

ACTION CANCER ONTARIO

3.08

Lors de sa création en avril 1997, Action Cancer Ontario (ACO) a reçu le mandat d'intégrer les services de lutte contre le cancer à l'échelle de la province. ACO a pris la relève de la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, établie en vertu de la *Loi sur le cancer* pour diriger un programme de recherche, de diagnostic et de traitement du cancer, comprenant entre autres :

- l'établissement, l'entretien et l'exploitation de centres de recherche, de diagnostic et de traitement;
- la recherche clinique et en laboratoire sur les problèmes associés au cancer;
- la déclaration adéquate des cas de cancer ainsi que l'enregistrement et la compilation des données;
- la sensibilisation du public à l'importance du dépistage et du traitement précoces;
- la formation du personnel technique.

La tâche principale de ACO est de veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens atteints d'un cancer continuent de recevoir des soins de qualité. ACO a aussi comme objectif de réduire le nombre futur de personnes atteintes d'un cancer au moyen de la multiplication des efforts de prévention et de dépistage. ACO conseille en outre le ministère de la Santé sur les questions relatives au cancer.

Les activités de ACO comprennent huit centres régionaux de traitement du cancer, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et le registre ontarien du cancer. D'après les statistiques du ministère, ACO fournit environ 75 pour 100 des services de radiothérapie offerts en Ontario, le reste étant fourni par le pavillon Princess Margaret Hospital du Toronto Hospital.

Afin d'organiser les activités de ACO et de prévenir la répétition inutile des services et des programmes, on met sur pied des réseaux régionaux de lutte contre le cancer pour planifier et coordonner tous les services de lutte contre le cancer dans leurs régions, notamment le travail des groupes de bénévoles et des groupes communautaires, des organismes, des professionnels de la santé et des établissements de santé qui fournissent des services de lutte contre le cancer. Les huit centres régionaux de traitement du cancer et les hôpitaux auxquels ils sont affiliés constituent le pivot du réseau régional de prestation des services de lutte contre le cancer.

Au cours de l'exercice 1998-1999, les dépenses totales de ACO s'élevaient à quelque 209 millions de dollars, dont une tranche de 173 millions a été financée par le ministère de la Santé. Une combinaison de dons, de legs, de revenus de placement et de fonds provenant d'autres sources a assuré le financement de la dernière tranche de 36 millions de dollars.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification de Action Cancer Ontario visait à déterminer si :

- l'on avait instauré des politiques et procédures adéquates pour que les personnes atteintes d'un cancer reçoivent des services de qualité pour la lutte contre le cancer;
- l'on avait instauré des procédures adéquates pour gérer les ressources financières, humaines et matérielles de ACO.

Nous avons mené notre vérification dans le respect des normes relatives aux missions de certification, notamment l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Par conséquent, nous avons eu recours à des contrôles par sondages et autres procédés de vérification jugés nécessaires dans les circonstances. Avant d'entreprendre notre vérification, nous avons déterminé les critères que nous utiliserions pour en atteindre les objectifs. Ces critères ont été examinés et acceptés par la haute direction de ACO.

Notre vérification portait sur le fonctionnement du siège social de ACO et sur les activités d'un échantillon des centres régionaux de traitement du cancer. Notre travail de vérification sur place s'est déroulé principalement entre février et septembre 1998. Nous avons examiné les travaux effectués par le vérificateur interne de ACO et, lorsque cela était pertinent, nous nous y sommes fiés.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Afin d'assurer que les Ontariennes et Ontariens atteints d'un cancer reçoivent des soins de qualité, le ministère doit préciser le rôle et les pouvoirs de ACO ainsi que ses attentes à l'égard de l'administration de ACO au moyen de l'établissement d'un protocole d'entente.

ACO doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les personnes atteintes d'un cancer reçoivent des services de qualité pour la lutte contre le cancer et que la prestation de ces services fonctionne, dans l'ensemble de l'Ontario, comme un réseau intégré. Plus précisément, nous avons relevé les points suivants :

- Seulement 32 pour 100 des patients nécessitant une radiothérapie l'avaient subie dans le délai recommandé de quatre semaines après la prescription du traitement par un spécialiste.
- Il fallait mettre au point un plan à long terme tenant compte des exigences en matière de matériel de radiothérapie et de personnel qualifié pour répondre aux besoins des patients.

3.08

- Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein manquait de mécanismes adéquats pour surveiller si les centres de dépistage répondaient aux normes de rendement exigées et pour assurer que l'on soumettait au dépistage les femmes à risque élevé.
- ACO n'avait pas les pouvoirs qui lui auraient permis de recueillir tous les renseignements médicaux dont il avait besoin pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer les services de dépistage du cancer et de lutte contre le cancer.
- Le siège social de ACO devait assurer une meilleure coordination de la déclaration des activités des centres régionaux de traitement du cancer sur le plan de l'assurance de la qualité.

En général, ACO gérait ses ressources de manière adéquate, mais il lui fallait apporter des améliorations dans certains domaines. Nous avons constaté ce qui suit :

- L'approbation et la surveillance des projets de recherche manquaient d'uniformité parmi les centres régionaux de traitement du cancer.
- Il fallait résoudre les conflits d'intérêts possibles avant d'accorder les contrats.
- Les mesures de contrôle de l'acquisition et de la surveillance des services fournis par les petites entreprises d'experts-conseils étaient insuffisantes.
- La gestion de Cancer Care International ne respectait pas le principe d'économie.

Au moment de faire nos recommandations, nous savions que ACO s'employait à élaborer et à mettre en oeuvre un certain nombre de mesures dans le but d'améliorer la prestation des services de lutte contre le cancer, notamment l'élaboration de directives cliniques, l'augmentation des services de consultation en oncoradiologie dans les collectivités et l'élaboration de nouveaux programmes de prévention. ACO a également imposé aux centres l'obligation de soumettre des rapports sur leurs activités afin de pouvoir comparer le niveau et le coût des services parmi les centres régionaux de traitement du cancer.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

Le cadre légal de la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer (FORCTC) était enchâssé dans la Partie 1 de la *Loi de 1957 sur le cancer*. Action Cancer Ontario exerce ses activités en vertu de la même loi.

Étant donné que l'on met de plus en plus l'accent sur la prévention et le dépistage du cancer, le rôle que doit jouer ACO est très différent de celui de la FORCTC. Il s'ensuit qu'il faut réviser la loi pour définir les objectifs, les responsabilités et les pouvoirs de ACO ainsi que les rapports entre cet organisme et le ministère de la Santé. À la fin de notre vérification, on nous a informés que des réunions avaient eu lieu entre le ministère et ACO pour discuter de la révision de la loi.

Conformément aux directives du Conseil de gestion du gouvernement, les organismes opérationnels, dont faisait partie la FORCTC, sont tenus d'établir, au moins tous les cinq ans, un protocole d'entente entre le président du conseil d'administration de l'organisme et le ministre responsable. Les protocoles, qui doivent tous être approuvés par le Conseil de gestion du gouvernement, doivent porter notamment sur les aspects suivants :

- les rôles du ministre et du chef de l'organisme;
- le partage des responsabilités;
- les arrangements financiers et administratifs;
- les exigences de déclaration;
- la mesure dans laquelle les directives du Conseil de gestion s'appliquent à l'organisme.

Il n'existait aucun protocole d'entente entre ACO et le ministère de la Santé ni entre celui-ci et la FORCTC. Les représentants du ministère et de ACO se sont réunis pour discuter de l'établissement d'un protocole d'entente, mais ils n'étaient pas parvenus à s'entendre au moment de notre vérification.

Recommandation

Afin de préciser le rôle et les responsabilités de Action Cancer Ontario (ACO) et les attentes du ministère à l'égard de l'administration de ACO, le ministère doit s'empresse :

- **de réviser la *Loi sur le cancer*;**
- **d'établir un protocole d'entente avec ACO.**

Réponse du ministère

En février 1999, le ministère et ACO se sont réunis à plusieurs reprises pour élaborer un protocole d'entente. Ces réunions ont permis de rédiger un projet final de protocole jugé satisfaisant par ACO. On prévoit d'y mettre la dernière main pendant le deuxième trimestre de 1999-2000.

Le ministère entreprendra ensuite la révision de la Loi sur le cancer.

TRAITEMENT

RADIOTHÉRAPIE

En Ontario, la prestation des services de radiothérapie est assurée par les huit centres régionaux de traitement du cancer (CRTC) qui relèvent de ACO et par le pavillon Princess Margaret Hospital du Toronto Hospital. Au cours de l'exercice 1998-1999, il y a eu environ 336 000 séances de radiothérapie dans les huit CRTC (contre 320 000 durant l'exercice 1997-1998). Les séances de radiothérapie comptent pour environ le tiers du budget de fonctionnement total de ACO, soit des dépenses totales de 50,5 millions de dollars au cours de l'exercice 1998-1999.

Pour assurer un accès rapide aux soins, il faut qu'il y ait un nombre suffisant d'oncologues dans les centres de traitement du cancer pour donner des consultations et prescrire les traitements, et suffisamment d'appareils de radiothérapie et de personnel qualifié pour faire fonctionner ces appareils.

DÉLAIS D'ATTENTE POUR LA RADIOTHÉRAPIE

Les radio-oncologues donnent des consultations et prescrivent les traitements, les radiothérapeutes administrent les traitements et les physiciens assurent l'entretien du matériel de radiothérapie. Au moment de notre vérification, ACO ne répondait aux normes de dotation en personnel pour aucun de ces postes. Dans son plan stratégique de 1998 pour le programme de radiothérapie, ACO recommandait de définir une norme de charge de travail pour l'oncoradiologie et de réviser et approuver les normes de dotation en personnel adéquates pour les radiothérapeutes et les physiciens médicaux.

3.08

Les trois centres régionaux de traitement du cancer auxquels nous avons rendu visite classaient les patients par ordre de priorité pour les séances de radiothérapie. Les patients qui constituaient des cas urgents suivaient une séance de radiothérapie le jour même. Bien qu'il existe peu d'études fondées sur la recherche au sujet des délais acceptables entre l'intervention chirurgicale et la première séance de radiothérapie, le comité sur les normes de l'Association canadienne des radio-oncologues recommande que le délai entre la prescription du traitement et le début de la radiothérapie ne dépasse pas quatre semaines. À la fin de notre vérification, on nous a avisés que le siège social de ACO avait fixé l'objectif que les CRTC devaient atteindre en matière de délais d'ici le 31 mars 2000, soit quatre semaines entre la prescription du traitement et la première séance de radiothérapie pour 50 pour 100 des cas, et huit semaines pour 90 pour 100 des cas.

ACO dresse des rapports sur les délais d'attente entre le moment où le patient est adressé au CRTC et le début du traitement. En 1998, seulement 32 pour 100 des patients ont été traités dans un délai de quatre semaines. Ce pourcentage varie entre 24 et 40 pour 100 dans les différents CRTC.

La haute direction de ACO nous a informés que le délai maximum souhaitable dépendait du genre de cancer. Cependant, on avait adopté la norme de quatre semaines, car on ignorait si le dépassement de ce délai pouvait compromettre l'efficacité du traitement. L'Association canadienne des radiologistes estime en général que la radioexposition des seins doit commencer «dès que possible après l'intervention chirurgicale et au plus tard 12 semaines après celle-ci».

Pour réduire les délais d'attente, ACO recommandait dans son plan stratégique de 1998 pour le programme de radiothérapie d'augmenter à 10 heures dans les petits centres et à 12 heures dans les grands centres les heures de fonctionnement quotidiennes des appareils de radiothérapie des CRTC. On ferait ainsi une utilisation plus efficace du matériel de traitement disponible. Si l'on mettait cette recommandation en oeuvre, la prolongation des heures de fonctionnement, selon les estimations de ACO, permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 99 millions de dollars entre 1998 et 2006 par rapport à l'ajout de nouveau matériel de radiothérapie.

Le plan stratégique recommandait également d'ouvrir en 2005 l'un des nouveaux centres de traitement du cancer prévus à Peel et Durham, et l'autre en 2008. L'ouverture d'un nouveau centre de traitement du cancer dans la région de London/Hamilton était aussi

recommandée d'ici 2002. Toutefois, d'après les recommandations de la Commission de restructuration des services de santé, les trois centres devraient ouvrir leurs portes d'ici 2002.

Dans son plan de fonctionnement pour 1998-1999, ACO avisait le ministère qu'il fallait accroître les capacités de traitement, sinon les délais d'attente pour les consultations et les traitements augmenteraient considérablement, et ce, à court terme. On nous a informés que ACO prévoyait une pénurie de radio-oncologues en Ontario au cours des prochaines années. L'organisme prévoyait également une pénurie de radiothérapeutes et de médecins. L'ajout de nouveaux centres et de nouveaux appareils et la prolongation des horaires vont accroître le besoin de personnel compétent. Au moment de notre vérification, les plans adoptés pour remédier à la pénurie prévue de personnel qualifié se limitaient aux radiothérapeutes.

En décembre 1998, la ministre de la Santé a créé un groupe d'étude sur les ressources humaines pour les services de radiothérapie et lui a confié le mandat de définir les besoins immédiats et à long terme sur le plan des ressources humaines et de faire des recommandations sur la façon de combler ces besoins. Dans le rapport qu'il a soumis à la ministre en février 1999, le groupe d'étude déclarait que les délais d'accès aux services de radiothérapie, qui peuvent compromettre la qualité des soins, résultent du nombre insuffisant de professionnels assurant la prestation des services de radiothérapie. Le rapport renfermait un certain nombre de recommandations pour combler le besoin de personnel professionnel supplémentaire, d'après des ratios de dotation en personnel établis par le groupe d'étude.

Historiquement, chaque centre régional de traitement du cancer détermine ses propres besoins en matériel de radiothérapie d'après des facteurs comme l'augmentation de l'incidence du cancer due au vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients adressés au centre à la suite de la multiplication des programmes de sensibilisation communautaires, l'adoption de techniques de traitement nouvelles et plus compliquées et l'usure du matériel de radiothérapie. Entre 1990 et 1997, ACO a investi 118 millions de dollars dans le matériel de radiothérapie.

En juin 1998, ACO a mis au point un modèle pour le remplacement et le financement du matériel de radiothérapie pour l'Ontario. Suivant ce modèle, il faut remplacer tous les ans six ou sept appareils de radiothérapie et en acquérir entre trois et cinq de plus pour faire face à l'augmentation du nombre de patients. D'après les estimations de ACO, il faudrait débourser entre 22 et 30 millions de dollars par année pour combler ces besoins.

Recommandation

Pour améliorer l'accès des patients à la radiothérapie, Action Cancer Ontario (ACO), de concert avec le ministère, doit élaborer et instaurer un processus de planification et de financement à long terme qui tient compte des besoins en matière de matériel et de personnel pour la radiothérapie.

Réponse de l'organisme

La ministre a accepté les recommandations du groupe d'étude sur les ressources humaines pour les services de radiothérapie et a précisé que

3.08

des ressources seraient affectées à la mise en oeuvre de ces recommandations. Par ailleurs, l'acceptation, par le ministère, des normes de charge de travail et du financement du coût des services de radiothérapie par patient va permettre à ACO d'adopter une approche à long terme pour combler les besoins de personnel et de matériel des centres de radiothérapie.

ACO a terminé un examen exhaustif des besoins de matériel de radiothérapie pour chacun de ses centres régionaux de traitement du cancer pour la prochaine décennie (y compris les nouveaux centres de Durham, Peel et Kitchener). Les résultats de l'examen, qui porte tant sur le remplacement du matériel de radiothérapie que sur l'acquisition de nouveaux appareils, ont été soumis à la ministre.

DISPONIBILITÉ DU MATÉRIEL DE RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie est administrée au moyen d'appareils de cobalthérapie, qui produisent un rayonnement de faible intensité, et d'accélérateurs linéaires, qui produisent un rayonnement d'intensité faible à élevée. Les accélérateurs linéaires produisent un rayonnement intense plus uniforme, mais leur coût de fonctionnement est plus de trois fois plus élevé que celui des appareils de cobalthérapie. Dans trois centres régionaux de traitement du cancer, nous avons examiné le pourcentage de radiothérapies administrées au moyen d'appareils de cobalthérapie pour deux des cancers les plus courants.

Pourcentage des radiothérapies administrées au moyen d'appareils de cobalthérapie au cours de l'exercice 1997-1998

Siège de la maladie	1 ^{er} centre	2 ^e centre	3 ^e centre
Sein	16 %	34 %	64 %
Poumon	11 %	30 %	49 %

Source : Données de Action Cancer Ontario

Le premier centre, qui comptait le plus faible pourcentage de patients traités au cobalt, était en mesure d'utiliser soit les appareils de cobalthérapie, soit les accélérateurs linéaires. En revanche, le troisième centre utilisait déjà ses accélérateurs linéaires pendant un plus grand nombre d'heures et adressait des patients à un autre centre régional de traitement du cancer. ACO a avisé le ministère qu'en raison de la combinaison des appareils de traitement au troisième centre, certains patients qui auraient avantage à être traités au moyen d'accélérateurs linéaires à intensité élevée étaient traités à l'aide d'appareils à intensité moyenne, alors que d'autres qu'il serait préférable de traiter à l'aide d'appareils à intensité moyenne étaient traités au cobalt. Action Cancer Ontario a précisé que cette répartition posait deux sortes de dangers : elle compromettait les taux de guérison et augmentait les risques de contamination des tissus sains.

Recommandation

Pour faire en sorte que les patients obtiennent les meilleurs résultats possibles de la radiothérapie, Action Cancer Ontario (ACO), de concert avec le ministère, doit mettre en oeuvre un plan qui prévoit l'accès aux appareils de radiothérapie les plus efficaces pour traiter les patients.

Réponse de l'organisme

Prévoir l'accès aux appareils de radiothérapie les plus efficaces exige que l'on achète le matériel le plus efficace et qu'on le modernise lorsque le besoin s'en fait sentir. Bien qu'il existe un processus éprouvé pour choisir et financer le matériel le plus efficace au moment de l'achat initial, il n'existe pas de méthode de financement à laquelle on peut recourir facilement pour moderniser le matériel. Bien qu'il ne soit pas toujours facile de démontrer les avantages de la modernisation du matériel pour les patients, les améliorations apportées sur le plan de la qualité et de l'exactitude ne peuvent qu'avoir un effet positif sur le traitement des patients. Nous allons examiner la façon d'établir un système plus rigoureux pour évaluer et démontrer ces avantages.

Réponse du ministère

Le ministère appuie le but visé par la recommandation. Étant donné que ACO est le conseiller principal du ministère sur les questions relatives au cancer, le ministère lui demandera de soumettre un plan d'activités et un plan de mise en oeuvre pour le remplacement permanent du matériel de radiothérapie. Il lui faudra préciser dans le plan le genre de matériel nécessaire, l'emplacement, le coût en dollars canadiens et la date d'entrée en service du matériel.

LISTES D'ATTENTE

Les patients adressés à un centre régional de traitement du cancer doivent d'abord rencontrer un oncologue, qui détermine le traitement approprié. En général, ces patients obtiennent un rendez-vous avec le premier oncologue disponible. Par contre, lorsqu'il y a un long délai d'attente avant d'obtenir un rendez-vous, le personnel du centre prend les mesures nécessaires. Par exemple :

- Dans les CRTC auxquels nous avons rendu visite, la définition de «long délai d'attente» variait entre deux semaines et un mois. Dans l'un des centres, on informait les chefs de programme toutes les semaines des cas qui attendaient depuis plus de deux semaines.
- Dans l'un des centres, on utilisait des listes d'attente gérées pour les patients atteints de certains cancers; dans ce cas, la fixation des rendez-vous était fondée sur l'ordre de priorité des patients. On nous a informés que ces patients devaient attendre entre six et

3.08

huit semaines avant d'obtenir un rendez-vous pour une consultation. Toutefois, les patients à priorité élevée pouvaient rencontrer un médecin dès que leur état de santé l'exigeait.

En général, dans les CRTC auxquels nous avons rendu visite, il n'existait pas de processus de suivi formel des délais d'attente entre le moment où le patient était adressé au centre et son premier rendez-vous pour une consultation. Dans l'un des centres, le personnel surveillait les délais d'attente pour un rendez-vous dans le cas des patients adressés à un oncologue ou à un radio-oncologue. Au moment de notre vérification, les délais pour rencontrer un oncologue dans ce centre variaient entre 1 jour pour les patients atteints d'un cancer du poumon et 16 jours pour ceux atteints d'un mélanome. Les délais pour rencontrer un radio-oncologue allaient de 2 jours pour un cancer du système nerveux central à 69 jours pour un cancer du sein.

Au cours de l'exercice 1997-1998, le nombre de patients soumis à une radiothérapie dépassait d'environ 10 pour 100 le nombre de patients soumis à une chimiothérapie. Le siège social de ACO a imposé la production d'un rapport rétrospectif mensuel qui vise à comparer les délais d'attente pour rencontrer un radio-oncologue dans tous les CRTC. Toutefois, il n'existait pas de rapport de ce genre pour les oncologues. Les cliniques satellites des CRTC avaient leurs propres listes d'attente pour les rendez-vous. On nous a informés que les délais d'accès aux cliniques satellites ne faisaient pas partie des données des CRTC sur les délais d'attente.

Recommandation

Pour que tous les patients atteints d'un cancer soient traités dans les délais recommandés, Action Cancer Ontario (ACO) doit :

- **établir des normes pour les délais d'attente entre le moment où le patient est adressé au centre et son premier rendez-vous pour une consultation;**
- **s'assurer que les délais d'attente pour tous les rendez-vous pour une consultation font l'objet d'une surveillance et d'un suivi adéquats.**

Réponse de l'organisme

Tous les centres régionaux de traitement du cancer observent maintenant des normes de délais d'attente et produisent un rapport rétrospectif mensuel sur les délais d'attente pour rencontrer un radio-oncologue.

Nous avons instauré un programme semblable pour les patients soumis à un traitement général, dans le cadre duquel on enregistre le délai d'attente entre la date de l'appel téléphonique ou de la demande de consultation soumise par écrit et le moment où a lieu la consultation. Ce programme est maintenant offert dans les centres pour l'ensemble des sièges de maladie et pour des sièges de maladie précis et sera un indicateur de notre programme d'assurance de la qualité. À l'heure actuelle, il n'existe aucune norme nationale ou provinciale pour les délais d'attente d'un traitement général. ACO se penchera sur cette question.

DIRECTIVES CLINIQUES

Les directives cliniques sont élaborées pour guider les médecins dans les décisions qu'ils doivent prendre au sujet du traitement de leurs patients. L'observation de ces directives assure une meilleure uniformité des traitements, améliore les résultats sur le plan de la santé et réduit les coûts inutiles pour le système de soins de santé.

En 1993, le prédécesseur de ACO a mis de l'avant une mesure pour la rédaction des directives cliniques. Suivant un cadre de travail précis, on rédige des directives préliminaires que l'on envoie ensuite à un échantillon de médecins aux fins de commentaires. La version finale des directives est publiée dans le *Canadian Journal of Oncology* et sur le site Web de ACO. Au moment de notre vérification, ACO avait terminé la rédaction de 16 directives et 49 autres en étaient à diverses étapes de la rédaction. En janvier 1998, ACO a proposé un processus de révision et de mise à jour de directives.

Il faut faire davantage de recherche afin de définir les stratégies les plus efficaces pour diffuser les directives, pour déterminer si elles sont observées et pour évaluer leur effet sur la qualité de vie et le taux de survie des patients. ACO a conclu une entente avec l'Institute for Clinical Evaluative Sciences portant sur l'examen de l'effet des directives sur la pratique chirurgicale.

En l'absence de directives provinciales, ACO recommande aux centres régionaux de traitement du cancer d'élaborer leurs propres politiques et protocoles provisoires. Nous avons constaté que ces mesures provisoires n'étaient pas toujours uniformes parmi les CRTC. Dans un centre, entre autres, on soumettait les patientes atteintes d'un cancer du sein à 25 séances de radiothérapie alors que dans un autre centre on les soumettait à 16 séances. Nous savons que ACO a effectué des essais cliniques sur le nombre optimal de séances de radiothérapie. Toutefois, nous n'en connaissons les résultats que dans quelques années.

Recommandations

Action Cancer Ontario (ACO) doit évaluer à intervalles réguliers la mise en application et l'efficacité de ses directives pour la pratique et apporter les correctifs nécessaires le cas échéant.

Afin d'éliminer le chevauchement des efforts déployés par les centres régionaux de traitement du cancer (CRTC) et d'assurer une meilleure uniformité des traitements administrés aux patients, ACO doit envisager de demander aux centres d'unir leurs efforts pour élaborer des directives cliniques provisoires.

Réponse de l'organisme

Des plans ont été mis de l'avant pour évaluer l'effet des directives. Les responsables d'un programme mixte entre l'Institute of Clinical Evaluative Sciences et le Programme de soins fondés sur la recherche, financé par le ministère, ont entrepris des recherches sur les résultats obtenus afin d'établir un lien entre les modèles de pratique en vigueur en Ontario et la publication des directives. Ils s'inspirent du principe suivant lequel

3.08

l'examen des modèles de pratique et de leur conformité aux directives doit comprendre des vérifications des dossiers médicaux.

Quant aux correctifs, il serait prématuré de conclure que les écarts entre la pratique clinique et les directives sont nécessairement une question que l'on peut résoudre au moyen de correctifs. Il faut se pencher sur les raisons de ces écarts.

Nous convenons que l'on pourrait remédier à la confusion qui règne au sujet des écarts constatés dans la pratique en Ontario en demandant aux régions d'adopter un modèle de coopération dans l'élaboration de politiques ou protocoles de gestion qu'elles pourraient partager. ACO a déjà commencé à se pencher sur ce problème par l'entremise du Medical Oncology Professional Advisory Committee. La rédaction des politiques relatives au cancer colorectal est maintenant terminée.

FORMULAIRE PHARMACEUTIQUE

La thérapie générale est l'utilisation de médicaments, y compris la chimiothérapie, l'administration d'hormones et l'immunothérapie, dans le traitement du cancer.

En 1995, le groupe d'étude de ACO responsable de l'examen de la thérapie générale dans les centres régionaux de traitement du cancer a déclaré que l'adoption d'un formulaire provincial fournirait aux médecins les renseignements dont ils ont besoin pour choisir le traitement le moins coûteux parmi ceux qui ont la même efficacité. Le rapport précisait également qu'il faudrait appliquer une méthode d'établissement des coûts exacte pour l'administration des médicaments par traitement. Le groupe d'étude recommandait d'instaurer un formulaire provincial des traitements de chimiothérapie, comprenant l'utilisation des ressources.

En février 1998, le Systemic Therapy Advisory Committee (comité consultatif sur la thérapie générale) a déclaré qu'on devrait pouvoir déterminer au moyen de comparaisons quel médicament est le plus rentable à administrer à une phase donnée de la maladie. Le comité a relevé le besoin de fournir des renseignements sur le coût des médicaments et autres ressources nécessaires pour traiter chaque genre de cancer. Les facteurs dont il fallait tenir compte dans les comparaisons étaient le nombre de patients admis dans les hôpitaux, la toxicité des médicaments et la probabilité de survie.

D'après la correspondance interne de ACO, l'adoption d'un formulaire provincial normaliserait les protocoles et traitements de chimiothérapie dans l'ensemble de ACO, réduirait le double emploi et le chevauchement et définirait le protocole le plus rentable pour un cancer donné à une phase précise. L'un des CRTC auxquels nous avons rendu visite avait établi son propre formulaire, tandis qu'un autre possédait une liste de médicaments adaptée au centre.

Au moment de notre vérification, on nous a informés qu'un formulaire provincial dressant la liste de tous les traitements utilisés était en cours de mise en oeuvre. Toutefois, il ne fournissait aucun renseignement sur les médicaments les plus rentables pour traiter les patients à diverses phases d'un cancer, comme recommandé par le comité consultatif sur la thérapie générale.

Recommandation

Pour favoriser l'utilisation de traitements moins coûteux mais tout aussi efficaces, Action Cancer Ontario doit déterminer les médicaments les plus rentables pour traiter différents cancers et fournir ce renseignement aux praticiens qui prescrivent les traitements contre le cancer.

Réponse de l'organisme

L'élaboration du formulaire pharmaceutique provincial est presque terminée. Le coût des divers traitements y sera indiqué. En plus du coût des médicaments, il faut aussi tenir compte des coûts associés à l'administration d'un médicament et à la fréquence d'administration du médicament. Par exemple, un médicament coûteux administré une fois toutes les trois ou quatre semaines peut s'avérer plus rentable qu'un protocole qui utilise un médicament moins cher mais administré cinq fois par mois. Le comité consultatif sur la thérapie générale, avec l'aide d'un économiste de la santé, se penche sur ces questions.

PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

Le but du dépistage est de déceler précocement le cancer en l'absence de symptômes. Un dépistage efficace permet de repérer la présence de cellules cancéreuses avant leur prolifération. ACO soutient quatre programmes de dépistage pour les cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et héréditaires. À l'heure actuelle, on utilise des programmes de dépistage axés sur une population pour le cancer du sein, parce qu'on peut repérer tôt les tumeurs, et pour le cancer du col utérin, parce qu'il est possible de repérer des changements précancéreux. Les programmes ontariens de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus sont des initiatives provinciales financées par le ministère de la Santé et administrées et gérées par ACO.

Les programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus sont rentables, car les coûts associés au dépistage effectué chez des segments appropriés de la population et au traitement du cancer à un stade précoce sont inférieurs en général aux coûts des soins de santé associés au traitement des cancers évolués. Les programmes de dépistage des cancers du côlon et du rectum et des cancers héréditaires sont en voie d'élaboration.

PROGRAMME ONTARIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) a été instauré en 1990 pour réduire la mortalité liée au cancer du sein au moyen du dépistage précoce. À cette fin, le PODCS offre des services de mammographie dans neuf centres de dépistage gérés par ACO, dans 29 emplacements affiliés et dans une unité mobile. La gestion du programme relève d'une entente conclue entre ACO et le ministère de la Santé. Le PODCS s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans qui ne présentent aucun symptôme de cancer du sein. En 1997,

3.08

d'après les estimations de ACO, la population cible du programme comprenait environ un million de femmes.

La fréquence de dépistage recommandée pour la majorité des femmes est une fois tous les deux ans, mais les femmes à risque élevé sont soumises au dépistage tous les ans. Au cours de l'exercice 1998-1999, la prestation des services de dépistage a coûté environ 14,7 millions de dollars.

INFORMATION ET CUEILLETTE DE RENSEIGNEMENTS

L'objectif du PODCS est de soumettre au dépistage 70 pour 100 de la population cible une fois tous les deux ans d'ici 2001. Cependant, il est difficile, pour les raisons mentionnées ci-dessous, de déterminer si le programme atteint son objectif :

- Les Ontariennes peuvent se soumettre au dépistage (subir une mammographie) dans un établissement participant au PODCS ou être adressées par un médecin à un établissement qui ne participe pas au programme. La grande majorité des mammographies effectuées en Ontario en 1997 l'ont été dans des établissements ne participant pas au programme. Le coût de ces mammographies est couvert par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario suivant la formule de rémunération à l'acte.

En raison de la confidentialité des dossiers médicaux, le PODCS ne reçoit pas de renseignements sur les femmes qui ont subi des mammographies dans les établissements qui ne participent pas au programme. Il s'ensuit que le PODCS ne peut pas déterminer, pour la population cible :

- le nombre de femmes qui ont subi des mammographies au cours des deux dernières années dans des établissements ne participant pas au programme;
 - quelles femmes en dehors du programme n'ont pas été soumises à un nouveau dépistage au cours des deux dernières années;
 - quelles femmes sont à risque élevé;
 - quelles femmes n'ont jamais été soumises à un dépistage.
- Le siège social de l'ACO n'effectue pas de suivi régulier des délais écoulés entre les dépistages. Le PODCS fait uniquement une distinction entre le dépistage initial et les dépistages subséquents, sans égard à la période de temps écoulée entre les deux.

Pour 1997, on estime que le taux de participation provincial de la population cible du PODCS n'a été que de 13 pour 100. Toutefois, en l'absence de données sur le nombre de mammographies subies par la population cible dans des établissements ne participant pas au PODCS, ACO n'est pas en mesure de planifier une stratégie efficace pour répondre à l'évolution des besoins dans l'ensemble de la province.

Recommandation

Pour aider Action Cancer Ontario (ACO) à mettre au point une stratégie qui permettra d'atteindre les objectifs de participation du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), le ministère doit examiner de quelle façon il pourrait mettre à la disposition de ACO les

renseignements qu'il possède sur les mammographies subies par la population cible du programme.

Réponse du ministère

Le ministère s'est engagé à collaborer avec ACO à l'élaboration et à la mise en oeuvre de stratégies visant à augmenter la participation des femmes âgées de 50 à 69 ans. Le ministère invite ACO à lui soumettre une proposition concernant les renseignements qui lui permettraient d'augmenter la participation du groupe de femmes visées par le programme.

MESURES DE L'EFFICACITÉ

En atteignant un taux de participation de 70 pour 100 du groupe cible, le PODCS espère contribuer à une réduction de 30 pour 100 du taux de mortalité lié au cancer du sein. Les résultats d'études sur échantillon aléatoire et contrôlé démontrent qu'un programme de dépistage peut avoir un effet sur le taux de mortalité quatre à dix ans après son implantation.

Au moment de notre vérification, ACO s'employait à évaluer certains aspects de ses programmes de dépistage et à en comparer les résultats avec ceux obtenus dans d'autres territoires de compétence et avec les normes reconnues. En décembre 1997, ACO a publié le premier rapport complet sur les activités et les réalisations du PODCS. Le rapport, qui portait sur la période allant de 1990 à 1997, comprenait des données statistiques comme le taux des patientes adressées au programme. Ces résultats ont été comparés avec ceux d'autres programmes de dépistage et avec les normes reconnues.

Puisque la réduction du taux de mortalité est le principal objectif du programme, nous avons examiné si le PODCS était en mesure d'évaluer son efficacité dans ce domaine. Le fait pour un programme de dépistage de réussir à repérer les cancers à un stade précoce est l'un des principaux facteurs qui contribuent à la réduction du taux de mortalité. L'évaluation du stade auquel les cancers sont dépistés est une méthode utilisée couramment pour surveiller l'efficacité des programmes de dépistage. La capacité du PODCS d'évaluer son influence sur le taux de mortalité est limitée parce que le programme ne dispose que d'une partie des renseignements dont il a besoin pour faire une évaluation pertinente. Par exemple, alors que la définition du stade d'un cancer repose sur un certain nombre de caractéristiques précises, le PODCS ne possédait pas de données complètes sur aucune de ces caractéristiques. Dans son examen quinquennal du programme effectué en 1998, le PODCS a reconnu qu'il lui fallait disposer de données plus complètes.

Par ailleurs, il est difficile de mesurer l'influence du PODCS sur le taux de mortalité puisqu'un grand nombre d'autres facteurs peuvent contribuer à une réduction de ce taux. ACO envisage donc d'utiliser des indicateurs supplémentaires de l'efficacité du PODCS.

3.08

Recommandation

Action Cancer Ontario doit améliorer son système de collecte de données pour être en mesure d'évaluer l'efficacité du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS).

Réponse de l'organisme

Nous acceptons la recommandation. Le PODCS continuera d'améliorer sa capacité de recueillir et d'analyser des renseignements pertinents pour évaluer son efficacité. Le PODCS ne peut pas mesurer directement son influence sur le taux de mortalité et doit s'en remettre aux mesures de la qualité et de l'efficacité du programme.

CANCERS NON DÉPISTÉS LORS DES MAMMOGRAPHIES

Plus le cancer est dépisté rapidement, plus les chances de survie de la personne concernée sont élevées. Les cancers dépistables non repérés au cours du processus de dépistage posent un risque grave.

Lorsqu'on découvre un cancer du sein avant qu'une femme subisse sa prochaine mammographie, un comité composé de trois radiologistes indépendants examine le cliché mammaire initial pour déterminer si une anomalie est passée inaperçue. Si une majorité des radiologistes repèrent une anomalie sur le cliché, le résultat est classé comme «passé inaperçu au dépistage». D'après les registres de ACO, 53 des 231 clichés mammaires examinés par des comités au cours des six dernières années étaient des cas de cancer passés inaperçus au dépistage.

Lorsque c'était possible, le PODCS informait les radiologistes qu'un diagnostic de cancer avait été posé pour des femmes auxquelles ils avaient fait subir une mammographie. Toutefois, ni le radiologiste qui avait mal interprété à l'origine le cliché mammaire ni le coordonnateur régional des services de radiologie n'étaient informés des conclusions du comité.

Le PODCS ne surveillait ni par emplacement ni par radiologiste responsable la source des cancers passés inaperçus au dépistage. Au moment de notre vérification, le PODCS ne faisait aucune association entre les sources d'erreurs et les radiologistes travaillant dans plus d'un centre. Pourtant ce renseignement lui permettrait de repérer une constante dans les cancers passés inaperçus au dépistage et de prendre ainsi les mesures nécessaires pour diminuer la répétition de ces cas.

Recommandation

Pour améliorer l'efficacité du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), Action Cancer Ontario doit :

- **élaborer des protocoles visant à informer les radiologistes et les coordonnateurs des services de radiologie des résultats des examens effectués par les comités de radiologie;**

- **surveiller par emplacement et par radiologiste responsable les cancers passés inaperçus au dépistage et prendre les mesures nécessaires pour remédier à la situation.**

Réponse de l'organisme

Nous acceptons la recommandation. Le PODCS a embauché récemment un nouveau chef radiologiste pour renforcer la capacité du programme de surveiller et d'améliorer la qualité des services de radiologie.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES

Conformément aux modalités de l'entente conclue avec le ministère de la Santé au sujet du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, Action Cancer Ontario est responsable de l'élaboration des normes et lignes directrices provinciales pour le PODCS.

En général, l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein est fondée sur des mesures normalisées élaborées d'après les constatations d'autres programmes de dépistage et les résultats d'études sur échantillon aléatoire et contrôlé. Les normes comprennent les taux de dépistage du cancer, les taux des patientes soumises au dépistage et les caractéristiques prévues, comme la phase des cancers dépistés. Même si la base de données du PODCS renfermait la plupart de ces renseignements, ACO ne les utilisait pas de façon systématique pour repérer les écarts de performance dans les régions ni pour déterminer les cas dans lesquels les régions n'atteignaient pas les objectifs provinciaux. Nous avons en outre remarqué que l'étendue des renseignements provenant des régions variait parce que ces renseignements étaient fournis de façon volontaire. Par exemple, l'étendue des renseignements fournis sur un point donné allait de 63 pour 100 dans une région à 93 pour 100 dans une autre.

Par ailleurs, le fait de soumettre à un dépistage plus fréquent les femmes qui sont les plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer du sein permettrait de repérer ces cancers plus tôt et de réduire le nombre de cancers décelés par des moyens moins rapides. Le siège social de ACO s'est penché sur la pratique régionale qui consiste à rappeler les femmes un an après une mammographie pour les soumettre à un nouveau dépistage plutôt que d'attendre deux ans comme c'est le cas habituellement. Pour les 17 emplacements en activité en 1996, ACO a constaté que les taux de rappel après un an se situaient entre 3 et 14 pour 100 des femmes ayant subi une mammographie. ACO n'avait pas déterminé les raisons de ces écarts, mais les explications données comprenaient l'absence d'une définition uniforme des femmes à risque élevé.

Recommandation

Afin que les centres de dépistage du cancer du sein fournissent leurs services de façon cohérente et efficace, Action Cancer Ontario (ACO) doit :

- **surveiller la performance des centres de dépistage et, dans les cas où les normes ne sont pas atteintes, faire enquête et prendre les mesures qui s'imposent pour corriger la situation;**

- **mettre au point des mécanismes pour que l'on soumette au dépistage les femmes à risque élevé.**

Réponse de l'organisme

Nous acceptons la recommandation. Les responsables du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein se sont engagés à renforcer leurs capacités sur le plan de l'assurance et du contrôle de la qualité dans leurs centres de dépistage. ACO passera en revue ses lignes directrices pour le dépistage des femmes à risque élevé en 1999.

3.08

CANCERS DU SEIN DÉCOUVERTS DANS L'INTERVALLE

Dans une étude de 1998 qui examinait les résultats du dépistage du cancer entre 1990 et 1995, ACO concluait en général que le PODCS avait atteint les normes définies par d'autres études et programmes. L'une des mesures utilisées était l'incidence des cancers découverts dans l'intervalle, c'est-à-dire les cancers découverts entre les mammographies. Même si le nombre de cancers que l'on prévoit découvrir dans l'intervalle est relativement faible, c'est un indicateur pertinent de l'assurance de la qualité.

L'étude a constaté que le taux de cancers découverts dans l'intervalle, diagnostiqués dans un délai d'un an après une mammographie, était de 0,25 pour 1 000 femmes ayant subi une mammographie. Il s'agit de l'un des taux les plus faibles parmi les territoires de compétence que nous avons examinés, dont deux autres provinces canadiennes, où les taux se situaient entre 0,25 et 1,2 pour 1 000 femmes ayant subi une mammographie.

Au cours de notre examen de ces taux, nous avons relevé les points suivants :

- Le PODCS attribuait en partie son faible taux de cancers découverts dans l'intervalle à l'examen clinique des seins effectué lors des mammographies. En plus des clichés mammaires deux-vues, une infirmière qualifiée, dans tous les établissements participant au PODCS, devait effectuer un examen clinique des seins. L'étude concluait qu'en l'absence de l'examen clinique des seins qui permettait de dépister des cancers supplémentaires, le taux des cancers découverts dans l'intervalle aurait été de 0,64 pour 1 000 femmes ayant subi une mammographie.

Bien qu'une infirmière continue d'effectuer l'examen clinique des seins dans la majorité des établissements affiliés, cet examen n'est plus exigé par le PODCS depuis avril 1998. L'abandon de cet examen pourrait avoir des répercussions sur le taux des cancers découverts dans l'intervalle au cours des années futures. Toutefois, la direction de ACO estime que l'abandon de cet examen permettra au PODCS d'augmenter le nombre de centres affiliés et de réduire le nombre de patientes adressées inutilement au programme.

- D'après notre examen des données du PODCS, ACO disposait de données sur certains cancers découverts dans l'intervalle dont il n'a pas tenu compte dans l'étude des taux de cancers découverts dans l'intervalle pour les femmes qui avaient subi une mammographie dans le cadre du PODCS. Au moment de notre vérification, ACO s'employait à analyser l'effet que ces données supplémentaires auraient eu sur les

résultats de son étude. Nous avons calculé toutefois que si ces cancers avaient été inclus dans l'étude, les taux de cancers découverts dans l'intervalle auraient été plus élevés.

Recommandation

Pour que les résultats du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) soient déclarés de façon aussi exacte que possible et qu'ils soient conformes aux normes acceptables, Action Cancer Ontario (ACO) doit :

- **s'assurer que toutes les données pertinentes dont dispose ACO entrent dans le calcul des taux de cancers découverts dans l'intervalle du PODCS;**
- **évaluer l'effet de l'examen clinique des seins sur les taux de cancers découverts dans l'intervalle.**

Réponse de l'organisme

Nous acceptons la recommandation. Le PODCS travaille en étroite collaboration avec le registre ontarien du cancer pour que tous les cancers découverts dans l'intervalle soient inclus dans ses analyses. Le PODCS surveillera de près l'effet de l'examen clinique des seins sur les taux de cancers découverts dans l'intervalle en tant que complément de la mammographie.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

L'objectif du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est de réduire le taux de mortalité lié au cancer du col de l'utérus au moyen de l'augmentation du dépistage précoce des états précancéreux. Pour y parvenir, il faut accroître le nombre de femmes soumises au dépistage selon les lignes directrices du Groupe ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Papanicolaou), instauré au début des années 60, est effectué principalement par les médecins dans le cadre des examens de santé et est payé par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario suivant la formule de la rémunération à l'acte. Le test permet de repérer les états précancéreux et de réduire par conséquent l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer. Pour l'exercice 1998-1999, le ministère a fourni un montant de 1,7 million de dollars pour le développement d'une base de données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et pour couvrir les coûts de fonctionnement du programme.

En 1993, la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, le ministère de la Santé et des représentants d'organismes engagés dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ont formé l'Ontario Cervical Screening Collaborative Group (groupe de collaboration ontarien pour le dépistage du cancer du col

3.08

de l'utérus) et lui ont confié le mandat d'élaborer, de diffuser et d'évaluer les politiques et recommandations relatives à un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le groupe de collaboration s'est donné comme objectif de réduire de moitié l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer entre 1993 et 2005.

Le groupe était conscient de la nécessité de mettre sur pied un programme structuré de dépistage du cancer du col de l'utérus afin d'atteindre le taux de réduction souhaité de ce cancer. En 1997, le groupe a décidé de constituer une base de données informatisée sur le dépistage du cancer du col de l'utérus afin d'être en mesure d'évaluer l'efficacité du programme.

En 1995, une société sans but lucratif créée par six laboratoires privés a constitué une base de données centralisée sur les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus. À cette fin, les six laboratoires participants ont consigné dans la base les résultats des tests de dépistage qu'ils avaient effectués.

Le but premier de la base de données était de fournir aux médecins l'accès aux résultats des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus pour leur permettre :

- d'interpréter correctement les tests de Papanicolaou;
- de faire des recommandations éclairées aux fins du suivi des anomalies;
- de s'assurer que les anomalies repérées avaient fait l'objet d'un suivi adéquat;
- de veiller à ce que les femmes subissent un nouveau test au moment opportun.

En décembre 1997, ACO et la société sans but lucratif ont formé un partenariat pour maintenir et gérer la base de données. Des données incomplètes ont toutefois restreint l'efficacité de celle-ci. Pour l'année 1997, sur un nombre estimatif de 1,5 million de tests de Papanicolaou effectués en Ontario, environ la moitié seulement ont été consignés dans la base de données. On peut imputer cet état de choses aux raisons suivantes :

- la déclaration de renseignements sur les tests de Papanicolaou est volontaire;
- dans certains cas, les laboratoires ne sont pas informatisés; dans d'autres cas, les données informatisées ne sont pas compatibles avec la base de données;
- les tests sont effectués dans des laboratoires d'hôpital, qui ne peuvent pas publier les résultats des tests à cause des restrictions qui leur sont imposées par la *Loi sur les hôpitaux publics*.

Si la base de données était utilisée par tous les intervenants et qu'elle comprenait des renseignements sur toutes les femmes soumises au dépistage sur une période d'années donnée, ACO serait davantage en mesure :

- de mettre au point un processus efficace pour que toutes les femmes de la population cible soient soumises au dépistage;
- de surveiller si les femmes sont soumises au dépistage à intervalles réguliers;
- d'élaborer un programme de surveillance de la qualité des tests de dépistage, comprenant des suivis auprès des médecins qui ont régulièrement effectué des tests de Papanicolaou insatisfaisants;

-
- d'instaurer un programme visant à surveiller l'observation par les médecins des recommandations faites par le groupe de collaboration sur les procédures de suivi adéquates, y compris le traitement des anomalies;
 - d'élaborer des procédures de surveillance et d'évaluation du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Si l'on veut atteindre l'objectif fixé par le groupe de collaboration, soit réduire de moitié d'ici 2005 l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, ACO estime qu'il faudra entrer dans la base de données d'ici l'an 2000 toutes les données disponibles sur les femmes soumises au dépistage dans la province. Selon les experts, si la base de données est effectivement utilisée par tous les intervenants, et que toute la population cible est soumise au dépistage à intervalles réguliers, la fréquence du dépistage pour les femmes dont les tests de dépistage annuels ont donné des résultats négatifs pendant trois années consécutives pourrait passer de deux ans à trois ans, ce qui permettrait de réduire le coût des soins de santé.

Recommandation

Pour permettre à Action Cancer Ontario (ACO) de mettre au point un programme plus efficace de dépistage du cancer du col de l'utérus et d'assurer une meilleure surveillance de l'atteinte des objectifs, le ministère doit :

- **faciliter l'accès aux renseignements pertinents sur le dépistage du cancer du col de l'utérus;**
- **rédiger des protocoles pour utiliser les données à des fins statistiques tout en préservant la confidentialité des renseignements sur les patients, y compris les renseignements fournis par les laboratoires privés.**

Réponse du ministère

Le ministère étudie présentement un avant-projet d'entente avec ACO et ses partenaires du secteur privé pour préserver la confidentialité des renseignements sur les patients dans le cadre de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des données à des fins statistiques. À la demande de ACO, le ministère étudie diverses options pour faciliter la collecte des données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des laboratoires d'hôpital. Cet examen devrait être terminé au deuxième trimestre de 1999-2000.

ASSURANCE DE LA QUALITÉ

ACO a recours à divers moyens pour surveiller dans quelle mesure il remplit sa mission et s'acquitte de ses objectifs. Au nombre de ces moyens, mentionnons l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé, les examens du rendement des cadres

3.08

responsables du fonctionnement des CRTC et le suivi des statistiques sur les traitements. La haute direction de ACO se rend dans les CRTC à intervalles réguliers pour discuter du fonctionnement et de diverses questions avec les dirigeants des centres.

En 1995, le Conseil canadien d'agrément des services de santé a examiné les activités du siège social de la Fondation ontarienne pour la recherche en oncologie et le traitement du cancer (FORCTC). Dans son rapport, le Conseil déclarait que «bien que l'on ait constaté dans tous les centres de traitement du cancer soumis à un examen l'existence de programmes d'amélioration de la qualité, la déclaration et la coordination de ces activités au niveau provincial n'avaient pas été clairement démontrées». Le rapport soulignait que ACO avait mis des plans en oeuvre pour régler cette question.

En mai 1996, le conseil d'administration de la FORCTC a approuvé le mandat confié à un comité d'éthique et d'amélioration de la qualité. Le comité devait notamment :

- veiller à l'élaboration et au maintien d'un programme intégré de gestion des risques, de l'utilisation des ressources et de l'amélioration de la qualité, y compris la définition d'indicateurs normalisés de la qualité;
- examiner les résultats des examens de l'organisme d'agrément et autres sources externes et faire en sorte que l'on remédie à toutes les lacunes relevées.

Nous avons constaté que les activités d'amélioration de la qualité dans les trois CRTC auxquels nous avons rendu visite variaient considérablement. L'un des centres, par exemple, soutenait que l'adoption de processus formels dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité, de même que l'examen et l'amélioration des activités, étaient la clé de l'avenir de ce centre. Dans un autre centre, on avait entrepris divers projets d'amélioration de la qualité. Cependant, nous avons constaté que la coordination des activités d'amélioration de la qualité à l'échelle provinciale parmi les CRTC était pour ainsi dire inexistante. Par exemple, alors qu'un centre avait élaboré un questionnaire sur la satisfaction des patients que l'on utilisait aussi dans un autre centre, un troisième centre avait élaboré son propre sondage.

En mai 1998, ACO a tenu son premier atelier à l'intention du personnel sur l'élaboration d'indicateurs de la performance au niveau provincial applicables à tous les CRTC. ACO se propose d'adopter un ou deux indicateurs en 1999 et d'autres par la suite.

Recommandation

Pour assurer la prestation de services de lutte contre le cancer de qualité en Ontario et pour repérer les écarts importants entre les centres régionaux de traitement du cancer (CRTC) et y remédier, Action Cancer Ontario (ACO) doit :

- **accélérer l'élaboration d'indicateurs de la performance et coordonner les activités d'amélioration de la qualité des CRTC;**
- **veiller à ce que tous les CRTC fassent rapport de toutes leurs activités d'amélioration de la qualité;**
- **prendre les mesures qui s'imposent au moment opportun.**

Réponse de l'organisme

L'élaboration d'indicateurs de la performance et l'évaluation de la mesure dans laquelle les CRTC atteignent les objectifs de performance fixés sont des priorités fondamentales pour ACO. Le comité de la qualité des soins et de l'éthique du conseil d'administration supervise ce processus. Un groupe de travail sur la qualité, créé au niveau de la direction, s'occupe de l'élaboration d'indicateurs de la qualité au niveau provincial et de l'évaluation permanente de la mesure dans laquelle les CRTC respectent ces indicateurs. Le groupe pourra compter sur du personnel de soutien et aura accès aux systèmes d'information pour atteindre son objectif.

PRÉVENTION DU CANCER

La prévention signifie l'élimination des causes du cancer. La prévention primaire est l'objectif principal de la lutte contre les cancers qui comportent des facteurs de risque connus et modifiables, tels que le cancer du poumon (facteur de risque : le tabagisme) et le cancer de la peau (facteur de risque : l'exposition au soleil). Le budget approuvé pour la prévention primaire pour l'exercice 1998-1999 est de 700 000 \$.

Dans son plan stratégique triennal, ACO déclarait que l'on était de plus en plus conscient que l'adoption d'une approche privilégiant la prévention est d'une importance cruciale pour réussir à réduire de façon importante l'incidence du cancer, ainsi que la morbidité et la mortalité liées au cancer. À cet égard, ACO prévoyait de mettre au point une démarche coordonnée et complète de prévention du cancer, qui soit universellement accessible dans la province.

La stratégie de ACO visait notamment à assurer que l'on met effectivement en oeuvre les nouvelles initiatives en matière de prévention. Toutefois, il n'existait aucun protocole officiel pour évaluer et coordonner leur mise en oeuvre. Par exemple, ACO ne disposait d'aucun protocole lui permettant :

- d'évaluer les nouveaux médicaments pour prévenir le cancer du sein et de coordonner leur utilisation avec le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein;
- de veiller à ce que les découvertes les plus récentes sur le cancer de la peau soient communiquées au moyen de la coordination avec d'autres organismes de prévention, y compris les unités de santé publique.

Dans son *rapport provisoire sur le cancer* d'avril 1998, ACO affirmait que la prévention du cancer au moyen de l'élimination de ses causes est la stratégie la plus efficace à notre portée pour sauver des vies et prévenir la souffrance. Toutefois, la gestion des causes du cancer telles que la consommation élevée de matières grasses et de calories, l'inactivité physique, l'exposition au soleil sans protection, les éléments cancérigènes sur les lieux de travail et la consommation excessive d'alcool laissait à désirer en Ontario. Les plans prévus à cet effet comprenaient le renforcement du système de santé publique et l'élaboration de stratégies visant à promouvoir une saine alimentation, l'activité physique et la protection contre les rayons du soleil.

À cette fin, ACO a créé le réseau ontarien de prévention du cancer comme pivot de la prévention du cancer en Ontario. Tous les organismes engagés dans la prévention du

cancer en Ontario seront réunis pour définir et mettre au point de nouveaux programmes de prévention et établir les priorités dans ce domaine, pour documenter et exploiter les points forts des programmes en cours, et pour mettre en oeuvre et évaluer une démarche complète de prévention du cancer dans la province. «Le réseau ontarien de prévention du cancer planifiera l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes rentables et efficaces pour la prévention du cancer et en assurera la promotion.» Au moment de notre vérification, les activités du réseau étaient limitées à l'établissement de contacts préliminaires avec d'autres organismes au sujet de la prévention du tabagisme.

Nous ferons un suivi à court terme des progrès réalisés par ACO dans ce domaine.

GESTION DES RESSOURCES

3.08

GESTION DE LA RECHERCHE

La recherche sur le cancer comprend la recherche dans les domaines de la science fondamentale, de la prévention et des essais cliniques. Le comité consultatif provincial sur la recherche de ACO veille à l'établissement des normes de recherche, à l'élaboration des politiques pour la recherche et à la coordination des projets de recherche. Avant sa réunion d'avril 1998, le comité ne s'était pas réuni depuis 1996. Les dépenses consacrées à la recherche pour l'exercice 1998-1999 s'élevaient à 5,9 millions de dollars.

En 1998, ACO a commencé à octroyer des subventions globales à chacun des cinq grands CRTC pour le financement de la recherche. Ces centres décident eux-mêmes de l'affectation de leurs fonds de recherche. Au moment de notre vérification, ACO ne disposait d'aucune liste complète de tous les projets de recherche des CRTC. On nous a informés toutefois qu'un système visant à assurer le suivi de tous les projets de recherche était en voie de mise en oeuvre.

Dans son plan stratégique triennal, élaboré en 1997, ACO affirmait que les facteurs de réussite cruciaux de la recherche sur le cancer comprenaient l'encouragement de l'élaboration d'initiatives parmi les divers groupes de recherche sur le cancer en Ontario et la sélection judicieuse des particuliers, des programmes et des initiatives à soutenir. Cependant, ACO, en général, ne coordonnait pas sa recherche avec celle d'autres organismes comme la Société canadienne du cancer et l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). Par exemple, alors que l'ICES avait conçu de la documentation pour aider les patientes atteintes d'un cancer du sein à prendre une décision, un CRTC avait élaboré de son côté sa propre documentation aux mêmes fins.

L'un des CRTC auxquels nous avons rendu visite n'avait pas de stratégie pour la recherche, mais il avait organisé une séance de planification en mars 1998 pour discuter de l'orientation future de sa recherche. Résultat, ce centre a élaboré un énoncé de vision pour déterminer les projets de recherche qu'il financerait dans le futur. Par ailleurs, des examens externes de la recherche avaient eu lieu dans cinq des huit CRTC, en général dans le cadre d'un examen quinquennal du directeur général de chaque CRTC. Ces examens portaient sur l'ensemble des activités de recherche plutôt que sur des projets de recherche précis. On nous a aussi informés que tous les CRTC auxquels nous avons rendu visite effectuaient des examens annuels du rendement des chercheurs.

La surveillance des projets de recherche individuels variait parmi les CRTC auxquels nous avons rendu visite. Dans l'un des centres, on tenait des réunions à intervalles réguliers

pour discuter des projets de recherche; dans un autre, les chercheurs animaient des séances d'information hebdomadaires tandis que dans un troisième centre, on évaluait les chercheurs en fonction du montant des subventions qu'ils recevaient de l'extérieur.

Recommandation

Afin d'encourager l'élaboration d'initiatives rentables parmi les groupes de recherche sur le cancer en Ontario et de générer des renseignements pertinents pour la sélection des chercheurs, des programmes et des initiatives à soutenir, Action Cancer Ontario doit :

- élaborer des processus normalisés pour l'approbation, la surveillance et l'évaluation des projets de recherche;
- coordonner de façon plus efficace les efforts de recherche déployés par les centres régionaux de traitement du cancer et surveiller les activités de recherche des autres organismes.

Réponse de l'organisme

Nous avons constitué une base de données pour les projets de recherche, et l'entrée des données pour 1998 est terminée. En 1999, nous élaborerons des formules pouvant être utilisées dans Internet pour faciliter la mise à jour continue des renseignements sur la recherche et pour accroître l'accessibilité à ces renseignements.

Le comité consultatif sur la recherche coordonne et surveille, de manière indépendante, l'élaboration des initiatives de recherche à l'échelle de la province et la création de groupes de recherche ciblée. À compter de maintenant, le comité consultatif se réunira tous les deux mois. Le comité s'est réuni à deux reprises depuis novembre 1998 et il a participé à deux téléconférences.

Quatre membres du nouveau comité consultatif siègent au comité consultatif de la recherche de l'Institut national du cancer du Canada et un grand nombre de chercheurs de ACO sont membres de comités d'examen par les pairs. Les membres du comité consultatif sur la recherche comprennent maintenant des représentants d'autres établissements de recherche sur le cancer de l'Ontario et du Canada.

L'exigence imposée aux chercheurs de ACO suivant laquelle leurs subventions de fonctionnement permanentes doivent provenir d'organismes externes garantit la qualité de la recherche et la productivité. Le comité consultatif étudie la possibilité de créer plusieurs réseaux pour améliorer la coordination de la recherche en Ontario. Le comité discute présentement de la possibilité de cofinancer certains réseaux de recherche avec l'Institut national du cancer du Canada. Le financement reçu par ACO pour la recherche sur les résultats a servi à donner un caractère officiel aux rapports avec l'Institute for Clinical Evaluative Sciences. La possibilité de relier les groupes de recherche des CRTC par vidéoconférence et d'augmenter le nombre d'ateliers parrainés par ACO fera l'objet d'une évaluation.

SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DU CANCER

La surveillance du cancer vise à recueillir des renseignements que peuvent utiliser les chercheurs sur le cancer pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer les stratégies de lutte contre le cancer. Les renseignements pertinents vont de l'incidence du cancer et de la mortalité liée au cancer jusqu'aux comportements et à l'attitude du public.

Dans son plan de fonctionnement pour 1998-1999, ACO a confié au directeur de l'unité de surveillance de sa division d'oncologie préventive l'élaboration d'un plan de surveillance du cancer pour l'Ontario. Au moment de notre vérification, ACO veillait à l'élaboration d'un plan de surveillance au moyen d'un certain nombre d'initiatives, notamment la définition des faiblesses du système actuel, la détermination et la création de sources de renseignements provinciales et l'accessibilité des renseignements recueillis.

3.08

Cependant, ACO n'avait pas reçu de mandat clair de la part du ministère pour son plan et, dans certains cas, n'avait pas le pouvoir de recueillir les renseignements nécessaires. Par exemple, le registre ontarien du cancer, principal système d'information sur la surveillance du cancer à la disposition de ACO, était un registre dans lequel les intervenants consignaient de façon volontaire les renseignements médicaux sur les résidents de l'Ontario qui avaient reçu un diagnostic de cancer ou qui étaient décédés à la suite d'un cancer. Le registre permet à ACO de surveiller et d'analyser les tendances du cancer dans la province, de les comparer aux tendances nationales et internationales, de définir les causes et les influences de l'évolution des cancers et d'estimer les besoins actuels et futurs sur le plan des ressources. Entre 1964 et 1994, plus de 896 000 cas de cancer ont été consignés dans le registre.

D'après les estimations de la haute direction de ACO, les laboratoires ne soumettent pas environ 20 pour 100 de leurs rapports sur les cancers au registre ontarien du cancer parce que la loi ne les y oblige pas.

En 1996, ACO a tenté d'améliorer l'exactitude du registre en demandant au ministère de la Santé de fournir les renseignements médicaux personnels contenus dans les bases de données du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Le ministère a toutefois déterminé que ces renseignements étaient de nature personnelle et que le fait de les fournir à ACO contreviendrait à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le registre ontarien du cancer n'a donc reçu aucun renseignement en provenance des hôpitaux depuis 1996 au sujet des patients atteints d'un cancer.

Par ailleurs, même si le registre ontarien du cancer existe depuis plus de 30 ans, nous avons constaté que ACO n'avait établi aucune norme minimale à l'intention des CRTC pour les renseignements à recueillir en cours de traitement et à soumettre au registre. L'absence de renseignements sur les phases des cancers dépistés restreignait également l'utilité du registre. Ces renseignements pourraient être facilement fournis par les CRTC puisque ceux-ci peuvent les recueillir dans le cadre du traitement des patients atteints d'un cancer.

Recommandations

Le ministère doit préciser clairement le mandat de Action Cancer Ontario (ACO) concernant la surveillance du cancer et s'assurer que ACO a les pouvoirs nécessaires pour remplir ce mandat.

Afin d'améliorer l'utilité du registre ontarien du cancer, ACO doit élaborer des normes et des lignes directrices concernant le genre de renseignements à recueillir.

Réponse du ministère

Le ministère est d'accord avec la recommandation. En collaboration avec ACO, il a défini le mandat de cet organisme dans l'avant-projet de protocole d'entente.

Réponse de l'organisme

Nous acceptons la recommandation. L'amélioration de la qualité et de l'utilité du registre ontarien du cancer est une priorité pour ACO. Le registre a adopté les normes pertinentes en matière de données et de fonctionnement du Centre international de recherche sur le cancer, du Registre canadien du cancer et de la North American Association of Comprehensive Cancer Registries. Le registre ontarien du cancer tient tout particulièrement à améliorer l'étendue des renseignements qu'il recueille sur les cas de cancer, notamment le stade auquel est rendu un cancer.

CONTRÔLES FINANCIERS

CONFLITS D'INTÉRÊTS POSSIBLES

ACO a élaboré une politique en matière de conflits d'intérêts qui s'applique aux employés et aux non-employés nommés pour siéger à des comités. Tout conflit d'intérêts doit être soumis à l'attention du superviseur de l'employé ou du président du comité concerné afin que ceux-ci puissent déterminer s'il est nécessaire de divulguer le conflit d'intérêts par écrit. Nous nous interrogeons toutefois sur l'efficacité de cette politique, à la suite des exemples suivants :

- En 1997, une entreprise d'experts-conseils a reçu 12 000 \$ pour évaluer les besoins de ACO en matière de systèmes financiers et recommander un système de rechange approprié. En se fondant sur la recommandation de l'entreprise, ACO a déboursé 166 000 \$ pour l'achat d'un nouveau système financier. Certains membres du comité de sélection ont mis en doute l'indépendance de l'entreprise d'experts-conseils, en soulignant que l'entreprise avait une participation directe dans le fournisseur du système recommandé.

3.08

Bien que l'entreprise d'experts-conseils ait assuré verbalement ACO qu'elle n'avait aucun intérêt financier dans le fournisseur du système, elle comptait un groupe de spécialistes de l'installation du système. Par la suite, ACO a octroyé un nouveau contrat d'une valeur de 172 500 \$ à cette entreprise pour la mise en oeuvre du nouveau système, sans recourir au processus d'appel d'offres.

En avril 1998, ACO a constaté un certain nombre de problèmes techniques à la suite de la mise à l'épreuve du nouveau système. ACO en a conclu que le nouveau système ne fonctionnerait pas sans l'apport de modifications importantes. Entre-temps, l'organisme avait déboursé 282 000 \$ environ pour le développement d'un nouveau système financier, mais continuait d'utiliser son ancien système. À la fin de notre vérification, ACO était en pourparlers avec le fournisseur du système et l'entreprise d'experts-conseils à ce sujet.

- En février 1998, ACO a embauché, par voie d'appel d'offres, un expert-conseil comme directeur intérimaire du soutien technique et de la production, en attendant le moment de pouvoir embaucher un directeur à plein temps. La première tâche que ACO a confiée à l'expert-conseil fut l'examen d'une demande de propositions pour un projet de correction du codage et d'évaluation de la conformité à l'an 2000.

En mars 1998, ACO, plutôt que d'émettre une nouvelle demande de propositions, s'est inspiré des tarifs réclamés dans les propositions soumises pour le projet relatif à l'an 2000 pour sélectionner une entreprise d'experts-conseils pour la création d'un bureau de gestion du projet. Une entreprise appartenant au directeur intérimaire a demandé un tarif moins élevé que ceux réclamés dans les soumissions reçues auparavant et a décroché un contrat d'un an au tarif de 1 047 \$ par jour (22 000 \$ par mois). Aucune autre entreprise d'experts-conseils ne s'est vu offrir l'occasion de soumettre une proposition pour ce contrat. La direction de ACO a reconnu que l'entreprise choisie disposait probablement de renseignements qui lui ont été utiles pour la préparation de sa proposition. En fait, le tarif réclamé était inférieur de 3 \$ seulement par jour à celui réclamé dans la soumission la plus basse reçue auparavant.

En juin 1998, cette entreprise d'experts-conseils est celle qui a présenté la soumission la plus basse à la suite d'une demande de propositions portant sur des travaux supplémentaires en technologie de l'information. L'octroi de ce contrat d'une valeur de 113 000 \$ à cette entreprise revenait à lui confier la supervision de son propre travail.

- Nous avons examiné le processus utilisé dans un CRTC pour acheter du matériel de radiothérapie. D'après la documentation, deux des trois fournisseurs qui avaient soumis des propositions avaient communiqué avec des membres du comité de sélection pour proposer des incitatifs supplémentaires qui ne faisaient pas partie de leur proposition initiale. Le contrat a été octroyé à un fournisseur qui avait offert un montant de 250 000 \$ aux fins de la recherche. On nous a informés que cette offre de financement de la recherche avait été portée à l'attention de tous les autres membres du comité de sélection après que celui-ci eut évalué les propositions de tous les fournisseurs sur le plan technique, mais avant qu'il ait pris sa décision finale.

On a tenu compte de la valeur du financement de la recherche dans la comparaison du coût des propositions, et la personne qui a été informée de l'offre est demeurée membre du comité de sélection.

Recommandation

Pour faire en sorte que l'on achète à juste prix les biens et services dont on a effectivement besoin, et pour éviter les conflits d'intérêts possibles, Action Cancer Ontario doit :

- **éliminer les conflits d'intérêts réels ou possibles avant d'octroyer les contrats;**
- **informer les fournisseurs qu'ils doivent indiquer en détail dans leurs propositions tous les incitatifs et tous les avantages.**

Réponse de l'organisme

Nous avons pris note de vos observations et nous renforcerons la politique relative aux conflits d'intérêts. Nos politiques ont également été mises à jour.

ADMINISTRATION DES CONTRATS OCTROYÉS AUX ENTREPRISES D'EXPERTS-CONSEILS

Lorsqu'on embauche des experts-conseils, le recours au processus d'appel d'offres et la rédaction de contrats comportant des prix fixes ainsi que des biens et services livrables mesurables permettent d'assurer que l'on sélectionne les candidats les plus compétents et les plus rentables. Nous avons constaté que les mesures adoptées par ACO pour contrôler l'acquisition et la surveillance des contrats octroyés aux grosses entreprises d'experts-conseils étaient suffisantes. Toutefois, les mesures de contrôle des services fournis par les petites entreprises d'experts-conseils étaient insuffisantes. Par exemple :

- Alors que les politiques de ACO exigent de fournir au moins trois estimations par écrit pour toutes les dépenses supérieures à 2 000 \$, un certain nombre de contrats de services d'experts-conseils d'une valeur supérieure à 2 000 \$ ont été octroyés sans qu'il y ait trace d'une évaluation documentée des besoins ou d'une explication des raisons pour lesquelles on n'avait pas eu recours au processus d'appel d'offres. Il faut fournir des explications par écrit lorsqu'il y a moins de trois estimations.
- On ne préparait pas toujours de contrat écrit détaillant les biens ou services livrables et les tarifs dans le cas des ententes conclues avec des entreprises d'experts-conseils. Dans certains cas, on embauchait les experts-conseils uniquement sur la foi d'une entente verbale au sujet des biens ou services livrables et de la rémunération.
- Il n'y avait peu ou pas de documentation indiquant que le travail des experts-conseils faisait l'objet d'une surveillance et d'une évaluation formelles. La durée des contrats était souvent prolongée sans évaluation du rendement de l'expert-conseil ou sans aucune explication des raisons pour lesquelles les biens ou services livrables n'avaient pas été fournis.

3.08

Recommandation

Pour assurer l'optimisation de ses ressources lorsqu'il a recours aux services d'experts-conseils, Action Cancer Ontario doit :

- **renforcer l'observation de sa politique qui exige de fournir des explications par écrit lorsque les politiques relatives à l'acquisition de biens et services par voie d'appel d'offres ne sont pas respectées;**
- **exiger que l'on indique, dans les contrats, les biens ou services livrables mesurables, les tarifs, les délais et les modalités de résiliation;**
- **veiller à ce que des évaluations par écrit du travail effectué par les experts-conseils soient préparées.**

Réponse de l'organisme

Nous avons pris note de vos observations et renforcé la conformité aux politiques. Nous avons émis une politique révisée/nouvelle pour les services d'experts-conseils et nous demanderons des évaluations par écrit dès que possible.

CANCER CARE INTERNATIONAL

En vertu des directives du Conseil de gestion du gouvernement, il faut faire approuver au préalable par le Conseil de gestion la création ou la constitution de tous les nouveaux organismes, y compris les filiales d'organismes existants. En 1995, la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer (FORCTC) a créé une filiale, Cancer Care International (CCI), pour fournir des services de conseils et de formation sur le cancer aux pays en voie de développement. Bien que la Fondation ait obtenu en décembre 1994 l'appui du sous-ministre de la Santé en poste à cette époque, nous n'avons trouvé aucune trace d'approbation de la création de CCI par le Conseil de gestion.

La direction de ACO nous a informés que CCI, en plus de fournir de l'aide à d'autres pays, offrirait au personnel de la FORCTC/de ACO l'occasion d'élargir leurs connaissances et leur expérience. Les recettes générées par CCI étaient censées être utilisées par la FORCTC/ACO pour la recherche sur le cancer et pour d'autres programmes de lutte contre le cancer en Ontario.

Bien que CCI ait obtenu un certain nombre de contrats, ses recettes ne lui permettaient pas de couvrir ses coûts de fonctionnement et d'administration. En date du 31 mars 1998, CCI a déclaré un déficit de fonctionnement accumulé d'environ 538 000 \$, financé en grande partie au moyen d'un prêt de 495 000 \$ accordé par ACO.

En juin 1998, le conseil d'administration de ACO a décidé de limiter sa responsabilité et a autorisé la direction à trouver un acheteur pour CCI. En vertu de la proposition de vente, ACO entretiendrait une alliance stratégique avec le nouveau propriétaire de CCI. En août 1998, CCI a été vendu à son vice-président moyennant un pourcentage de certaines recettes brutes futures. La direction de ACO nous a expliqué qu'en raison du fait que CCI

n'avait qu'un seul contrat en cours, aucun autre acheteur n'avait manifesté de l'intérêt pour l'acquisition de l'organisme. ACO s'engageait à fournir sans frais à l'acheteur pendant un an du personnel de secrétariat et des locaux. ACO considérerait comme remboursé le prêt impayé lorsque CCI lui aurait versé un montant d'environ 150 000 \$ qu'il était censé toucher pour des services déjà rendus. ACO passerait donc ainsi en charges une somme de plus de 300 000 \$ prêtée à CCI.

Bien que la *Loi sur le cancer* ne renferme aucune disposition relative à la création d'une filiale, l'article 15 de la loi autorise ACO à céder tous droits ou toute participation qu'il a acquis, sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. ACO a avisé le ministère de la Santé en juillet 1998 qu'il s'apprêtait à conclure une vente, mais nous n'avons trouvé aucune trace de réponse ou d'avis provenant du ministère ou de décret à l'appui de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil.

Nous avons analysé les dépenses engagées par CCI depuis sa création et constaté que son déficit accumulé résultait principalement des éléments suivants :

- À la suite de circonstances imprévues, ACO a versé 125 000 \$ à une agence de placement de cadres supérieurs pour le recrutement de deux nouveaux présidents au cours des trois années d'existence de CCI. Au cours de la deuxième année de fonctionnement de l'organisme, un expert-conseil a touché 15 000 \$ pour évaluer le régime de rémunération des cadres supérieurs de CCI et pour élaborer une formule de prime fondée sur l'hypothèse que CCI serait une société rentable qui prendrait de l'expansion.
- Au moment où ACO a décidé de vendre CCI, cet organisme comptait trois cadres supérieurs dont les salaires et avantages sociaux annuels combinés correspondaient à un montant d'environ 400 000 \$ alors que les recettes brutes annuelles de l'organisme étaient inférieures à 500 000 \$.
- En 1997, CCI a dépensé 140 000 \$ pour la rénovation de ses bureaux. Le budget initial était de 100 000 \$. L'entrepreneur a suggéré des mesures moins coûteuses que les planchers de bois franc et l'ameublement de bureau en acajou choisis par l'organisme, mais ces suggestions n'ont pas été retenues.

Nous avons également examiné les dépenses de CCI et constaté que les demandes de remboursement de certains frais de déplacement et d'hébergement étaient approuvées sans qu'il y ait production de justificatifs. À notre demande, le personnel d'ACO a, par la suite, obtenu les justificatifs.

Recommandation

À l'avenir :

- **le ministère et Action Cancer Ontario (ACO) doivent veiller à ce que les approbations nécessaires soient obtenues pour la création ou la cession d'une filiale;**
- **les frais de démarrage doivent se restreindre au minimum;**
- **les dépenses doivent être documentées et justifiées en bonne et due forme.**

Réponse de l'organisme

Nous avons pris note de vos observations et nous nous assurerons que vos recommandations sont observées à l'avenir.

Réponse du ministère

Le ministère est d'accord avec cette recommandation et se penchera sur la façon d'intégrer ces exigences dans les révisions de la loi qui régit Action Cancer Ontario.

3.08
