

Programmes de dépistage du cancer

Contexte

Action Cancer Ontario (ACO) était anciennement connu sous le nom de Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, qui a été créée en 1943 en vertu d'une loi spéciale de la législature. En 1997, l'organisme a officiellement changé de nom, adoptant Action Cancer Ontario, et est maintenant régi par la *Loi sur le cancer*. ACO assure la coordination et la surveillance des services de cancérologie en Ontario. Il collabore avec chacun des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour répondre aux besoins locaux et régionaux et il conseille le gouvernement sur les questions touchant le cancer.

ACO achemine le financement des soins de santé aux hôpitaux et autres fournisseurs de soins dans le but d'assurer la prestation de services de cancérologie rapides et de qualité à l'échelle de la province. Il est également responsable de l'instauration de programmes de prévention et de dépistage du cancer.

ACO offre 13 programmes régionaux de cancérologie à l'échelle de la province. Ces programmes regroupent des professionnels de la santé et des organismes participant à la prévention du cancer et aux soins de cancérologie. Un vice-président régional d'ACO dirige chaque programme régional. Les programmes régionaux sont nécessaires pour faire

en sorte que les fournisseurs de services respectent les exigences et les objectifs fixés dans les ententes de partenariat conclues avec ACO.

Les centres régionaux de cancérologie fournissent les services de dépistage et de traitement du cancer. Avant 2004, ces centres étaient des organismes autonomes gérés par ACO. Le 1^{er} janvier 2004, ils ont officiellement été intégrés aux hôpitaux partenaires afin d'offrir des soins complets en un seul emplacement.

En 2011-2012, les dépenses totales d'ACO se sont chiffrées à 887 millions de dollars, dont 92 millions ont été consacrés aux programmes de dépistage du cancer.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à évaluer si ACO disposait de politiques et de procédures adéquates pour :

- surveiller et évaluer les programmes de dépistage du cancer afin de déterminer s'ils sont exécutés en conformité avec les lois, les ententes, les directives et les politiques pertinentes;
- évaluer si les objectifs des programmes de dépistage du cancer sont atteints et produire des rapports réguliers à ce sujet.

La haute direction d'AOC a examiné et approuvé les objectifs et les critères de notre vérification.

Dans notre vérification, nous avons examiné les lois ainsi que les politiques et procédures administratives pertinentes et nous avons interviewé des membres du personnel au siège social d'ACO et des fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). Nous avons également visité des emplacements dans les régions suivantes : région du Grand Toronto, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Sud-Ouest (London), Champlain (Ottawa) et Nord-Est (Sudbury). Nous y avons étudié des dossiers et d'autres renseignements sommaires accessibles sur le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et du Programme de dépistage du cancer colorectal (PDCC). Nous avons également communiqué avec les emplacements pour obtenir des renseignements concernant le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Afin de mieux comprendre les programmes de dépistage du cancer, nous avons parlé à différents intervenants, comme la Société canadienne du cancer, l'Institut de recherche en services de santé et le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario. Nous avons aussi communiqué avec des organismes de cancérologie semblables au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique.

Notre vérification comprenait l'examen d'activités pertinentes du service de la vérification interne d'ACO, dont nous avons examiné les rapports récents et avons tenu compte de ses travaux de vérification et des questions pertinentes qu'il avait recensées pour planifier notre vérification.

Résumé

À l'instar de ce qui se fait dans des organismes d'autres administrations, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et dans d'autres provinces canadiennes, ACO a mis en oeuvre des programmes de dépistage des cancers

du sein, colorectal et du col de l'utérus. Chacun de ces trois programmes de dépistage vise essentiellement à réduire le nombre de décès liés au cancer au moyen de la détection et des traitements précoces. Au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité ont chuté en Ontario pour ces trois types de cancer. Les taux de mortalité en Ontario pour ces types de cancer sont semblables aux moyennes canadiennes.

Voici nos principales observations au sujet de ces trois programmes de dépistage :

- Nous avons constaté qu'ACO utilise judicieusement les preuves cliniques reconnues pour décider quels types de cancer doivent faire l'objet de programmes officiels de dépistage. L'engagement pris par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2010 de verser un financement de 45 millions de dollars et les récentes initiatives d'ACO montrent que les deux organisations reconnaissent clairement la nécessité d'accroître les taux de participation aux programmes de dépistage, particulièrement chez les personnes jugées à risque accru de cancer.
- Les objectifs du Ministère en matière de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ont été atteints, mais les résultats demeurent inférieurs aux objectifs d'ACO. En 2009-2010, le dépistage du cancer colorectal en Ontario n'a pas atteint les objectifs du Ministère ou d'ACO, et près de la moitié de la population cible n'avait toujours pas subi de tests de dépistage. Au total, de 2008 à 2010, seulement 27 % des femmes admissibles ont passé les trois tests de dépistage du cancer recommandés pour leur groupe d'âge. De plus, la participation aux programmes de dépistage semble avoir atteint un plateau, et ACO recherche des solutions pour remédier à la situation.
- Des temps d'attente sont associés aux services de dépistage des trois types de cancer :

- Lors de nos visites des bureaux régionaux, nous avons constaté que les temps d'attente pour une mammographie chez les femmes asymptomatiques présentant un risque moyen de cancer du sein variaient d'un peu plus de 2 semaines à 10,5 mois. ACO a constaté que, dans son programme ciblant les femmes ayant un risque élevé de cancer du sein, le temps d'attente pour une évaluation génétique aux fins de l'admissibilité au dépistage était en moyenne de 84 jours.
- Pour le dépistage du cancer colorectal, près de 30 % des cas n'ont pas eu de coloscopie de suivi dans les délais établis par ACO. Les données d'ACO montraient qu'en 2011-2012, les temps d'attente médians pour une coloscopie étaient de 12 semaines pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon et de 6 semaines pour les personnes nécessitant un suivi après un test du sang occulte fécal (TSOF) positif. Nous avons toutefois relevé, dans les dossiers hospitaliers étudiés, des temps d'attente pouvant atteindre 72 semaines pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon et 17 semaines pour les personnes dont le TSOF était positif.
- Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, un examen préliminaire récemment effectué par ACO a révélé que le temps d'attente moyen pour une colposcopie (épreuve diagnostique subséquente à des résultats atypiques d'un test Pap) après le dépistage d'anomalies de haut grade de malignité était d'environ trois mois.
- Bien que les femmes plus âgées courent un plus grand risque de mourir d'un cancer du col de l'utérus, leurs taux de dépistage étaient de beaucoup inférieurs à ceux des femmes plus jeunes. ACO estime qu'il arrive trop souvent que les médecins établissent un lien entre le test Pap pour le cancer du col de l'utérus et les examens de santé annuels, les consultations au sujet de la contraception et le dépistage des infections transmissibles sexuellement. Comme les femmes plus âgées sont habituellement moins portées à consulter leur médecin pour des questions liées à la contraception et au style de vie, il arrive souvent qu'elles ne soient pas testées. En revanche, de nombreuses jeunes femmes à faible risque sont testées plus souvent que nécessaire.
- Le niveau des mesures d'assurance de la qualité pour chacun des programmes de dépistage varie considérablement. ACO avait mis au point un programme complet d'assurance de la qualité pour évaluer et surveiller le PODCS. Cependant, comme 20 % des dépistages avaient été effectués en dehors de ce programme d'ACO, ils n'étaient pas soumis aux exigences. ACO avait établi certains processus d'assurance de la qualité pour le PDCC, mais aucun pour le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- ACO n'avait pas surveillé si les endoscopistes (spécialistes qui examinent les cavités du corps ou les organes au moyen d'un endoscope) respectent les exigences de rendement. Par exemple, les endoscopistes doivent effectuer au moins 200 coloscopies par année pour obtenir et maintenir leur titre de compétence. Il ressort des données pour les années 2008-2009 à 2010-2011 que plus de 20 % des endoscopistes n'avaient pas satisfait cette exigence de compétence.
- Il existait un arriéré important dans les examens de suivi des clichés mammaires des femmes dont un cancer avait été diagnostiqué après des résultats normaux à un dépistage du cancer du sein. Ces examens de suivi sont effectués pour déterminer si le cancer est passé inaperçu lors du test de dépistage antérieur ou si le cancer s'est réellement développé par la suite (ce qui est qualifié de cancer d'intervalle). En 2009, 225 examens ont été effectués, dont 81 ont mené à un examen plus

poussé. De ces 81 cas, environ la moitié ont par la suite été classés comme étant passés inaperçus au moment du dépistage. Aucun examen de cancer d'intervalle n'a été effectué de la fin de 2009 à juillet 2011, parce que le radiologiste en chef du PODCS d'ACO avait pris sa retraite et son remplaçant a seulement été embauché en juillet 2011. Au moment de notre vérification, l'arriéré des examens de cancers d'intervalle s'élevait à près de 900. ACO nous a informés qu'il prévoyait avoir terminé les examens de suivi de ces cas en décembre 2012.

- ACO a évalué et déclaré la réalisation de ses objectifs dans les programmes de dépistage du cancer, ce qui comprend la publication annuelle de ses indicateurs pour les trois programmes de dépistage au moyen de l'indice de qualité du système de cancérologie du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, ainsi que les évaluations périodiques du rendement de ses programmes de dépistage.

RÉPONSE GLOBALE D'ACO

ACO accueille favorablement les recommandations découlant de la vérification, où on a reconnu la pertinence des processus mis en place par ACO pour évaluer la nécessité d'implanter un programme de dépistage du cancer, ainsi que la détermination de l'Ontario à créer des programmes de haute qualité fondés sur la recherche pour le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal.

Le dépistage est plus efficace lorsqu'il est offert dans le cadre d'un programme de qualité structuré qui encourage la participation; détermine la population cible et en assure le suivi dans un parcours de dépistage; envoie des invitations, des lettres de résultats et des rappels aux personnes admissibles; comprend des processus de suivi des résultats anormaux ainsi que des évaluations et la production de rapports; et assure l'accès aux services diagnostiques de grande qualité.

La vérification porte sur les secteurs qu'ACO cherche à relever afin de rehausser la valeur de son travail et de ses orientations futures. ACO continuera de collaborer étroitement avec le Ministère pour assurer aux Ontariens l'accès à des services de dépistage du cancer de grande qualité.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux recommandations dans le rapport sur les programmes de dépistage du cancer du vérificateur général de l'Ontario et le remercie de cette vérification opportune. Le Ministère est déterminé à élaborer et à mettre en oeuvre des initiatives et des solutions novatrices pour s'attaquer aux conséquences du cancer et d'autres maladies chroniques pour les Ontariens. Nous sommes réceptifs aux observations et recommandations du vérificateur général pouvant contribuer à la planification et la mise en oeuvre continues de programmes et services de dépistage du cancer.

Le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal sauve des vies lorsqu'ils sont détectés à un stade précoce. Le programme intégré de dépistage du cancer, dont le Ministère assure la prestation en partenariat avec ACO, réunit les programmes et services de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal en un programme provincial coordonné destiné au public, aux fournisseurs et aux planificateurs du système de santé, afin d'améliorer la qualité et la prise en charge du dépistage.

Selon ACO, entre 1990 et 2007, les taux de mortalité par cancer du sein ont chuté de 35 % chez les femmes de 50 à 69 ans et de 29 % dans l'ensemble des groupes d'âge. Depuis son lancement en 1990, le PODCS a fait passer plus de 4,1 millions de tests de dépistage à plus de 1,2 million d'Ontariennes de 50 ans et plus et détecté plus de 22 000 cancers, la majorité aux stades précoces. En mars 2011, le Programme a été élargi aux femmes âgées de 30 à 69 ans présentant un risque élevé de cancer du sein en

raison de facteurs génétiques ou médicaux ou de leurs antécédents familiaux.

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, selon l'indice de qualité du système de cancérologie de 2012, en 2010, un peu plus de la moitié des Ontariens âgés de 50 à 74 ans avaient déjà subi un TSO, une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie. Le Ministère et ACO s'emploient à augmenter la participation au dépistage du cancer colorectal, notamment en évaluant de nouvelles technologies de dépistage pour l'Ontario.

Constatations détaillées de la vérification

INITIATIVES STRATÉGIQUES

Au fil des ans, ACO a mis au point plusieurs initiatives stratégiques visant à réduire l'incidence du cancer et la mortalité liée au cancer. En 2003, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, ACO a publié *Cancer 2020, Objectif cancer : Un plan d'action pour la prévention et le dépistage du cancer*, un rapport qui exposait un plan provincial à long terme pour réduire d'ici 2020 le nombre de personnes recevant un diagnostic de cancer ou mourant d'un cancer. Outre ce plan à long terme, ACO a élaboré et publié trois plans triennaux de lutte contre le cancer en Ontario afin de dresser une carte routière détaillée des soins de cancérologie.

En 2010, le Ministère a lancé la Stratégie intégrée de dépistage du cancer (SIDC). Il a octroyé 45 millions de dollars à ACO de 2010-2011 à 2012-2013 pour la mise en oeuvre de la stratégie, qui vise à augmenter la participation au dépistage, à sensibiliser les fournisseurs de soins primaires à leur rôle à cet égard, à élargir les systèmes d'information de sorte à mieux cibler les personnes admissibles et présentant un risque élevé et à améliorer les contrôles du processus de dépistage et les rapports connexes.

ACO a mis en oeuvre trois programmes de dépistage du cancer : le PODCS, ContrôleCancerColorectal et le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Notre examen a montré qu'ACO avait adopté des processus pour déterminer la pertinence d'établir un programme de dépistage du cancer et que ses décisions étaient fondées sur des preuves cliniques que le dépistage était un moyen efficace de réduire la mortalité. Selon un comité d'experts national, le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), la réduction de la mortalité liée au cancer est le critère ultime pour confirmer l'efficacité d'un test de dépistage.

Nous avons constaté que les critères appliqués pour déterminer quels types de cancer devraient faire l'objet d'un programme de dépistage étaient conformes aux principes établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les critères comprennent notamment une évaluation de l'affection afin de déterminer si elle constitue un problème de santé important, l'existence ou non d'un test ou d'un examen de dépistage convenable, et une évaluation des avantages généraux du programme de dépistage pour déterminer si ceux-ci l'emportent sur le préjudice potentiel de son application. Par exemple, dans le cas du cancer de la prostate, la prépondérance de la preuve a révélé que le préjudice associé à la mise en oeuvre d'un programme structuré de dépistage l'emportait sur les avantages. ACO a indiqué qu'il continuait à surveiller de près la recherche sur ce cancer et d'autres types de cancer, comme le cancer du poumon.

PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER

Une abondance de données confirme que le dépistage et la détection précoces sont essentiels pour réduire les décès par cancer. La détection précoce du cancer peut donner lieu à des traitements moins effractifs et améliorer les résultats de santé.

Comme l'ont fait des organismes d'autres administrations, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et dans d'autres

provinces canadiennes, ACO a mis en oeuvre des programmes de dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus.

L'examen des taux de mortalité de 1992 à 2012 a montré que les taux de ces trois types de cancers ont diminué durant la période. Cependant, comme le montre la Figure 1, la diminution a fléchi ces dernières années. Selon les données de la Société canadienne du cancer, les taux de mortalité en Ontario pour ces trois types de cancer sont comparables à ceux de la plupart des provinces canadiennes, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick ayant des taux légèrement plus faibles.

Selon ACO, les efforts déployés dans le cadre de la SIDC pour améliorer les taux de participation aux programmes de dépistage et la qualité des services de dépistage contribueront à accélérer la réduction des taux de mortalité par cancer.

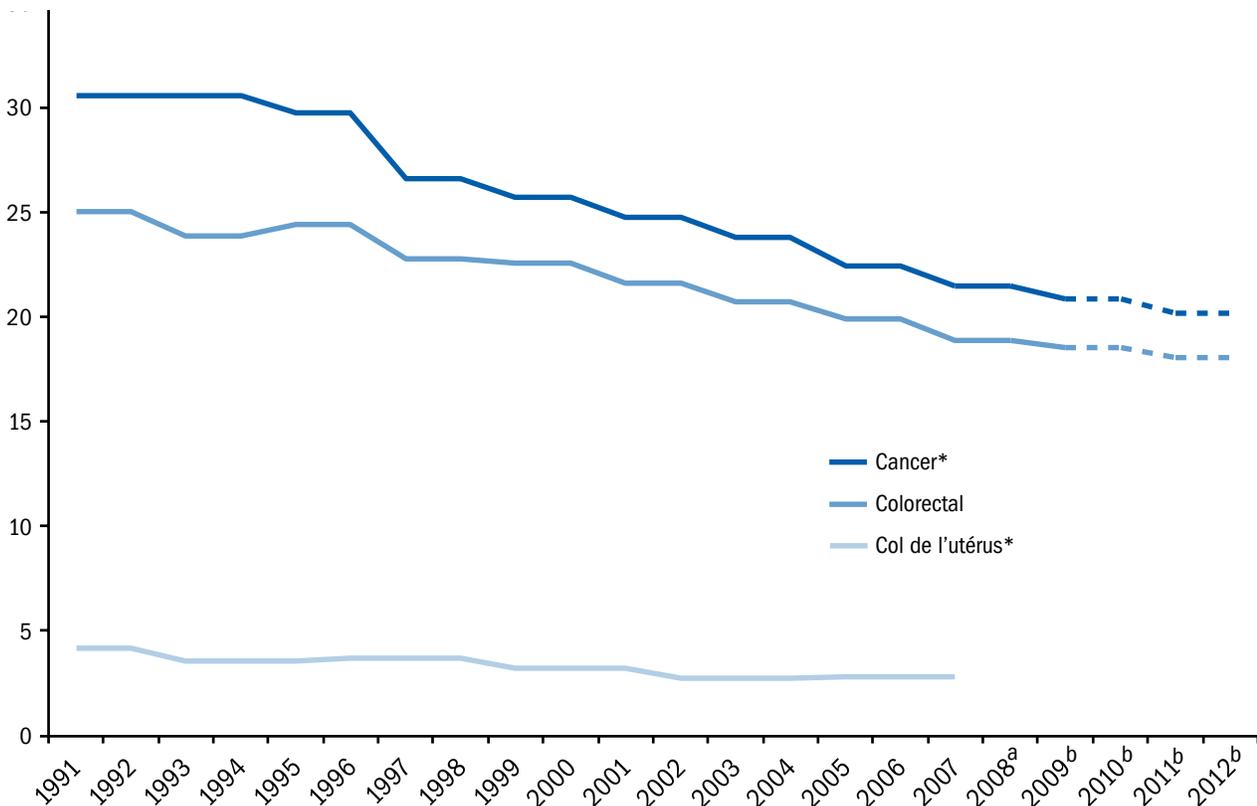
Participation et accès aux programmes de dépistage du cancer

Les programmes de dépistage sont efficaces s'ils atteignent un pourcentage appréciable de la population cible. Au fil des ans, de nombreux différents taux de participation cibles ont été établis pour orienter le dépistage du cancer.

Le rapport *Cancer 2020*, publié en 2003, établissait des taux de participation de 90 à 95 %, mais ACO s'est ensuite fixé des objectifs qu'il jugeait plus réalistes dans ses plans triennaux de lutte contre le cancer. Par la suite, le Ministère, après avoir constaté un nivellement des taux de participation aux trois programmes, a collaboré avec ACO pour élaborer une stratégie intégrée de dépistage du cancer visant à augmenter la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal.

Figure 1 : Taux de mortalité liée aux cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus en Ontario (par 100 000 habitants)

Source des données : Action Cancer Ontario



* Les taux de mortalité liée aux cancers du sein et du col de l'utérus sont calculés par tranche de 100 000 Ontariennes.

a. Les taux de mortalité liée au cancer du col de l'utérus ne sont pas accessibles pour la période de 2008 à 2012.

b. Les taux de mortalité liée aux cancers du sein et colorectal pour 2009 à 2012 sont estimatifs.

La stratégie comprenait des objectifs d'augmentation progressive des taux de participation de 2009-2010 à 2013-2014. Par exemple, la stratégie visait une augmentation de 66 % en 2009-2010 à 73 % en 2013-2014 pour le dépistage du cancer du sein.

Les taux de participation cible s'appliquent seulement aux personnes admissibles au dépistage. Les critères d'admissibilité sont fondés sur le groupe d'âge ou d'autres facteurs de risque qu'une personne développe un cancer particulier, comme les antécédents familiaux. Comme le montre la Figure 2, au moment de notre vérification, les données les plus récentes dont disposait ACO sur les taux de participation dataient de 2009-2010.

Afin de sensibiliser le public aux programmes de dépistage du cancer, le Ministère a engagé en tout 13 millions de dollars de 2007-2008 à 2011-2012, à des fins de communication et de promotion; ACO a engagé 5,9 millions pendant cette période pour promouvoir les programmes de dépistage auprès des fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants.

Le Ministère et ACO étaient conjointement responsables de la promotion de ces programmes de dépistage. Un cadre global a été mis au point pour garantir un message cohérent et ciblé, le Ministère étant chargé des communications avec le public et ACO, de l'information aux professionnels. Le Ministère et ACO ont collaboré à des initiatives précises.

Voici nos observations à l'égard de la participation et de l'accès à chacun des programmes de dépistage du cancer.

Figure 2 : Taux de participation cible et réelle aux programmes de dépistage du cancer (%)

Source des données : Action Cancer Ontario

Programme de dépistage du cancer	Taux de participation cible dans le plan d'ACO	Taux de participation cible dans la SIPC 2009-2010	Taux réel 2009-2010
Sein	70	66	66,8
Colorectal	40	32	27,4
Col de l'utérus	85	72	72,0

Dépistage du cancer du sein

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) a été créé en 1990 et cible, à titre de population admissible, les femmes de 50 à 69 ans (de 50 à 74 ans depuis novembre 2011) présentant un risque moyen de cancer du sein. Les seuls facteurs constituant un risque moyen sont le sexe féminin et l'âge.

En juillet 2011, l'Ontario était la seule province canadienne à intégrer le dépistage pour les femmes présentant un risque élevé de cancer du sein à un programme structuré de dépistage du cancer du sein. Ce programme cible, à titre de population admissible, les femmes âgées de 30 à 69 ans qui ont un risque élevé de cancer du sein. Les facteurs associés à un risque élevé sont notamment une mutation génétique particulière; des antécédents familiaux de cancer du sein héréditaire; un risque à vie de 25 % ou plus confirmé au moyen d'une évaluation génétique; et une radiothérapie à la poitrine avant l'âge de 30 ans ou plus de huit ans auparavant pour traiter un autre cancer ou problème de santé.

Le programme visant les femmes à risque moyen a plus ou moins atteint ses objectifs de participation, alors que le taux de participation au programme visant les femmes à risque élevé était nettement inférieur à l'objectif fixé. Il faut cependant souligner que ce dernier programme est relativement récent.

Le dépistage du cancer du sein et les évaluations connexes sont effectués dans plus de 150 emplacements affiliés au PODCS situés dans les hôpitaux et les établissements de santé autonomes. Environ 523 000 femmes ont participé au PODCS en 2011-2012. (Le dépistage peut se faire à l'extérieur du Programme. En 2010-2011, année la plus récente où des chiffres sont accessibles, environ 112 800 femmes ont passé une mammographie à un établissement de santé autonome non rattaché au Programme.) Environ 78 millions de dollars ont été alloués au PODCS.

Pour les femmes présentant un risque moyen de cancer du sein, les lignes directrices recommandent un dépistage avec mammographie tous les deux ans. Pour les femmes à risque élevé, les lignes directrices recommandent un dépistage annuel avec imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une échographie, en plus d'une mammographie.

En 2009-2010, année la plus récente où des statistiques ont été fournies, le taux de participation de la population admissible à risque moyen était de 66,8 %, ce qui correspond à l'objectif de la SIDC, mais non à l'objectif de 70 % dans les plans de lutte contre le cancer d'ACO.

En 2011-2012, le Ministère a affecté environ 11,6 millions de dollars pour le dépistage chez les femmes à risque élevé. ACO en a reçu environ 6,5 millions, dont 4,7 millions pour 20 000 examens de dépistage prévus et les frais associés, et 1,8 million pour des évaluations génétiques.

Pour accéder aux services d'évaluation génétique, une femme doit être dirigée au PODCS par son médecin. Les femmes dont le risque élevé de cancer du sein est confirmé subiront une IRM du sein et une mammographie. Selon une annonce en mai 2011, le dépistage chez ces femmes, au moyen d'une IRM et d'une mammographie annuelles, permettra de détecter environ 17 cancers par année pour chaque tranche de 1 000 participantes au PODCS.

Les données pour les neuf premiers mois du Programme, soit du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2012, montrent qu'environ 5 000 femmes âgées de 29 à 69 ans ont été dirigées vers le volet à risque élevé du PODCS. De ce nombre, environ 600 ont passé un test de dépistage. Ce nombre est nettement inférieur aux 20 000 auxquels le Ministère s'attendait. ACO a déclaré que ce faible nombre serait attribuable au fait que le PODCS avait commencé au cours de l'été ou encore que les femmes devaient d'abord obtenir un renvoi de leur omnipraticien et qu'un grand nombre devaient ensuite faire l'objet d'une évaluation génétique. ACO a indiqué que, des 4,7 millions de dollars affectés au volet à

risque élevé et aux services connexes, 3,3 millions devaient être remis au Ministère à la fin de l'exercice. ACO a fait savoir qu'il avait réduit ces projections pour 2012-2013 à 5 000 dépistages.

Temps d'attente pour les services de dépistage du cancer du sein

Chaque emplacement affilié au PODCS ou à un bureau régional gère ses propres réservations pour des mammographies de dépistage. Le Programme n'a pas de norme concernant le temps d'attente pour ces services. Aux trois bureaux régionaux que nous avons visités, nous avons constaté des fluctuations dans les temps d'attente variant d'un peu plus de 2 semaines à 10,5 mois. Le temps d'attente pour les femmes inscrites au Programme pourrait être attribuable au nombre élevé de tests de dépistage et d'évaluations effectués dans ces établissements sur des femmes non admissibles au PODCS. Un établissement que nous avons visité a effectué 20 500 mammographies en 2010-2011, dont seulement 9 400 concernaient des femmes admissibles selon les critères du Programme. ACO dispose de données sur le nombre total de dépistages non liés au PODCS effectués à l'échelle provinciale, mais n'a pas colligé ces données par emplacement de sorte à évaluer la capacité de ses quelque 150 établissements de dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, les données de 2008 (année la plus récente où des données sont accessibles) montrent que, dans 56 % des cas où des anomalies décelées par une mammographie nécessitaient une biopsie, le suivi a été assuré dans un délai de sept semaines. Ce taux demeure inférieur à l'objectif national fixé par l'Agence de la santé publique du Canada, qui est de 90 % pour ce délai. Aucune province canadienne n'a été en mesure d'atteindre l'objectif national. Les données de 2005-2006 de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que seule la Nouvelle-Écosse a obtenu une meilleure note que l'Ontario à cet égard, avec 58 % de cas ayant fait l'objet d'un suivi dans les délais prévus, par rapport à 57 % en Ontario.

Lors des visites des bureaux régionaux, nous avons constaté que des temps d'attente existaient à toutes les étapes du dépistage pour les femmes à risque élevé, jusqu'à six mois dans certains établissements. À la fin de 2011, ACO a effectué une enquête auprès des cliniques d'évaluation génétique qui déterminent l'admissibilité au dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque élevé. L'enquête a révélé que le temps d'attente entre le moment où la patiente reçoit un renvoi de son médecin et son premier rendez-vous était en moyenne de 84 jours. La plupart des cliniques ont indiqué que l'attente était essentiellement attribuable à la pénurie de personnel.

RECOMMANDATION 1

Afin d'améliorer les services de dépistage du cancer du sein pour les femmes admissibles, particulièrement celles qui sont considérées comme présentant un risque élevé de cancer du sein, Action Cancer Ontario (ACO) doit évaluer périodiquement les temps d'attente à chacun de ses établissements de dépistage. Par ailleurs, ACO doit prendre des mesures en vue d'augmenter sa capacité de sorte à effectuer les évaluations génétiques plus rapidement pour les femmes ayant obtenu un renvoi de leur médecin au volet à risque élevé.

RÉPONSE D'ACO

ACO convient qu'il importe de réduire le temps d'attente à tous les emplacements de dépistage pour améliorer les services de dépistage du cancer du sein et d'évaluation. ACO collaborera avec les régions en vue d'évaluer et d'améliorer les temps d'attente pour le dépistage et le suivi des résultats atypiques.

ACO mène une évaluation sur un an pour déterminer où des améliorations peuvent être apportées au nouveau volet à risque élevé du PODCS, qui devrait être terminée d'ici mars 2013. ACO évaluera notamment le temps d'attente pour l'IRM et les évaluations

génétiques (ex. consultations et examens) pour les femmes à risque élevé. En se fondant sur les résultats de cette évaluation, ACO apportera des améliorations au Programme en mettant particulièrement l'accent sur la réduction du temps d'attente pour l'IRM et les évaluations, au besoin, à compter de 2013-2014.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie l'évaluation du temps d'attente pour le dépistage du cancer du sein à chacun des emplacements de dépistage. Il collaborera avec ACO en vue d'évaluer et d'améliorer le temps d'attente pour le dépistage et le suivi des résultats atypiques à tous les emplacements de dépistage.

Le Ministère a fourni à ACO des ressources pour évaluer le PODCS afin de cerner les améliorations possibles, en mettant particulièrement l'accent sur la réduction du temps d'attente pour l'IRM et les évaluations suivant le cas.

Dépistage du cancer colorectal

En 2007, le Ministère a engagé 195 millions de dollars pour le dépistage du cancer colorectal sur une période de cinq ans, soit du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2012. ACO a ensuite lancé le programme ContrôleCancerColorectal doté d'un financement total de 72 millions de dollars pour la période de cinq ans. Le programme cible, à titre de population admissible, les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans.

Pour le Programme, on a retenu la trousse de TSOIF au gaïac comme principal outil de dépistage du cancer colorectal pour les Ontariens à risque moyen, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas d'antécédents familiaux de cancer colorectal ou de symptômes connexes. On recommande de passer le TSOIF tous les deux ans. En cas de résultat positif, le fournisseur de soins primaires devrait recommander à son patient de passer une coloscopie de suivi.

Le Programme vise également les personnes présentant un risque accru — parce qu'un ou des membres de leur famille immédiate ont ou ont eu un cancer colorectal —, mais le protocole est différent. Les personnes présentant un risque accru peuvent passer outre au TSOE et subir directement une coloscopie. Si la coloscopie ne révèle pas de cancer, la personne est invitée à subir une nouvelle coloscopie dans une période de cinq à dix ans.

En 2011-2012, 63 hôpitaux ont signé des ententes avec ACO et ont reçu des fonds d'appui de 4,6 millions de dollars pour participer au programme ContrôleCancerColorectal. Les hôpitaux ont effectué en tout 14 300 coloscopies au cours de cette année.

Participation au Programme de dépistage du cancer colorectal

Selon les rapports, le taux de participation de la population admissible (hommes et femmes de 50 à 74 ans) au programme ContrôleCancerColorectal a été de 27,4 % en 2009-2010, ce qui est inférieur à l'objectif de la SIDC (32 %) et à l'objectif du plan de lutte contre le cancer d'ACO (40 %). Cependant, le Programme ne mesurait que le taux de participation au TSOE. Lors de nos visites des bureaux régionaux et de quelques hôpitaux de ces régions, nous avons appris que la faiblesse des taux pourrait être en partie attribuable au fait que beaucoup de médecins estimaient que le TSOE n'était pas un outil de dépistage assez fiable et qu'ils renvoyaient directement de nombreuses personnes à risque moyen à un dépistage par coloscopie. Une enquête commandée par le Ministère en 2010 a effectivement révélé que 37 % des médecins croyaient que le TSOE n'était pas assez fiable pour servir d'outil de dépistage auprès de la population. En conséquence, le nombre de personnes à risque moyen qui ont fait l'objet d'un dépistage pourrait être beaucoup plus élevé que le nombre de celles qui ont subi un TSOE. (Au moment de notre vérification, ACO nous a dit qu'il réalisait un projet pilote en utilisant une différente trousse de test de selles, le test

immunochimique fécal (TIF), dont le niveau de sensibilité était plus élevé que celui du TSOE utilisé jusqu'ici; cette nouvelle trousse pourrait dissiper les préoccupations des médecins au sujet de l'utilisation du TSOE pour dépister le cancer colorectal.)

Par ailleurs, comme le taux de participation ne comprenait pas de dépistage direct par coloscopie des personnes ayant un risque accru de cancer colorectal, la participation globale au dépistage de ce cancer en Ontario a été sous-évaluée.

En décembre 2011, un comité directeur mixte du Ministère et d'ACO a approuvé une méthode de calcul des taux de participation au dépistage du cancer colorectal qui comprend les personnes ayant subi un TSOE, une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie. Il a également été décidé que ce calcul serait consigné en plus du taux de participation au TSOE. Cependant, cette méthode de calcul aura pour effet de surévaluer le taux de participation au dépistage parce qu'elle englobe également toutes les personnes recevant des traitements pour un cancer colorectal ou des lésions précancéreuses, et ces traitements ne sont pas considérés comme du dépistage.

Selon la nouvelle méthode de calcul, le taux de tests de dépistage du cancer colorectal déclaré en 2012 était de 53 % pour 2010. Ce pourcentage comprenait les personnes ayant subi un TSOE au cours des deux années précédentes, une sigmoïdoscopie flexible au cours des cinq dernières années ou une coloscopie au cours des dix dernières années, peu importe l'endroit, y compris les cliniques privées de coloscopie. Par conséquent, environ la moitié de la population admissible n'avait pas fait l'objet de dépistage.

Temps d'attente pour une colonoscopie dans les hôpitaux

Lorsque le PDCC a commencé en 2007-2008, 57 hôpitaux y participaient. Ce nombre est passé à 74 en 2008-2009, puis a baissé à 64 en 2010-2011 et à 62 en 2011-2012.

L'Association canadienne de gastroentérologie a fixé à deux mois l'objectif pour les suivis dans les cas de résultats positifs au TSOE, délai de référence qu'ACO a porté à huit semaines. Pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal, l'Association a fixé un délai de 6 mois à compter du renvoi pour une coloscopie, et ACO a porté le délai de référence à 26 semaines. L'objectif provincial fixé par le programme Contrôle Cancer-Colorectal est de 75 % pour le délai de référence de 8 semaines et de 80 % pour le délai de référence de 26 semaines pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal.

Selon l'indice de qualité du système de cancérologie, publié récemment par le groupe consultatif du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, en 2011, dans 73 % des cas de résultats positifs au TSOE, le délai de référence de 8 semaines a été respecté, ce qui représente une amélioration par rapport à 2009 (60 %). D'après les rapports d'ACO, dans 80 % des cas d'antécédents familiaux, la période d'attente de 26 semaines a été respectée en 2010-2011, ce qui correspond à une amélioration par rapport à 2008-2009 (71 %). Notre examen des dossiers dans les hôpitaux a révélé que les temps d'attente dépassaient le délai de référence de 8 semaines pour le suivi de TSOE positifs et de 26 semaines pour les cas d'antécédents familiaux. Nous avons également relevé des cas où des personnes dont le TSOE était positif ont attendu jusqu'à 17 semaines pour une coloscopie de suivi ainsi que des personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon qui ont attendu jusqu'à 72 semaines pour une coloscopie.

Malgré l'amélioration des temps d'attente dans ces deux situations, près de 30 % des participants n'ont pas eu de coloscopie de suivi dans les 8 semaines d'un résultat positif au TSOE et dans les 26 semaines après un renvoi pour risque accru. Certaines personnes ont recouru aux services de dépistage de cliniques privées, mais ACO n'avait pas accès aux dates de renvoi aux cliniques privées pour évaluer le temps d'attente des participants.

Selon ACO, ces objectifs n'ont pas été atteints pour différentes raisons, notamment les médecins ne font pas de suivi auprès des participants, la réticence de certaines personnes à subir une coloscopie, et les médecins ont conseillé à leurs patients ayant obtenu des résultats positifs au TSOE de répéter le test au lieu de les diriger directement vers une coloscopie.

RECOMMANDATION 2

Afin d'augmenter la participation et d'améliorer les efforts de dépistage du cancer du côlon, Action Cancer Ontario doit :

- examiner les préoccupations des médecins à l'égard de l'efficacité du TSOE comme outil de dépistage et s'efforcer de les dissiper;
- étudier des moyens de réduire le temps d'attente pour une coloscopie, particulièrement pour les patients présentant un risque accru.

RÉPONSE D'ACO

ACO accepte la recommandation et cherche des moyens d'augmenter la participation et d'améliorer le PDCC. Il continuera de sensibiliser les fournisseurs de soins primaires aux données probantes de la plus haute qualité à l'appui du dépistage au moyen du TSOE. Il continuera également d'évaluer la faisabilité d'adopter d'autres tests de dépistage qui, selon les données probantes récentes de la plus haute qualité, contribuent à réduire la mortalité due au cancer colorectal, ce qui comprend le test de selles plus sensible (test immunochimique fécal ou TIF) et la sigmoïdoscopie flexible. Les deux méthodes conviennent au dépistage chez les personnes à risque moyen et pourraient être plus acceptables pour les fournisseurs de soins primaires, notamment les médecins.

ACO poursuivra sa collaboration avec les régions en vue d'améliorer le temps d'attente pour la coloscopie aux emplacements qui n'atteignent pas les objectifs de temps d'attente, surtout pour les patients à risque accru (ayant

des antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal), au moyen d'examens du rendement trimestriels et de la gestion des contrats.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a octroyé un financement à ACO pour la sensibilisation des fournisseurs de soins et le projet pilote d'évaluation du nouveau TIF en vue de son utilisation en Ontario.

Le Ministère a également octroyé des fonds à ACO pour :

- augmenter sa capacité en matière de coloscopie en vue de réduire les temps d'attente des personnes à risque accru de cancer colorectal;
- mener un projet pilote visant à recourir aux cliniques de coloscopie à l'extérieur des hôpitaux pour augmenter sa capacité en services de coloscopie, dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a été lancé le 15 juin 2000. En 2010-2011, le Ministère a versé 54,8 millions de dollars aux médecins et aux laboratoires pour les tests Pap. Le dépistage se fait essentiellement au moyen des tests Pap effectués par les médecins dans leur bureau lors des examens de santé réguliers. Lorsque le test Pap décelé une anomalie de faible grade, la patiente passe habituellement un autre test Pap après six mois. Lorsqu'une anomalie grave est décelée, la patiente est normalement recommandée pour une coloscopie (un examen visuel du col de l'utérus au moyen d'un instrument appelé un coloscope). Dans certains cas, le tissu est prélevé pour une biopsie, et un pathologiste pose un diagnostic. Les coloscopies sont effectuées dans des cliniques en milieu hospitalier ou privées.

ACO a récemment publié des lignes directrices actualisées qui recommandent l'utilisation du test

d'empreintes génétiques du virus du papillome humain (VPH) comme outil de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 30 ans et plus. ACO collabore également avec le Ministère pour trouver un moyen d'intégrer ce test au programme de dépistage.

Taux de participation des femmes au Programme de dépistage du cancer invasif du col de l'utérus

Le vaccin contre le VPH, les dépistages réguliers et les suivis appropriés et rapides de résultats atypiques sont très efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus. La mortalité par cancer du col de l'utérus augmente de façon marquée après 45 ans. Selon les données les plus récentes du Registre ontarien de dépistage du cancer, de 2009 à 2011, 83 % des femmes décédées des suites d'un cancer du col de l'utérus avaient plus de 45 ans.

Notre examen a révélé que, même si elles courent un risque accru de décès par cancer du col de l'utérus, les femmes plus âgées ne sont pas ciblées adéquatement aux fins du dépistage et ne faisaient pas l'objet de dépistages adéquats. Par exemple, entre 2009 et 2011, les femmes plus âgées étaient deux fois plus susceptibles de ne pas avoir fait l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois années précédant leur diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus comparativement aux femmes plus jeunes. Particulièrement, les deux tiers des femmes âgées de 45 à 74 ans ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus n'avaient pas eu de test de dépistage dans les trois années précédant le diagnostic, par rapport à seulement un tiers des femmes de 21 à 34 ans n'ayant pas subi de test de dépistage. La moitié des femmes de 55 à 74 ans n'avaient pas eu de test de dépistage dans les dix années précédant leur diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus.

Fréquence du dépistage du cancer du col de l'utérus

En général, ACO recommande un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois ans pour les

femmes de 21 à 69 ans qui sont ou ont été actives sexuellement. Cependant, ACO recommande que les femmes qui ont des résultats atypiques subissent un nouveau test tous les ans, jusqu'à ce qu'elles obtiennent trois résultats normaux successifs.

En 2009-2010, le taux de participation provincial global au dépistage du cancer du col de l'utérus était de 72 %. Ce taux était inférieur à l'objectif (85 %) du plan de lutte contre le cancer en Ontario, mais correspondait à l'objectif de la SIDC. Il y avait une différence importante dans les taux de participation selon les groupes d'âge. Selon l'évaluation du programme par ACO, les taux de participation au dépistage les plus élevés se trouvaient chez les femmes âgées de 20 à 29 ans (74 %) et les taux les plus faibles étaient chez les femmes de 60 à 69 ans (66 %). Par conséquent, les femmes plus jeunes, qui sont moins à risque de cancer du col de l'utérus, ont les taux les plus élevés de dépistage annuel au moyen du test Pap. Notre examen a montré que 16 % des femmes de 20 à 29 ans, dont les résultats d'un test Pap étaient normaux en 2009, ont subi un autre test dans les 12 mois suivants; cette situation ne s'est produite que dans 7 % des cas de femmes âgées de 70 ans et plus.

Il est ressorti des discussions avec la direction d'ACO que les femmes plus jeunes (de 20 à 34 ans) passent et repassent des tests de dépistage plus fréquemment parce que, pour les médecins, le test Pap est relié aux examens de santé annuels, aux consultations au sujet de la contraception et au dépistage des infections transmissibles sexuellement. En 1996, le Ministère a reconnu que cela posait problème. Comme les femmes plus âgées ont moins de raisons de voir leur médecin pour des questions touchant la contraception et le style de vie, elles ne subissent pas de tests assez souvent, voire pas du tout, même si elles sont plus à risque de cancer du col de l'utérus et de décès.

Selon les représentants d'ACO, la question des dépistages trop fréquents ou trop peu fréquents s'explique par l'absence de système structuré pour informer les personnes qu'il est temps de passer un test. Afin d'établir un système structuré d'appel et

de rappel, le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus devait être autorisé à colliger des renseignements sur la santé des personnes sans leur consentement. Pour ce faire, il faudrait obtenir la qualité de registre prescrit auprès du Ministère et de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée. ACO a obtenu cette qualité pour le Registre ontarien de dépistage du cancer en mai 2011. En octobre 2011, la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée a approuvé les pratiques et les procédures d'ACO associées au Registre. Par conséquent, le Programme peut maintenant recueillir des données pour déterminer les femmes admissibles et leur envoyer directement la correspondance traitant des résultats des tests ainsi que des invitations ou des rappels pour un dépistage.

Selon ACO, il serait préférable d'amener les médecins à considérer le test Pap comme un service distinct n'étant pas lié aux consultations au sujet de la contraception, aux examens de santé annuels et aux tests de dépistage d'infections transmissibles sexuellement. ACO a recommandé que le Ministère, dans ses négociations avec l'Ontario Medical Association, harmonise les primes de rendement versées aux médecins avec ses lignes directrices révisées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui ont été diffusées au public et aux fournisseurs de soins de santé en mai 2012. La prime de rendement actuelle pour les médecins est calculée en fonction du pourcentage de la population cible ayant passé un test Pap au cours des 30 mois précédant le 31 mars de l'exercice pour lequel la prime est demandée. Cet intervalle est de 6 mois plus court que l'intervalle de 36 mois entre les tests Pap recommandé par ACO et pourrait encourager des dépistages en nombre excessif. Par ailleurs, il n'y avait pas de mesures pour dissuader les dépistages plus fréquents qu'à l'intervalle recommandé.

Temps d'attente des services de colposcopie

Le suivi rapide des résultats atypiques du test Pap est essentiel pour assurer l'efficacité du dépistage.

Selon l'indice de qualité du système de cancérologie pour 2012, 17 % des femmes âgées de 20 à 69 ans n'ont pas eu de colposcopie de suivi 6 mois après un résultat atypique révélant une malignité de haut grade. Les lignes directrices en matière de colposcopie de 2008 précisent qu'une colposcopie doit avoir lieu sur une période de 8 à 12 semaines dans le cas de résultats cytologiques moins sévères et sur une période plus courte dans le cas de résultats plus sévères. La période entre le renvoi et la colposcopie ne devrait pas dépasser six mois.

Au cours de notre vérification, nous avons constaté qu'ACO n'avait pas envoyé de lettres aux personnes touchées. Cependant, ACO nous a informés, maintenant qu'il a obtenu la qualité de registre prescrit, il prévoit envoyer des lettres à toutes les femmes de 21 à 69 ans dont les résultats du test Pap sont atypiques ou insatisfaisants à compter de l'automne 2012.

En février 2012, ACO a procédé à un examen préliminaire des données sur la colposcopie pour les années 2008 à 2010, afin de déterminer le délai moyen pour passer une colposcopie. Cet examen préliminaire a montré que le temps d'attente moyen pour les anomalies de haut grade de malignité était généralement de trois mois.

RECOMMANDATION 3

Pour améliorer l'efficacité de ses services de dépistage du cancer du col de l'utérus, Action Cancer Ontario doit :

- cibler ses activités de sensibilisation et de promotion de sorte à augmenter les taux de participation et de dépistage répété chez les femmes;
- sensibiliser le public et les fournisseurs de soins de santé aux intervalles appropriés du dépistage du cancer du col de l'utérus;
- surveiller les temps d'attente pour la colposcopie afin d'assurer un suivi rapide pour les femmes obtenant des résultats atypiques au test Pap.

RÉPONSE D'ACO

ACO accepte cette recommandation et cherche activement à renforcer le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les fournisseurs qui effectuent les dépistages du cancer du col de l'utérus jouent un rôle essentiel en vue d'assurer que les dépistages et les suivis aient lieu en conformité aux lignes directrices. En mai 2012, ACO a diffusé de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus aux fournisseurs à l'échelle de la province ainsi que de l'information qu'ils peuvent distribuer aux femmes.

Par ailleurs, les efforts se poursuivront en vue de sensibiliser les fournisseurs de soins et les femmes de tous les âges aux lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment au moyen de campagnes médiatiques et de correspondance ciblées à compter de juillet 2012. Ces activités comprennent l'élaboration de campagnes de sensibilisation avec les partenaires régionaux pour promouvoir le dépistage approprié des femmes n'ayant jamais ou que peu fréquemment passé un test de dépistage ainsi que des femmes plus âgées.

ACO collaborera avec les hôpitaux et les cliniques de colposcopie pour surveiller et améliorer les temps d'attente, au besoin, de même qu'avec les fournisseurs de soins primaires pour améliorer les taux de suivi pour l'ensemble des femmes dont le test Pap produit des résultats atypiques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère continuera de collaborer avec ACO et de le financer en vue d'établir des stratégies efficaces de prestation des activités de promotion et de sensibilisation visant à améliorer les connaissances du public et des fournisseurs de soins de santé sur le dépistage approprié du cancer du col de l'utérus et les lignes directrices recommandées.

Dépistage du cancer pour les personnes n'ayant pas de médecin de famille

Selon le Ministère, environ 6 % de la population adulte n'a pas de médecin de famille. Actuellement, lorsqu'une personne n'ayant pas de fournisseur de soins primaires participe à l'un des trois programmes de dépistage du cancer, il incombe à ACO de s'assurer qu'un suivi est fait à la suite de résultats atypiques. ACO encourage alors ces personnes à communiquer avec Accès Soins pour trouver un médecin qui fournira les soins primaires de manière permanente. Cependant, ce processus ne prévoit pas la recherche des personnes sans médecin de famille pour les inscrire aux programmes de dépistage.

ACO a reconnu que les personnes n'ayant jamais ou que rarement participé à des programmes de dépistage éprouvent souvent des difficultés liées au faible revenu, à l'orientation sexuelle ou à l'immigration ou souffrent de troubles fonctionnels. ACO a indiqué que, selon la recherche actuelle, les interventions locales adaptées sont mieux en mesure de surmonter les obstacles au dépistage auxquels ces groupes font face. Par conséquent, le Ministère a versé 4,5 millions de dollars à ACO pour 2010-2011 à 2012-2013 pour concevoir des initiatives ciblant les personnes n'ayant jamais ou que peu fréquemment passé un test de dépistage.

En 2010-2011, ACO a retenu 5 de ses 13 régions pour des projets visant les personnes n'ayant jamais ou peu fréquemment passé un test de dépistage et leur a alloué un financement pendant deux ans, après quoi il évaluera les initiatives pour déterminer s'il convient ou non de les élargir. ACO nous a informés qu'il prévoit effectuer une analyse plus détaillée à l'échelle des RLISS en vue d'élargir les projets régionaux actuels au cours de l'exercice 2013-2014.

Par ailleurs, dans le cadre de la SIDC, ACO a envisagé différents projets pilotes ou propositions pour accroître la participation des personnes sans médecin de famille aux programmes de dépistage. Ces initiatives comprennent l'envoi

de trousse de dépistage du cancer colorectal directement à un échantillon de personnes admissibles, l'envoi d'invitations et de rappels aux personnes admissibles concernant le dépistage, et l'élaboration d'activités de sensibilisation et de recrutement communautaires pour joindre les populations dont le dépistage est déficient.

RECOMMANDATION 4

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit surveiller et évaluer les initiatives en cours d'Action Cancer Ontario visant à augmenter la participation des personnes n'ayant pas de médecin de famille aux programmes de dépistage afin d'en évaluer l'efficacité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

L'augmentation de la participation aux programmes de dépistage est un objectif clé du programme intégré de dépistage du cancer. Le Ministère fournit à ACO les ressources, le mandat et l'appui public nécessaires pour mener à bien ses initiatives et ses activités.

Le Ministère et ACO sont en voie de finaliser l'accord sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert, qui prévoit des mécanismes de surveillance, de supervision et de déclaration des activités d'ACO par rapport à des objectifs et des cibles clairement définis.

De plus, le programme Accès Soins du Ministère continue de recommander des personnes n'ayant pas de fournisseur de soins primaires. Depuis sa création, Accès Soins a jumelé et recommandé plus de 100 000 personnes.

RÉPONSE D'ACO

ACO accepte cette recommandation et collaborera avec le Ministère en vue d'assurer une surveillance adéquate de ses activités et d'améliorer la participation des personnes n'ayant pas de fournisseur de soins primaires. ACO et le Ministère s'emploient à déterminer

les mesures à prendre pour améliorer l'accès de toutes les personnes admissibles au dépistage, y compris celles sans fournisseur de soins. Ces mesures comprennent l'accès au dépistage sans renvoi d'un médecin, l'autorisation d'autres professionnels de la santé à faire passer les tests de dépistage, l'envoi des trousseaux de TSOE directement par la poste, et les dépistages dans des installations itinérantes. ACO et le Ministère collaborent en vue d'apporter les modifications requises à la réglementation afin d'élargir l'accès au dépistage par des mesures complémentaires, notamment en permettant aux laboratoires de traiter les tests de dépistage effectués par des non-médecins.

Pour accroître la participation au dépistage des personnes sans fournisseur de soins primaires, il faudra assurer un suivi opportun dans les cas de résultats atypiques. ACO travaille avec le Ministère pour mettre en oeuvre un modèle de suivi structuré pour les personnes ayant subi un test de dépistage, particulièrement celles sans fournisseur de soins primaires.

SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Il est important de surveiller la qualité des programmes de dépistage du cancer pour vérifier que ceux-ci répondent aux normes minimales et qu'un processus est en place afin d'évaluer leur fiabilité de manière continue. Les patients et leurs médecins doivent pouvoir faire confiance aux résultats. Notre examen a relevé d'importantes fluctuations dans les mesures d'assurance de la qualité s'appliquant à chacun des programmes de dépistage. ACO a mis au point un programme complet d'assurance de la qualité aux fins de la surveillance du PODCS, mais la surveillance du PDCC est limitée et elle est inexistante dans le cas du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, selon notre recherche, il existe ailleurs dans le monde, notamment au Royaume-Uni, des processus d'assu-

rance de la qualité bien définis qu'il conviendrait d'envisager pour l'Ontario.

Dépistage du cancer du sein

ACO a mis au point un programme complet d'assurance de la qualité aux fins de la surveillance du PODCS.

Les emplacements doivent se conformer à des exigences minimales précises avant de pouvoir participer au Programme. Ils doivent notamment recevoir et maintenir une accréditation du Programme d'agrément en mammographie (PAM) de l'Association canadienne des radiologistes. L'accréditation s'applique aux qualifications des radiologistes et technologues en radiation médicale, au matériel, au contrôle et à l'assurance de la qualité, à la qualité de l'imagerie et aux doses d'irradiation.

Cependant, en 2009-2010, 20 % des tests de dépistage du cancer du sein ont été effectués à l'extérieur du PODCS, soit dans des emplacements qui n'étaient pas affiliés au Programme et n'étaient donc pas soumis aux exigences de surveillance. Dans les discussions avec les bureaux régionaux visités, nous avons appris que le recours aux emplacements non affiliés au PODCS pourrait s'expliquer par le fait que les médecins renvoient leurs patientes à des emplacements situés à proximité de leur bureau ou dans le même immeuble ou encore les médecins et les patientes ne font pas la différence entre les services liés au PODCS et leurs autres services offerts. Par conséquent, bien que leurs résultats aient été lus par des radiologistes et envoyés à leur médecin pour un suivi, ces femmes n'ont pas bénéficié de suivi pour leurs résultats atypiques, de rappel du prochain rendez-vous et des processus d'assurance de la qualité d'ACO, contrairement aux femmes ayant passé un dépistage à un emplacement affilié au PODCS.

Au cours de notre vérification, ACO nous a informés que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) exigerait que les établissements de santé autonomes non affiliés au PODCS obtiennent l'agrément du PAM dès le début de 2013.

L'Ordre a depuis inclus une exigence à cet égard pour 2014 dans la version révisée de ses paramètres de pratique clinique et normes d'établissement s'appliquant aux établissements de santé autonomes. Les hôpitaux qui offrent des services de mammographie ne sont pas tenus d'obtenir l'agrément du PAM, mais ACO a recommandé au Ministère d'en faire une exigence. Le Ministère a convenu qu'ACO crée un comité d'experts et qu'il collabore avec l'Association canadienne des radiologistes et l'Ordre pour mieux définir cette recommandation. Après notre vérification, on nous a informés que le Ministère étudiait différentes options visant à assurer que tous les établissements offrant des services de mammographie aient l'agrément du PAM d'ici 2014.

Outre l'exigence au titre de l'agrément, le PODCS a établi plusieurs processus d'assurance de la qualité. Ils prévoient notamment l'examen périodique du travail des radiologistes qui évaluent les clichés, l'inspection des appareils de mammographie tous les six mois, l'examen du travail des technologues en radiation médicale et des vérifications des dossiers de sorte à assurer que l'information sur les participants est complète et à jour.

Aux fins de l'assurance de la qualité, le PODCS effectue également des « examens des cancers d'intervalle » dans les cas des patientes ayant reçu un diagnostic de cancer après avoir obtenu des résultats normaux à un test de dépistage. Il s'agit de déterminer si le cancer est passé inaperçu lors du dépistage antérieur ou si le cancer s'est réellement développé par la suite, de sorte à fournir une rétroaction aux radiologistes du PODCS.

En 2009, 225 de ces cas ont été examinés, dont 81 ont fait l'objet d'un examen ultérieur. De ces 81 cas, 42 ont par la suite été classés comme étant passés inaperçus au moment du dépistage. Aucun examen de cancers d'intervalle n'a été effectué de la fin de 2009 à juillet 2011, parce que le radiologiste en chef du PODCS d'ACO avait pris sa retraite et que son remplaçant a seulement été embauché en juillet 2011. Au moment de notre vérification, l'arriéré des examens de cancers d'intervalle s'élevait à près de 900. ACO nous a informés qu'il prévoyait

avoir terminé les examens de suivi de ces cas en décembre 2012.

ACO veille à ce qu'une inspection indépendante des appareils soit effectuée tous les six mois afin d'assurer que les niveaux d'irradiation se situent dans les limites acceptables. Nous avons examiné un échantillon des rapports d'inspection dans trois régions que nous avons visitées. Une région n'avait pas reçu tous les rapports des emplacements sur leur manière d'assurer le suivi des problèmes décelés lors des inspections. Certains rapports auraient dû être remis en août, septembre et octobre 2011. Dans une autre région, tous les problèmes soulevés avaient été réglés et dans la troisième région, aucun problème notable n'avait été relevé.

Les bureaux régionaux doivent effectuer des vérifications des dossiers des patients afin de vérifier que les données saisies dans le système de dépistage sont exactes, conformes aux normes et politiques du PODCS et compatibles avec les données saisies dans le système d'information provincial. Nous avons constaté que la politique sur la vérification des dossiers ne précise pas la taille des échantillons à examiner ni la fréquence des examens ou celle des examens subséquents lorsque des problèmes sont décelés. Nous avons constaté des différences importantes entre les régions visitées :

- Seulement trois des quatre régions ont effectué des vérifications des dossiers. La région qui n'a pas effectué de vérification a examiné un échantillon de dossiers, mais seulement pour les cas de résultats atypiques.
- Dans les trois autres régions, la fréquence et les types d'examen variaient. Une région a procédé à des vérifications des dossiers tous les trois ans, tout en effectuant des examens moins approfondis entre les années de vérification. Les deux autres régions ont effectué des vérifications annuelles des dossiers.
- Les trois régions ont chacune examiné un échantillon de 20 dossiers pour chaque emplacement visé par la vérification, quel que soit le nombre de dépistage effectués annuellement à l'emplacement. Par conséquent, la taille

de l'échantillon à un emplacement ayant effectué 10 000 dépistages dans une année était la même qu'à un emplacement en ayant effectué 500.

Dépistage du cancer colorectal

ACO et le Ministère maintiennent certains mécanismes de surveillance du dépistage du cancer du côlon. Nous avons constaté ce qui suit :

Qualité des services de laboratoire

Dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, les TSOF effectués sont analysés dans les laboratoires communautaires participants afin de détecter le sang dans les échantillons de selles. Les résultats des tests sont ensuite envoyés au médecin du participant ainsi qu'à ACO. Le médecin informe le participant de son résultat. ACO avise également le participant de son résultat. En cas de résultat positif, une coloscopie est habituellement recommandée en guise de test de suivi.

Les laboratoires voulant participer au programme ContrôleCancerColorectal doivent signer une entente avec le Ministère où sont énoncées les exigences. Les laboratoires doivent, entre autres, être accrédités par le Programme de gestion de la qualité – Services de laboratoire de l'Ontario Medical Association et se conformer au Canadian External Quality Assurance Program établi par l'Ontario Association of Medical Laboratories (OAML). Aux termes de l'entente conclue entre l'OAML et le Ministère, ce dernier a approuvé un financement total d'au plus 45 millions de dollars sur cinq ans. Un comité de l'OAML, composé de membres de l'ensemble des laboratoires participant au programme ContrôleCancerColorectal, surveille la qualité et le rendement des laboratoires en procédant à des vérifications mensuelles de la compétence.

Non seulement aucun représentant du Ministère ou d'ACO ne siège à ce comité de contrôle de la qualité, mais ni le Ministère ni ACO ne reçoivent les rapports sur les processus d'assurance de la qualité

et les résultats connexes. L'entente conclue entre le Ministère et l'OAML prévoit que le Ministère soit seulement informé des préoccupations qu'un laboratoire ne peut régler de façon satisfaisante, auquel cas la question est renvoyée au Ministère pour que des mesures soit prises. L'OAML nous a dit qu'aucun incident n'a été signalé au Ministère depuis le lancement du programme d'assurance de la qualité en 2008.

Qualité des services hospitaliers

L'ACO utilise la coloscopie comme principal moyen de dépistage chez les personnes à risque accru de cancer colorectal et de test de suivi des résultats positifs au TSOF. Seules les coloscopies effectuées dans les hôpitaux participants sont admissibles aux fonds d'appui du PDCC. En 2011-2012, ces hôpitaux ont effectué environ 14 300 coloscopies et reçu des fonds d'appui de 4,6 millions de dollars. Les hôpitaux participants doivent se conformer aux normes de qualité suivantes établies par ACO :

- les endoscopistes doivent effectuer un minimum de 200 coloscopies annuellement pour obtenir ou maintenir leur titre de compétence;
- les taux de perforation intestinale se produisant à l'hôpital ne doivent pas être supérieurs à un sur 2 000 lors des dépistages et à un sur 1 000 lors de tous autres actes médicaux;
- l'examen de l'intestin doit respecter une norme particulière de façon à évaluer la rigueur avec laquelle l'acte a été effectué.

Nous avons constaté qu'ACO colligeait les données nécessaires, mais qu'il n'analysait ni ne surveillait les données pour déterminer si chaque endoscopiste se conformait aux exigences. Particulièrement, nous avons constaté ce qui suit :

- À partir des données relatives aux coloscopies effectuées de 2008-2009 à 2010-2011, nous avons demandé à ACO de déterminer le pourcentage d'endoscopistes participant au PDCC qui n'effectuaient pas les 200 coloscopies minimales par année. L'examen a démontré que plus de 20 % des endoscopistes ne respectaient pas cette exigence.

- Notre examen des données sur les perforations de 2009-2010 au troisième trimestre de 2011-2012 dans les trois régions visitées a révélé que les hôpitaux participants satisfaisaient généralement aux normes relatives aux taux de perforation. Cependant, ces taux étaient uniquement fondés sur les perforations survenues le jour de l'acte. Notre discussion avec un expert du domaine ainsi qu'un examen d'articles de recherche ont révélé que des complications peuvent survenir jusqu'à 14 jours après l'acte. ACO a fait savoir qu'il n'assurait pas le suivi de ces renseignements au-delà de la date de l'acte parce qu'il serait très difficile de le faire.

Outre les exigences professionnelles s'appliquant aux spécialistes qui effectuent les coloscopies ainsi que les exigences des hôpitaux, il n'existe pas de processus complet d'assurance de la qualité. ACO nous a dit qu'il envisageait d'élaborer un processus semblable à celui du PODCS.

Qualité des services en cliniques privées

Environ 50 cliniques privées en Ontario offrent des services de coloscopie sans cependant être admissibles aux fonds d'appui pour les coloscopies. Jusqu'en 2010-2011, ces cliniques privées n'étaient pas soumises aux normes de qualité et aux exigences en matière de collecte des données que doivent respecter les hôpitaux participant au PDCC. Cependant, en 2010-2011, l'Ordre a commencé à surveiller et à inspecter ces cliniques. ACO a lancé un projet pilote pour étudier la manière d'intégrer ces cliniques au Programme de dépistage.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Comme mentionné précédemment, ACO a obtenu la qualité de registre prescrit pour le Registre ontarien de dépistage du cancer en mai 2011. En octobre 2011, la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée a approuvé les pratiques et procédures en matière de renseignements associées au registre d'ACO. Ayant obtenu la qualité de

registre prescrit, ACO est maintenant en mesure de colliger suffisamment de renseignements pour établir un programme d'assurance de la qualité. Nous avons constaté ce qui suit.

Qualité des services de laboratoire

De manière générale, les échantillons cytologiques sont prélevés lors de tests Pap effectués par les médecins dans leur bureau, puis envoyés aux laboratoires pour analyse. ACO se fie aux processus d'assurance de la qualité qui régissent l'accréditation et la vérification de la compétence des laboratoires dans le cadre du Programme de gestion de la qualité – Services de laboratoire administré par l'Ontario Medical Association. Par ailleurs, le Ministère délivre des licences aux laboratoires pour qu'ils effectuent une gamme précise de tests.

ACO est responsable de l'assurance de la qualité du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Un programme d'assurance de la qualité devrait prévoir des normes de qualité pour les tests, la collecte de données et la surveillance du respect de ces normes, des indicateurs de rendement ainsi que des objectifs associés aux laboratoires. Cependant, ACO n'avait pas encore élaboré de programme d'assurance de la qualité pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. ACO a indiqué qu'il n'était pas habilité à recueillir les données requises pour assurer une gestion du rendement et obtenir des rapports des fournisseurs avant d'obtenir la qualité de registre inscrit en octobre 2011.

Nous nous sommes également penchés sur la rapidité à laquelle les analyses cytologiques devraient être exécutées. De 2007 à 2010, le délai d'exécution provincial moyen est passé de 21 à 15 jours. Cependant, ce délai variait grandement d'un laboratoire à un autre. Par exemple, en 2010, le délai d'exécution moyen des laboratoires variait de 7 à 33 jours.

Qualité des services de colposcopie

La colposcopie permet d'examiner les anomalies du col de l'utérus, comme les lésions précancéreuses.

En 2010-2011, le Ministère a indiqué que 125 400 colposcopies avaient été effectuées, ce qui représente une augmentation de 28 % par rapport aux 98 000 en 2004-2005. Les colposcopies sont effectuées dans des cliniques en milieu hospitalier ou dans les bureaux des médecins.

En 2008, ACO a établi des lignes directrices en matière de colposcopie, qui traitent des qualifications et de la formation de ceux qui exécutent l'acte ainsi que des mesures d'assurance de la qualité. Cependant, ACO n'a pas évalué et surveillé la qualité des services de colposcopie pour s'assurer qu'ils respectent ces lignes directrices. Par exemple, nous avons constaté ce qui suit :

- Selon les lignes directrices, les personnes qui exécutent les colposcopies devraient effectuer environ 100 colposcopies par année pour conserver leur titre de compétence, et au moins 25 % de ces cas devraient s'appliquer à de nouveaux patients. Comme mentionné précédemment, ACO n'était pas habilité à recueillir tous les renseignements nécessaires pour assurer une gestion du rendement et demander aux fournisseurs de produire des rapports avant d'obtenir la qualité de registre prescrit en octobre 2011.
- Les lignes directrices prévoient la tenue d'examens annuels d'assurance de la qualité dans les cliniques de colposcopie ainsi que de vérifications des cliniques à l'échelle régionale et provinciale, afin d'assurer la cohérence des résultats et de fournir une rétroaction aux cliniciens. ACO n'a pas mis en oeuvre un programme d'assurance de la qualité ni effectué de vérifications des cliniques depuis le début du programme en 2000.

Après avoir été autorisé, en octobre 2011, à colliger et à examiner des renseignements pour évaluer la qualité des services, ACO a également signé, en janvier 2012, une entente d'échange de données avec le Ministère afin d'avoir accès aux renseignements nécessaires en matière de santé. Grâce à l'accès aux données du Ministère sur les demandes de remboursement, ACO pourra main-

tenant connaître le nombre de colposcopies et de biopsies effectuées ainsi que le nombre de médecins qui exécutent des colposcopies et leurs domaines de spécialité. Cependant, ACO ne disposera toujours pas de données sur les résultats des colposcopies et des biopsies provenant de l'ensemble des sources, ce qui comprend les hôpitaux, les cliniques et autres établissements.

RECOMMANDATION 5

Pour faire en sorte que les Ontariens reçoivent des services de dépistage du cancer de qualité, Action Cancer Ontario doit collaborer avec le Ministère pour :

- établir des procédures de surveillance permettant de vérifier si les exigences au titre de l'assurance de la qualité sont respectées en ce qui concerne le dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, que celui-ci soit effectué dans le cadre de programmes d'Action Cancer Ontario ou d'autres fournisseurs de services;
- obtenir des données de dépistage lui permettant d'examiner et d'évaluer le travail de tous les fournisseurs de services et de mesurer les résultats par rapport aux normes d'assurance de la qualité pertinentes.

RÉPONSE D'ACO

ACO est tout à fait d'accord pour dire que le dépistage est le plus efficace lorsqu'il s'inscrit dans un programme structuré qui met à contribution tous les fournisseurs de services et repose sur des mécanismes solides d'assurance de la qualité de sorte à optimiser les avantages du dépistage et à en réduire les préjudices. ACO convient également que d'autres administrations, notamment le Royaume-Uni, offrent d'excellents modèles de programmes d'assurance de la qualité. En misant sur ces modèles, ACO établira des procédures de surveillance régulière pour évaluer le rendement par rapport aux exigences d'assurance de la qualité. Il s'agira

notamment d'assurer le suivi de la fréquence du dépistage, des taux de détection de cancer et de la compétence des fournisseurs. ACO travaillera avec le Ministère pour obtenir les données et le mandat dont il a besoin pour s'assurer que l'ensemble des fournisseurs de services respectent les exigences d'assurance de la qualité pour tous les programmes de dépistage, que les services de dépistage soient fournis ou non dans le cadre des programmes établis par ACO. Les fournisseurs de services comprennent les fournisseurs de soins primaires, les radiologistes, les colonoscopistes, les colposcopistes, les établissements de coloscopie et de mammographie, et les laboratoires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère continuera de collaborer avec ACO et de lui fournir les ressources, le mandat et le soutien dont il a besoin aux fins de l'assurance de la qualité et de la surveillance des fournisseurs de services.

Par application de la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement*, pour conserver leur permis d'exploitation, les laboratoires médicaux doivent se conformer au programme de gestion de la qualité de l'Ontario Medical Association, soit le Programme de gestion de la qualité – Services de laboratoire. Ce programme s'applique à toutes les analyses en laboratoire et comprend les tests de dépistage des cancers colorectal et du col de l'utérus.

MESURES ET RAPPORTS DE RENDEMENT

Rapports publics sur les indicateurs de rendement

ACO publie annuellement des indicateurs de rendement pour ses trois programmes de dépistage,

au moyen de l'indice de qualité du système de cancérologie du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, un outil Web de déclaration publique. Cet outil assure le suivi de la qualité et de la cohérence des principaux services de cancérologie de la province, de la prévention et du dépistage jusqu'aux soins en fin de vie. Par l'entremise du conseil d'administration d'ACO, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario fait des recommandations au Ministère pour l'amélioration des services de cancérologie. En mai 2012, le Conseil a indiqué qu'ACO devait poursuivre ses efforts en vue d'améliorer la participation à ses programmes de dépistage. Par exemple, de 2008 à 2010, seulement 27 % des femmes admissibles ont subi des tests de dépistage du cancer recommandés pour leur âge.

ACO a également mené des évaluations officielles de ces trois programmes de dépistage du cancer et publié des rapports connexes. Le rapport sur le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, couvrant la période de 2003 à 2008, a été publié en 2011, le rapport marquant le 20^e anniversaire du PODCS, couvrant la période de 1990 à 2010, a été publié en 2010, et le rapport de 2008 sur le programme ContrôleCancerColorectal a été publié en 2010.

Les trois programmes de dépistage du cancer ont adopté des indicateurs de rendement ayant été élaborés par un organisme national, soit l'Agence de la santé publique du Canada ou Partenariat canadien contre le cancer. Les indicateurs associés au PODCS étaient compatibles avec ces principaux indicateurs nationaux. Cependant, les programmes de dépistage des cancers colorectal et du col de l'utérus ne comptaient pas d'indicateurs pour évaluer les activités de suivi et de détection et les résultats connexes de ces programmes. Dans le cadre de la SIDC, ACO collabore avec le Ministère en vue d'instaurer 13 mesures du rendement clés pour les trois programmes de dépistage du cancer et de rendre compte de ces mesures.