario expose ses attentes en matière de qualité et les relie au financement par l'entremise d'un processus de gestion du rendement et des problèmes. Toutefois, aucune mesure d'incitation ou de désincitation liée au rendement n'est prévue dans les ententes de financement, car il n'existe pas pour l'instant de cadre provincial permettant d'offrir un financement au rendement.

Action Cancer Ontario appuie les efforts qui ont été menés par le Ministère pour établir un cadre de financement axé sur la qualité qui permettrait à Action Cancer Ontario d'offrir des incitatifs financiers aux hôpitaux qui répondent aux attentes en matière de qualité déjà incluses dans les ententes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Tablant sur des leçons apprises dans d'autres pays et sur le programme de paiement en fonction des résultats dans les services des urgences en Ontario, le Ministère, de concert avec ses partenaires, est en train d'explorer des possibilités d'intégrer un financement au rendement dans son modèle actuel de

financement des hôpitaux pour la prochaine phase de la réforme du financement du système de santé de la province. On envisage qu'une telle initiative soit d'abord mise à l'essai dans le cadre d'un projet pilote avant que des décisions, quelles qu'elles soient, soient prises au sujet de sa mise en œuvre intégrale.

Le Ministère accepte cette recommandation et va travailler avec Action Cancer Ontario pour veiller à ce que les décisions en matière de financement lui soient communiquées en temps opportun.

Le nouveau modèle de financement des actes médicaux fondés sur la qualité géré par ACO pour l'exercice 2017-2018 a été confirmé dans des lettres de financement le 27 avril 2017, le lendemain du jour où les RLISS ont reçu leur enveloppe de financement des hôpitaux; c'était la première fois que ce financement était confirmé aussi tôt dans l'exercice. Le Ministère va s'efforcer de continuer à fournir cette confirmation de financement le plus tôt possible dans l'année.

4.7 Responsabilisation et surveillance des programmes de lutte contre le cancer de l'Ontario

4.7.1 La structure de responsabilisation des vice-présidents régionaux doit être améliorée

Les vice-présidents régionaux (VPR) sont responsables de la gestion des centres régionaux de cancérologie et de leurs programmes de lutte contre le cancer. Ils doivent rendre compte à ACO et aux hôpitaux hébergeant les centres régionaux de cancérologie. Par conséquent, les hôpitaux et ACO doivent s'entendre sur les modalités de nomination, la rémunération et les responsabilités des VPR.

Les VPR reçoivent des lettres de nomination conjointes d'ACO et des hôpitaux qui exposent leurs responsabilités et les attentes concernant le traitement du cancer. Nous avons toutefois constaté

qu'ACO n'a pas été en mesure de fournir la lettre de nomination conjointe de l'un des VPR.

De plus, afin de mesurer le rendement en matière d'amélioration de la qualité dans des domaines hautement prioritaires, ACO établit chaque année des indicateurs et des cibles de rendement clés. En fin de compte, c'est aux VPR qu'incombe la responsabilité de travailler à atteindre ces objectifs dans leurs régions respectives.

La politique d'ACO exige que l'hôpital et ACO évaluent conjointement et documentent le rendement annuel de chaque VPR. Toutefois, notre examen des évaluations du rendement a révélé ce qui suit :

- ACO ne faisait pas toujours les évaluations annuelles du rendement des VPR qui étaient requises. En 2016, il n'a évalué que la moitié des 14 VPR et trois d'entre eux avaient passé trois ans sans être évalués. En outre, un VPR a fait l'objet d'une seule évaluation au cours des cinq dernières années, mais ACO n'a pas été en mesure de fournir de documentation concernant cette évaluation.
- Pour les VPR qui ont été évalués, la période visée par l'évaluation n'était pas uniforme. Ainsi, la période visée par l'évaluation était de 27 mois dans un cas, mais de 13 mois dans un autre cas.
- Selon la politique d'Action Cancer Ontario, chaque VPR se voit attribuer une cote globale (insatisfaisant, a besoin de perfectionnement, bon, très bon, excellent ou exceptionnel). Nous avons constaté que presque tous les VPR évalués en 2016 ont obtenu la cote « excellent », même si les indicateurs du rendement n'atteignaient pas tous l'objectif d'amélioration annuelle d'ACO. Celui-ci nous a dit que les résultats de ces indicateurs montraient des améliorations et que les VPR étaient également évalués à partir d'éléments subjectifs, comme les rétroactions des pairs et les rapports dans lesquels les VPR faisaient part leurs réalisations.

4.7.2 Une plus grande collaboration est nécessaire entre le Ministère, les RLISS, ACO et les hôpitaux au moment d'établir des cibles de rendement dans le domaine du cancer

Le service de cancérologie n'est qu'un des nombreux programmes d'un hôpital. À l'heure actuelle cependant, ACO ne consulte ni la haute direction des hôpitaux ni le Ministère, et il ne tient pas compte des priorités de chaque hôpital au moment d'établir les indicateurs et les cibles de rendement liés au cancer.

ACO fixe les indicateurs de rendement et les cibles annuelles d'amélioration en collaboration avec les VPR. Nous avons toutefois constaté que ni le Ministère, ni les RLISS ne participent à ce processus. De plus, ACO rencontre la haute direction des hôpitaux une fois par année seulement et ni le personnel du Ministère ni celui des RLISS n'assistent à ces réunions. Par conséquent, les programmes de cancérologie font souvent concurrence aux autres priorités des hôpitaux pour les services partagés, comme l'imagerie diagnostique, les analyses en laboratoire et le temps d'utilisation des salles d'opération.

Nous avons également remarqué que même si les 14 VPR ne sont pas des employés de l'ACO, celui-ci s'en remet à eux pour diriger l'amélioration du rendement et intégrer les soins oncologiques à l'échelle de l'Ontario. Nous avons toutefois constaté que 12 des 14 VPR avaient d'autres responsabilités à temps plein en plus de gérer leurs centres et leurs programmes régionaux de cancérologie. Par exemple, ils gèrent également des programmes comme les services de diagnostic, les départements d'imagerie, les services de laboratoire, les unités de soins en établissement et les programmes palliatifs. Ces responsabilités supplémentaires laissent peu de temps aux VPR pour la collaboration avec d'autres hôpitaux, des RLISS et d'autres partenaires du système dans leurs régions afin d'améliorer le rendement des services de cancérologie.

RECOMMANDATION 18

Pour mieux garantir que les programmes régionaux de cancérologie sont gérés et exploités de manière efficace et efficiente par les vice-présidents régionaux (VPR) afin de répondre aux besoins des patients, nous recommandons qu'Action Cancer Ontario (ACO) :

- travaille avec les hôpitaux pour évaluer et améliorer la structure actuelle de responsabilisation et de reddition de comptes des VPR;
- travaille avec les hôpitaux pour évaluer et améliorer la structure actuelle de responsabilisation et de reddition de comptes;
- collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé au moment de l'établissement des indicateurs et des cibles de rendement afin de réduire au minimum les conflits de priorités entre le programme de cancérologie et d'autres programmes.

RÉPONSE D'ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario convient que la gestion du rendement représente une composante fondamentale du cycle de l'amélioration du rendement et a en place un processus robuste de gestion du rendement et de responsabilisation, qui comprend notamment des discussions trimestrielles sur le rendement avec les équipes de direction de chacun des programmes régionaux de cancérologie, une fiche régionale de gestion du rendement pour faire le suivi des améliorations et une ligne directrice sur la gestion des problèmes de rendement.

Action Cancer Ontario et les chefs de la direction des hôpitaux des centres régionaux de cancérologie évaluent annuellement le rendement général des VPR. Dans le cadre de

ce processus, les multiples éléments complexes figurant dans la description du rôle des VPR sont pris en considération, notamment la gestion des problèmes dans le système, la réussite lorsqu'il s'agit de faire avancer les priorités provinciales et régionales, l'élaboration de nouveaux programmes cliniques pour la région, la planification de la capacité, la mise en place de l'infrastructure d'immobilisations et des améliorations dans le rendement.

Conformément à son approche actuelle en matière d'amélioration du rendement, Action Cancer Ontario est en train de réexaminer la description du rôle des VPR et aura terminé

d'ici mars 2018. Action Cancer Ontario examine la littérature et les structures de gestion du rendement dans les systèmes de cancérologie d'autres administrations, qui serviront d'intrants lorsque des occasions d'améliorer la structure de rapports et de responsabilisation se présenteront à l'avenir.

À l'heure actuelle, Action Cancer Ontario transmet un sous-ensemble d'indicateurs du rendement au Ministère dans le cadre de ses rapports de reddition des comptes et à partir du prochain exercice, l'organisme va consulter le Ministère sur la gamme complète d'indicateurs pour la fiche de rendement régional.

Annexe 1 : Critères de vérification

Préparé 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 traitements anticancéreux sûrs et fondés sur des données probantes qui répondent à leurs besoins.
2. Des contrôles efficaces sont en place pour que les patients atteints d'un cancer qui présentent une demande de soutien financier soient évalués en temps opportun et de façon uniforme conformément aux critères d'admissibilité.
3. Des analyses et des recherches sont effectuées périodiquement pour déterminer si l'Ontario peut offrir les mêmes traitements oncologiques et couvrir les mêmes médicaments que d'autres provinces ou territoires.
4. Des procédures efficaces sont en place pour assurer que le financement et les ressources liés au cancer sont répartis entre les fournisseurs de services de manière équitable et en temps opportun afin de répondre aux besoins des patients, qu'ils sont utilisés aux fins prévues et qu'ils sont administrés dans le respect des principes d'économie et d'efficacité.
5. Des mesures et des cibles de rendement sont établies, surveillées et comparées aux résultats réels afin d'obtenir les résultats escomptés et de prendre des mesures correctives en temps opportun lorsque des problèmes sont décelés.
6. Des données financières et opérationnelles sont recueillies afin de fournir des renseignements complets et exacts en temps opportun qui aident à orienter la prise de décisions par la direction, à gérer le rendement et à produire des rapports publics.

Annexe 2 : Hôpitaux offrant des services de traitement du cancer en Ontario

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

Hôpital	RLISS	Services de traitement du cancer		
		Radiothérapie	Chirurgie	Pharmacothérapie
Hôpital Alexandra Marine and General	Sud-Ouest		✓	
Hôpital général d'Almonte	Champlain		✓	
Amnprior Regional Health	Champlain		✓	
Hôpital général d'Atikokan	Nord-Ouest			✓
Bluewater Health ¹	Érié St-Clair		✓	✓
Brant Community Healthcare System	Hamilton Niagara Haldimand Brant		✓	✓
Hôpital général de Brockville	Sud-Est		✓	✓
Hôpital Memorial de Cambridge	Waterloo Wellington		✓	✓
Hôpital Memorial de Carleton Place et du district	Champlain		✓	
Chatham-Kent Health Alliance	Érié St-Clair		✓	✓
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Champlain			✓
Hôpital General and Marine de Collingwood	Simcoe Nord Muskoka		✓	
Hôpital communautaire de Cornwall	Champlain		✓	✓
Centre régional de santé de Dryden	Nord-Ouest			✓
Hôpital général de la baie Georgienne	Simcoe Nord Muskoka		✓	
Hôpital du district de Geraldton	Nord-Ouest			✓
Hôpital Grand River (Centre régional de cancérologie Grand River)^{1,2}	Waterloo Wellington	✓	✓	✓
Grey Bruce Health Services	Sud-Ouest		✓	✓
Hôpital communautaire Groves Memorial	Waterloo Wellington			✓
Hôpital général de Guelph	Waterloo Wellington		✓	✓
Hôpital War Memorial de Haldimand	Hamilton Niagara Haldimand Brant		✓	
Halton Healthcare Services Corporation	Centre-Ouest/Mississauga Halton		✓	✓
Hamilton Health Sciences (Centre de cancérologie Juravinski)^{1,2}	Hamilton Niagara Haldimand Brant	✓	✓	✓
Hôpital de Hanover et du district	Sud-Ouest		✓	
Headwaters Health Care Centre	Centre-Ouest/Mississauga Halton		✓	✓
Horizon Santé-Nord (Centre de cancérologie du Nord-Est)^{1,2}	Nord-Est	✓	✓	✓
Hôpital général de Hawkesbury et Hôpital général du district Inc.	Champlain		✓	✓
Hôpital général de Nipissing Ouest	Nord-Est			✓
Hôpital Montfort	Champlain		✓	
Hôpital Notre-Dame (Hearst)	Nord-Est			✓
Hôpital communautaire de Hornepayne	Nord-Est			✓

Hôpital	RLISS	Services de traitement du cancer		
		Radiothérapie	Chirurgie	Pharmacothérapie
Hôpital régional Humber River	Centre		✓	✓
Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital général de Stratford)	Sud-Ouest		✓	✓
Hôpital Joseph Brant	Hamilton Niagara Haldimand Brant		✓	✓
Hôpital général de Kingston (Centre de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario)^{1,2}	Sud-Est	✓	✓	✓
Hôpital de Kirkland et du district	Nord-Est			✓
Hôpital du district du lac des Bois	Nord-Ouest		✓	✓
Lakeridge Health (R.S. McLaughlin Durham Regional Cancer Centre)^{1,2}	Centre-Est	✓	✓	✓
Hôpital Memorial du district de Leamington	Érié St-Clair		✓	
Hôpital général du comté de Lennox et Addington	Sud-Est		✓	✓
Listowel Wingham Hospital Alliance	Sud-Ouest			✓
London Health Sciences Centre (London Regional Cancer Program)^{1,2}	Sud-Ouest	✓	✓	✓
Mackenzie Health ¹	Centre		✓	✓
Centre de santé Manitoulin	Nord-Est			✓
Hôpital général de Manitouwadge	Nord-Ouest			✓
Hôpital de Markham-Stouffville	Centre		✓	✓
Muskoka Algonquin Healthcare	Simcoe Nord Muskoka		✓	✓
Système de santé de Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	✓	✓	✓
Hôpital Memorial du district de Nipigon	Nord-Ouest			✓
Hôpital général de Norfolk	Hamilton Niagara Haldimand Brant		✓	
Centre régional de santé de North Bay	Nord-Est		✓	✓
North of Superior Healthcare Group	Nord-Ouest			✓
Réseau Santé Rive Nord	Nord-Est			✓
North Wellington Health Care Corporation	Waterloo Wellington			✓
Hôpital général de North York	Centre		✓	✓
Hôpital Northumberland Hills	Centre-Est		✓	✓
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia	Simcoe Nord Muskoka		✓	✓
Hôpital régional de Pembroke Inc.	Champlain		✓	✓
Hôpital du district de Perth et Smiths Falls	Sud-Est		✓	✓
Centre régional de santé de Peterborough	Centre-Est	✓	✓	✓
Hôpital Queensway Carleton	Champlain		✓	
Soins de santé de Quinte	Sud-Est		✓	✓
Hôpital Victoria de Renfrew	Champlain		✓	✓
Riverside Health Care Facilities Inc.	Nord-Ouest		✓	✓
Hôpital Ross Memorial	Centre-Est		✓	

Hôpital	RLISS	Services de traitement du cancer		
		Radiothérapie	Chirurgie	Pharmacothérapie
Rouge Valley Health System	Centre-Est		✓	✓
Centre régional de santé Royal Victoria (Centre régional de cancérologie de Simcoe Muskoka)^{1,2}	Simcoe Nord Muskoka	✓	✓	✓
Hôpital de Sault-Sainte-Marie	Nord-Est	✓	✓	✓
Hôpital Sensenbrenner	Champlain			✓
Sinai Health System	Centre-Sud de Toronto		✓	✓
Centre de santé Meno-Ya-Win de Sioux Lookout	Nord-Ouest		✓	✓
South Bruce Grey Health Centre	Sud-Ouest		✓	
Centre régional de santé Southlake (Stronach Regional Cancer Centre at Southlake)^{1,2}	Centre	✓	✓	✓
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, une division du Système de santé St. Joseph's	Hamilton Niagara Haldimand Brant		✓	
Hôpital général St-Joseph d'Elliot Lake	Nord-Est		✓	✓
St.Joseph's Health Care London	Sud-Ouest		✓	
Centre de santé de St-Joseph (Toronto)	Centre-Sud de Toronto		✓	✓
Hôpital général St. Mary, une division du Système de santé St. Joseph's	Waterloo Wellington		✓	
Hôpital St. Michael	Centre-Sud de Toronto		✓	✓
Hôpital général de St. Thomas-Elgin	Sud-Ouest		✓	✓
Hôpital Stevenson Memorial	Centre		✓	
Hôpital général de Strathroy-Middlesex	Sud-Ouest		✓	
Centre Sunnybrook des sciences de la santé (Odette Cancer Centre)^{1,2}	Centre-Toronto	✓	✓	✓
Hôpital Temiskaming	Nord-Est		✓	✓
The Hospital for Sick Children	Centre-Sud de Toronto			✓
Hôpital Lady Minto	Nord-Est			✓
L'Hôpital d'Ottawa (Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa)^{1,2}	Champlain	✓	✓	✓
Hôpital Margaret Cochenour Memorial de Red Lake	Nord-Ouest			✓
Hôpital de Scarborough	Centre-Est		✓	✓
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay (Centre régional de cancérologie du Nord-Ouest)^{1,2}	Nord-Ouest	✓	✓	✓
Hôpital Memorial du district de Tillsonburg	Sud-Ouest		✓	
Hôpital de Timmins et du district	Nord-Est		✓	✓
Toronto East Health Network	Centre-Nord de Toronto		✓	✓
Trillium Health Partners-Credit Valley Site (Carlo Fidani Peel Regional Cancer Centre)^{1,2}	Centre-Ouest et Mississauga Halton	✓	✓	✓
Réseau universitaire de santé (Princess Margaret Cancer Centre)^{1,2}	Centre-Toronto	✓	✓	✓
Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound	Nord-Est		✓	✓

Hôpital	RLISS	Services de traitement du cancer		
		Radiothérapie	Chirurgie	Pharmacothérapie
William Osler Health System	Centre-Ouest/Mississauga Halton		✓	✓
Hôpital Memorial du district de Winchester	Champlain		✓	✓
Hôpital régional de Windsor (Windsor Regional Cancer Program)^{1,2}	Érié St-Clair	✓	✓	✓
Hôpital Women's College	Centre-Sud de Toronto		✓	
Hôpital général de Woodstock	Sud-Ouest		✓	✓

1. Nous avons visité des employés clés de cet hôpital ou nous leur avons parlé dans le cadre de notre audit.
2. Centre régional de cancérologie (également indiqué en caractères gras)