

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

notre santé
notre
avenir

2013 – 2014

RAPPORT ANNUEL



Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Qu'y a-t'il à l'intérieur ?

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE ACTION CANCER ONTARIO

À PROPOS DE ACTION CANCER ONTARIO

Faits saillants et réalisations en 2013 – 2014

SERVICES DE CANCÉROLOGIE

Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario

Prévention et lutte contre le cancer

Prévention et Surveillance

Prévention

Centre de consultation et de formation sur le programme

Surveillance

Programme de dépistage du cancer

Recherche

Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones

Centre de recherche sur le cancer professionnel

Centre de pratique en soins primaires

Diagnostiques

Programmes d'évaluation diagnostique

Programmes d'évaluation diagnostique – Solution de voie électronique

Pathologie et médecine en laboratoire

Détermination des stades

Rapports de pathologie

Oncologie moléculaire

Traitements

Imagerie du cancer

Conférences multidisciplinaires sur le cancer

Supervision des services spécialisés

Chirurgies contre le cancer

Organisation des services de traitement du cancer de la tête et du cou

Organisation des services de traitement du cancer gynécologique

Temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer

Traitements systémiques

Programme régional de traitements systémiques

Amélioration des temps d'attente avant un traitement systémique

Système informatique de prescription médicale (SIPM)

Programmes provinciaux de remboursement des médicaments

Programme de financement des nouveaux médicaments

Programme de collecte de données

Programme de réexamen cas par cas

Radiothérapies

Amélioration des temps d'attente avant un traitement

Programme de résidence en physique médicale

Traitements de protonthérapie

Assurance de la qualité par examen par les pairs

Utilisation des radiothérapies

Formation des patients

Soins infirmiers oncologiques

Oncologie psychosociale

Traitement des symptômes

Résultats signalés par les patients

Programme pour les survivants

Soins palliatifs

Expérience des patients

Modèles de soins

Gestion des voies pathologiques

SERVICES DE TRAITEMENT DES MALADIES RÉNALES CHRONIQUES

Plan rénal de l'Ontario

Réseau rénal de l'Ontario

ACCÈS AUX SOINS

Stratégies provinciales sur l'information

Temps d'attente avant une chirurgie et efficacité

Temps d'attente avant une imagerie diagnostique et efficacité en RMN

Système d'information sur les temps d'attente – Réseau des soins cardiaques

Niveaux alternatifs de soins

Informations sur les salles d'urgence

Modèle de soutien provincial de l'accès aux soins

INITIATIVES STRATÉGIQUES

Partenariat pour une gestion de qualité

Réforme du financement du réseau de santé

INFRASTRUCTURES

Projets d'immobilisation

ÉTATS FINANCIERS

ANNEXES

Conseil de direction

Direction générale

Message

du président et du président du conseil d'administration de Action Cancer Ontario

L'année écoulée a marqué un anniversaire particulier pour Action Cancer Ontario. Il y a 10 ans, nous avons entrepris la plus importante transformation de notre histoire en abandonnant notre rôle de fournisseur direct de services de cancérologie pour assumer des fonctions de supervision qui nous ont permis d'acheter des services et de gérer la qualité, l'accès et le rendement du réseau de lutte contre le cancer en Ontario.

Au cours des 10 dernières années, la taille et l'ampleur de nos activités n'ont cessé de croître. En 2004, nous avions 244 employés et des revenus de 393 millions \$, contre 1 000 employés aujourd'hui et des fonds d'environ 1,5 milliard \$ qui nous ont été confiés pour mener à bien notre travail dans le domaine de la lutte contre le cancer, des maladies rénales chroniques (MRC) et de l'accès aux soins. Nous avons suscité des améliorations significatives à la fois en cancérologie et pour le traitement des MRC en cherchant constamment à accroître la qualité, favoriser l'accessibilité et améliorer le rendement et la responsabilité du réseau.

Au cours des 10 dernières années, ACO a mis sur pied le Système d'information sur les temps d'attente, ou SITA, afin d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels, depuis l'arthroplastie de la hanche et du genou jusqu'aux chirurgies et services cardiaques. Aujourd'hui, le SITA dessert plus de 3 000 usagers du réseau de santé en Ontario. Il est à la base de la transformation qui a été menée à bien dans la province, qui est passée de celle ayant les temps d'attente les plus longs au Canada à celle qui a les temps d'attente les plus courts.

Au cours des années, l'accent rigoureux que nous avons mis sur la qualité et le rendement a transformé l'existence et l'avenir des soins de cancérologie en Ontario. En fait, des périodiques médicaux internationaux de prestige comme The Lancet ont classé l'Ontario parmi les meilleurs au plan des taux de survie du cancer pour 12 territoires dans six

pays. Si vous habitez en Ontario et que vous avez le cancer, vous avez des chances de survie qui comptent parmi les meilleures dans le monde.

Avec la mise sur pied du Réseau rénal de l'Ontario, en 2009, nous avons mis l'accent sur les services de dialyse et les soins rénaux, l'élaboration du premier plan rénal de l'Ontario et la création du Cycle trimestriel de gestion du rendement, qui nous a permis pour la première fois de quantifier le rendement du réseau rénal dans la province et d'orienter dans la bonne direction les indicateurs essentiels de la qualité et de l'accès.

Grâce à ces initiatives et à d'autres également, nous avons mis sur pied au cours des 10 dernières années les fondations solides de deux réseaux de soins de santé modernes et sensibles pour le traitement du cancer et des MRC. En 2013-2014, nous avons continué ce travail par le biais de deux volets complémentaires, soit en poursuivant les progrès enregistrés jusqu'ici avec notre troisième Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario et notre premier Plan rénal de l'Ontario, tout en élargissant et renforçant les réalisations qui découlent de notre stratégie générale.

Vous trouverez dans les pages suivantes une description de quelques-unes de nos principales réalisations en 2013-2014, qui portent sur l'accroissement du rendement et de la qualité au plan des soins de cancérologie, des soins rénaux et de l'accès aux soins.

Comme tous les organismes de soins de santé en Ontario, ACO traverse une période de transformation. L'augmentation et le vieillissement de la population, ainsi que le contexte fiscal actuel, signifient que chaque dollar consacré à la santé doit produire un meilleur rendement et une valeur accrue. Quand nous avons inauguré notre stratégie générale, en 2012, nous avons adopté une approche à long terme. Notre objectif était de susciter la qualité, la sécurité, la valeur et les améliorations du réseau qui permettraient de répondre à la demande actuelle pour les réseaux de santé de l'Ontario tout en tenant compte des besoins futurs dans ce domaine.

L'une de nos principales réalisations découlant de notre stratégie générale portait sur nos activités visant la Réforme du financement du réseau de santé, qui relie les fonds aux services administrés aux patients. Nous avons contribué à cette transformation grâce à notre travail sur les interventions fondées sur la qualité, ou IFQ, qui représentent les meilleures pratiques pour les patients atteints de la même pathologie ou qui reçoivent le même traitement.

En 2013, nous avons poursuivi l'implantation du cadre de financement IFQ pour les maladies rénales chroniques, terminé l'élaboration d'une IFQ pour l'endoscopie gastro-intestinale et les chimiothérapies, et entrepris l'élaboration d'une IFQ pour la coloscopie et les chirurgies contre le cancer. Une fois entièrement opérationnelles, ces mesures amélioreront les normes de soins et rendront leur prestation plus uniforme à travers la province.

Au cours de l'exercice écoulé, nous avons aussi établi un partenariat avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin de mettre sur pied des Programmes de gestion de la qualité, ou PGQ, pour la coloscopie, la mammographie et la pathologie. L'objectif de ces programmes est d'établir des normes élevées de soins pour ces trois services de santé. Depuis l'établissement de ce partenariat, nous avons constitué un comité de spécialistes chargé d'élaborer un plan pour la première année de l'implantation de ces PGQ.

Nous sommes fiers des progrès et des réalisations obtenus pour les patients de l'Ontario atteints d'un cancer ou d'une MRC, mais nous sommes conscients qu'il reste encore beaucoup à faire. Dans la province, les modèles de cancer diffèrent de façon significative entre les populations autochtones et la population générale, les peuples autochtones affichant une incidence plus élevée de cancer et des taux de survie plus faibles que les autres citoyens de l'Ontario. Nous avons redoublé nos efforts au plan du cancer chez les peuples autochtones au cours de l'année écoulée, en mettant à profit toute la puissance de notre organisme dans un effort concerté pour améliorer la santé des peuples autochtones partout en Ontario. Grâce aux protocoles que nous avons conclus avec les collectivités autochtones, nous avons pu officialiser nos relations et étendre la responsabilité pour notre deuxième Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. En 2013-2014, nous avons signé deux de ces protocoles et nous en concluons davantage l'année prochaine.

Nous avons aussi réalisé des progrès significatifs touchant les dialyses et les services rénaux au cours de l'exercice écoulé.

Nous avons amélioré l'accès et la qualité pour les patients en augmentant le nombre de patients qui reçoivent une dialyse à domicile. La dialyse à domicile améliore non seulement les résultats des patients, mais elle accroît aussi leur qualité de vie et leur autonomie. L'an dernier, nous avons commencé à voir une augmentation de l'utilisation et de la prévalence des dialyses à domicile.

Nous réalisons ce travail, bien-sûr, au profit des patients et des familles de l'Ontario. Leur santé est au cœur même de toutes nos activités. Depuis la création de notre premier Conseil consultatif des patients et des familles, en 2011, nous avons élargi notre travail dans le domaine des soins axés sur la personne. Ces conseils constituent un forum essentiel qui permet aux patients de s'exprimer en vue de transformer notre réseau de santé et d'améliorer l'expérience des patients actuels et futurs. Au cours de l'exercice écoulé, nous avons augmenté le nombre de conseillers pour les patients et les familles qui travaillent de concert avec nous et jouent le rôle de partenaires actifs avec les patients et les membres des familles pour concevoir, planifier et améliorer les services de soins de santé.

Selon les estimations, plus de 74 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario en 2013-2014, et la prévalence des MRC continue de s'accroître. Aujourd'hui, environ 1,5 million de citoyens de l'Ontario sont atteints ou risquent d'être atteints d'une MRC, et 9 800 reçoivent présentement des dialyses. Au fur et à mesure de la croissance et du vieillissement de la population de la province, la charge des maladies chroniques et les besoins en matière de soins de cancérologie et contre les MRC continueront de s'accroître.

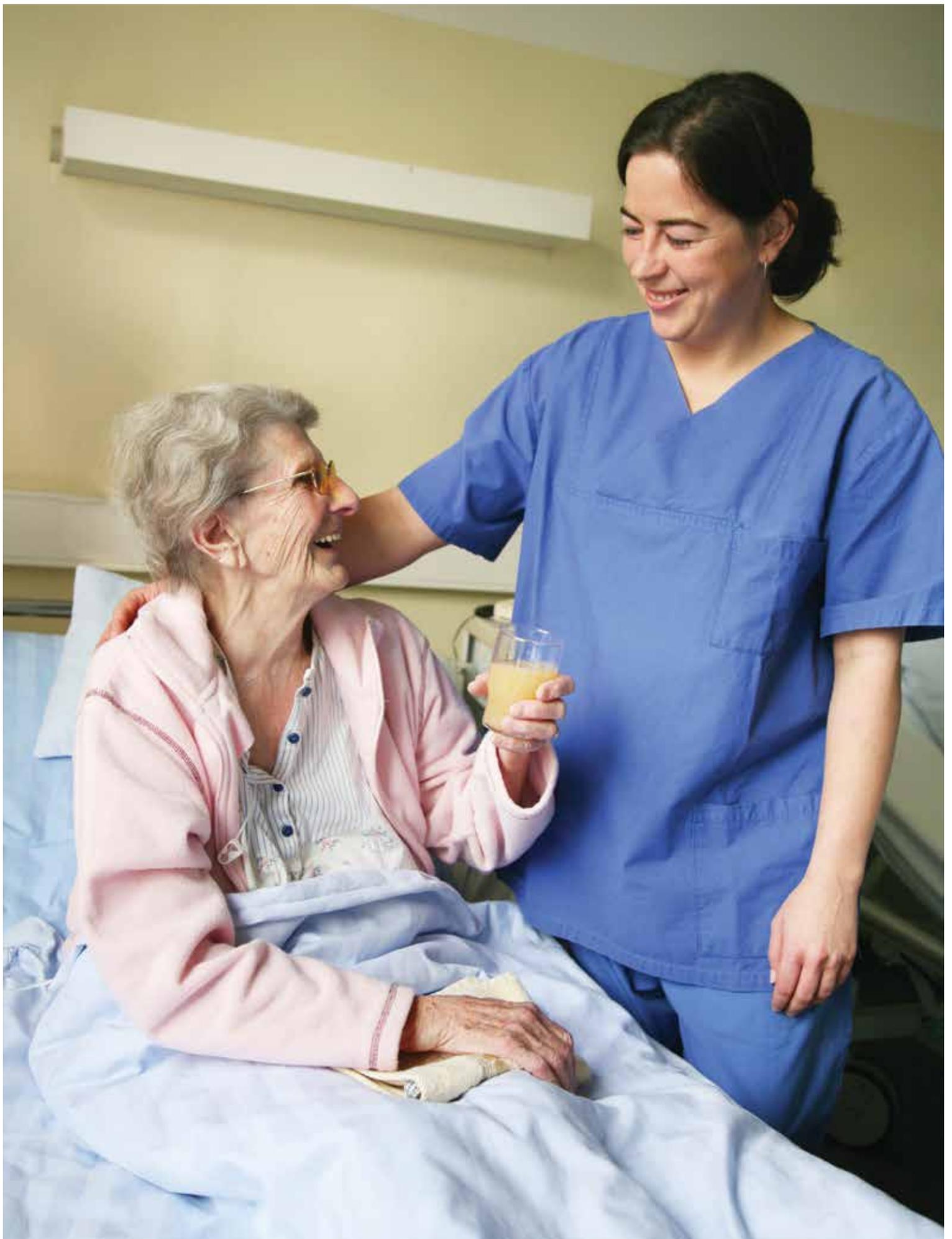
Chez ACO, nous restons déterminés à élaborer des partenariats et à susciter des améliorations touchant les réseaux de lutte contre le cancer, de traitement des maladies rénales et d'accès aux soins qui résoudront ces problèmes. Nous sommes en bonne voie d'atteindre notre objectif, soit la création des meilleurs réseaux de soins de santé au monde.



Ratan Ralliam, Président intérimaire



Michael Sherar, PhD, Président et Chef de la direction



À PROPOS DE ACO

Notre vision :

Nous travaillerons ensemble pour mettre sur pied les meilleurs réseaux de santé au monde.

Notre mission :

Ensemble, nous améliorerons le rendement de nos réseaux de soins de santé en suscitant la qualité, la responsabilité, l'innovation et la valeur.

Nos principes directeurs :

- Les citoyens de l'Ontario sont au cœur même de tout ce que nous faisons.
- Nous serons transparents et favoriserons une culture de communications ouvertes.
- Nous assurerons l'équité entre les régions dans l'élaboration de réseaux de santé provinciaux bien établis.
- Nous prendrons des décisions et fournirons des recommandations en fonction des données de recherche les plus fiables.
- Nous établirons des consultations élargies, partagerons ouvertement nos connaissances et collaborerons activement pour atteindre nos objectifs.

À PROPOS DE ACO

À titre de conseiller du gouvernement de l'Ontario pour le réseau de cancérologie et le réseau rénal, ainsi que pour l'accès aux soins touchant les services de santé essentiels, Action Cancer Ontario (ACO) suscite l'amélioration continue de la prévention et du dépistage de la maladie, de la prestation des soins et de l'expérience des patients atteints d'une maladie chronique. Reconnu pour son innovation et son approche axée sur les résultats de la recherche, ACO dirige la planification pluriannuelle du réseau, établit des contrats de service avec les hôpitaux et les fournisseurs, élabore et met en œuvre des systèmes d'information, rédige des lignes directrices et des normes, et assure le suivi des cibles de rendement pour favoriser l'amélioration de l'ensemble du réseau de cancérologie et de traitement des maladies rénales chroniques (par le biais du Réseau rénal de l'Ontario) ainsi que l'accès aux soins.

ACO a été fondé en avril 1943 sous l'appellation de Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer. Plus d'un demi-siècle plus tard, en 1997, il a été officiellement constitué et subventionné à titre d'organisme du gouvernement de l'Ontario. ACO est régi par la Loi sur le cancer et relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

ACO distribue et supervise des fonds d'environ 1,5 milliard \$ destinés aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de soins de santé en cancérologie et pour le traitement des maladies rénales chroniques, ce qui leur permet de dispenser au moment opportun des services de grande qualité et d'améliorer l'accès aux soins. ACO a un personnel d'environ 1 000 personnes, qui jouent un rôle essentiel et contribuent au succès de cet organisme.

SERVICES DE CANCÉROLOGIE

À titre de conseiller du gouvernement pour les questions relatives au cancer, ACO :

- Met en œuvre les programmes provinciaux de prévention et de dépistage du cancer.
- Collabore avec les spécialistes et organismes de soins de cancérologie afin d'élaborer et de mettre en œuvre des normes et des mesures d'amélioration de la qualité.
- Fait appel à la technologie et à l'information électronique pour soutenir les spécialistes de la santé et favoriser l'auto-administration des soins par les patients et améliorer de façon continue la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la responsabilité pour les services de lutte contre le cancer en Ontario.
- Planifie les services de cancérologie pour répondre aux besoins actuels et futurs des patients, et travaille de concert avec les fournisseurs de soins de santé et l'ensemble des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLIS) afin d'améliorer continuellement les soins de cancérologie destinés à la population qu'ils desservent.
- Réalise des recherches et assure le transfert rapide des résultats obtenus et des nouvelles recherches dans la pratique clinique et la prestation des services de cancérologie.



L'image publique de ACO est directement reliée à la lutte contre le cancer, mais l'organisme a également constitué et accueilli le Réseau rénal de l'Ontario et le programme d'Accès aux soins du gouvernement de la province, qui sous-tend la Stratégie sur les temps d'attente du gouvernement de l'Ontario.

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO

Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) a été constitué en 2009 pour mettre en œuvre une stratégie provinciale visant à mieux organiser et gérer la prestation des services rénaux et des dialyses dans la province pour les patients atteints d'une maladie rénale chronique (MRC). La mission du RRO est de travailler en collaboration afin d'améliorer la qualité de vie de toutes les personnes atteintes d'une maladie rénale. Le RRO travaille de concert avec 26 programmes régionaux de lutte contre les MRC afin d'améliorer la qualité des services de traitement de la maladie dans toute la province.

L'objectif du RRO est d'améliorer le traitement des MRC en prévenant ou en retardant la nécessité d'une dialyse, en élargissant les possibilités de traitement approprié pour les patients atteints d'une MRC, en améliorant la qualité à toutes les étapes des soins et en mettant sur pied un réseau d'envergure mondiale pour la prestation des soins aux citoyens de l'Ontario atteints d'une MRC.

ACCÈS AUX SOINS

En 2004, les Premiers ministres du Canada se sont engagés à réduire les temps d'attente pour les services de santé essentiels. En Ontario, cet engagement a donné lieu à la Stratégie sur les temps d'attente du MSSLD et par la suite à sa Stratégie sur les salles d'urgence et les niveaux alternatifs de soins (SU/NAS).

Le succès de ces initiatives reposait sur des capacités d'information et des technologies susceptibles de recueillir et compiler des données exactes, fiables et à jour sur les temps d'attente. Le mandat d'élaborer et de mettre en place un Système d'information sur les temps d'attente a été confié à ACO en vue de recueillir et de compiler ces données pratiquement en temps réel. Par la suite, ACO a reçu le mandat de mettre en œuvre les éléments essentiels de la Stratégie d'information SU/NAS.

L'Accès aux soins, qui est l'agent de prestation des services pour la Stratégie sur les temps d'attente et la Stratégie d'information SU/NAS, assure des améliorations au plan de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des services de soins de santé. Il permet également de réduire les temps d'attente grâce à la mise en œuvre et à l'application de solutions de Gestion de l'information/technologie de l'information et en assurant le suivi des patients à chacune des étapes du continuum des soins.

Faits saillants
et
réalisations
2013-2014

Services de cancérologie

Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario

Depuis 2005, ACO a élaboré des plans pluriannuels pour la lutte contre le cancer dans la province. Ces Plans pour la lutte contre le cancer en Ontario sont un peu comme des cartes routières qui indiquent la voie que doivent emprunter les spécialistes et les organismes de santé, les spécialistes du cancer et le gouvernement afin de travailler de concert avec ACO à la prévention et à la lutte contre le cancer tout en améliorant la qualité des soins pour les patients actuels et futurs.

Le premier Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario portait sur les années 2005-2008 et mettait l'accent sur l'élargissement de la capacité du réseau. Le deuxième, qui couvrait les années 2008-2011, visait principalement à réduire les temps d'attente, à accroître la qualité des soins et à améliorer le dépistage, le diagnostic et les traitements, en plus d'élargir encore davantage les capacités.

En 2011, ACO a rendu public son troisième Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario (PLCO III), portant sur les années 2011-2015. Le PLCO III poursuit la transformation des services de cancérologie en Ontario, notamment grâce à l'élaboration de nouveaux modèles de soins axés sur les patients.

Le PLCO III met l'accent sur les résultats quantifiables et les consultations avec les patients. L'expérience des patients est au cœur même du PLCO III, qui reconnaît que les patients ont besoin :

- De contrôler davantage leurs propres soins en vue d'améliorer leur satisfaction et leurs résultats.
- D'avoir accès à des instruments qui leur permettent d'évaluer et de communiquer efficacement leurs symptômes de façon à ce qu'ils soient mieux pris en

compte par les fournisseurs de soins de santé.

- D'avoir accès à des ressources et à de l'information qui répondent à l'ensemble de leurs besoins physiques, affectifs et éducationnels dans l'ensemble de leur cheminement en cancérologie.

Le PLCO III est fondé sur un engagement à l'égard de la qualité en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de suivi et de soins palliatifs. Il assurera des progrès grâce à l'optimisation des ressources, à la gestion à long terme de la croissance des coûts, et à l'amélioration des résultats des patients ainsi que leur satisfaction. ACO assurera le suivi de ces progrès en fonction des engagements du PLCO III ainsi que de ses incidences sur le réseau de cancérologie.

Comme le PLCO III se terminera en mars 2015, ACO a entrepris l'élaboration du PLCO IV, qui devrait être rendu public au début de 2015. Le PLCO IV restera un document d'orientation important qui déterminera les domaines stratégiques essentiels pour 2015-2019 qui permettront de poursuivre les progrès réalisés jusqu'ici, d'intégrer l'expérience acquise avec les plans précédents et de susciter à nouveau la qualité, la responsabilité, l'innovation et la valeur au sein du réseau de cancérologie.

La collaboration avec les principaux partenaires et intervenants sera primordiale si l'on veut assurer le succès de cette initiative. Le coprésident du Comité consultatif des patients et des familles de ACO, qui reflète la détermination de ACO à assurer la participation des patients comme partenaires du changement, joue un rôle essentiel et constitue l'un des membres importants du comité de

direction générale du PLCO IV. Pour faire en sorte d'élaborer en collaboration un plan accessible et quantifiable, ACO continuera de susciter la participation des personnes intéressées, notamment des représentants des patients et des familles, à chacune des étapes de l'élaboration du PLCO IV afin de déterminer comment ce plan peut permettre à la population de l'Ontario de disposer du meilleur réseau de cancérologie au monde.



Prévention et lutte contre le cancer

Le portfolio de ACO sur la Prévention et la lutte contre le cancer (PLC) est responsable de la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des programmes et initiatives visant à prévenir le cancer et à assurer le dépistage de cette maladie dans la province.

De plus, le portfolio PLC comprend d'autres unités dont l'objectif est de réduire la charge du cancer au sein de la population générale et des populations particulières, ainsi que le programme du Centre de pratique en soins primaires, qui offre aux fournisseurs de soins primaires son orientation et son expertise en vue de favoriser et soutenir les mesures destinées à prévenir les maladies chroniques comme le cancer et les maladies rénales chroniques.

Prévention et surveillance

Les activités de prévention et de surveillance comprennent trois principaux secteurs de travail : la prévention, la surveillance et le Centre de formation et de consultation sur le programme (CFCP). Le groupe de prévention dirige l'élaboration de l'instrument d'évaluation en ligne des risques de cancer de ACO, qui devrait être opérationnel dans le cadre du PLCO III et fait partie du premier volet du Plan d'action de l'Ontario pour les soins de santé. Le groupe de surveillance transforme les données brutes en renseignements significatifs à l'aide de techniques complexes d'analyse et d'interprétation. Il élabore des indicateurs sur les facteurs de risque et la charge du cancer, analyse et interprète les données qui s'y rapportent, et les contrôle notamment en fonction de divers facteurs sociodémographiques. Le troisième programme qui fait

partie de la Prévention et surveillance est un programme de formation et d'élaboration des capacités pour la lutte contre le tabagisme, qui contribue à la stratégie Ontario sans fumée du gouvernement de l'Ontario.

Prévention

Même s'il reste beaucoup de choses à apprendre à propos des causes du cancer, il est évident qu'un certain nombre de comportements et d'expositions susceptibles d'être modifiés influe sur les risques individuels. Il s'agit notamment du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'inactivité physique et d'une mauvaise alimentation. L'un des objectifs du PLCO III est d'aider les citoyens de l'Ontario à réduire leurs risques d'apparition d'un cancer.

L'une des priorités stratégiques du PLCO III est d'élaborer et mettre en œuvre une approche axée sur la réduction des risques de cancer. À cette fin, ACO effectue un

certain nombre d'activités de prévention, notamment en collaborant aux efforts provinciaux visant la rédaction de messages uniformes sur les expositions aux UV et l'élaboration d'une stratégie provinciale sur l'alimentation et la nutrition. Le Programme de formation et d'élaboration des capacités pour la lutte contre le tabagisme (FCLT) joue un rôle essentiel en offrant des services de formation, de consultation et d'élargissement des capacités aux intermédiaires en santé de la province qui cherchent à réduire le tabagisme. Ce programme facilite également la coordination des services entre les autres centres de ressources Ontario sans fumée et sert de courtier du savoir entre les bureaux locaux de santé publique, les milieux de la recherche et les autres organismes du secteur de la lutte contre le tabagisme.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Réalisé une recherche auprès des utilisateurs en fonction du prototype d'instrument en ligne pour l'évaluation des risques de cancer afin d'en préparer l'élaboration et la commercialisation. Le contenu, les grilles d'élaboration et les conditions commerciales ont été menés à bien pour quatre formes de cancer : cancer du sein chez les femmes, du col de l'utérus, colorectal et du poumon.
- Élaboré un programme pilote pour la lutte contre le tabagisme dans les programmes régionaux de cancérologie. Le personnel de l'unité a collaboré avec les chefs de file des programmes et les comités consultatifs pour favoriser la mise en œuvre d'exams systématiques de dépistage du tabagisme chez l'ensemble des nouveaux patients ambulatoires qui

fréquentent les centres régionaux de cancérologie.

- Poursuivi le travail avec le gouvernement et les autres intervenants sur les recommandations du rapport *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*. Conformément aux recommandations du rapport, l'unité a mis sur pied le programme Health Works, qui est un programme structuré de promotion de la santé pour le personnel de ACO et porte dans un premier temps sur l'augmentation des activités physiques et la réduction des comportements sédentaires.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Inaugurer au cours du quatrième trimestre l'instrument en ligne d'évaluation des risques de cancer, mettre en œuvre nos stratégies numériques de commercialisation et de communications et assurer la promotion de cet instrument auprès des spécialistes de la santé. Élaborer le matériel relatif à deux nouvelles formes de cancer afin de les inclure au cours de l'exercice 2015-2016.
- Poursuivre la mise en œuvre du dépistage systématique du tabagisme et des orientations permettant aux patients ambulatoires atteints d'un cancer de cesser de fumer, recueillir et compiler les données régionales et évaluer la mise en œuvre du projet pilote.
- Élargir la stratégie de ACO sur la prévention des maladies chroniques, qui permet d'intégrer le travail de prévention réalisé dans le cadre des programmes de prévention de ACO (p. ex. Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones, Soins primaires et Réseau rénal de l'Ontario). Dans le cadre de cette

stratégie, nous poursuivrons également la mise en place du cadre de travail pour la mesure du rendement des activités de prévention, en plus de constituer deux nouveaux domaines de risque (tabagisme et expositions environnementales) qui seront inclus dans l'Indice de qualité du réseau de cancérologie (IQRC) en 2015.

Centre de consultation et de formation sur le programme

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Continué d'élargir la capacité des 36 bureaux de santé publique et des sept réseaux de lutte contre le tabagisme de l'Ontario afin de préparer et mettre en œuvre des programmes de lutte contre le tabagisme fondés sur les données de recherche.
- Réalisé 49 activités de formation et environ 400 consultations auprès des bureaux de santé publique de la province.
- Collaboré avec quatre communautés de pratique provinciale sur les sujets prioritaires relatifs à la lutte contre le tabagisme. Deux communautés de pratique favorisent la mise en commun des connaissances dans le cadre des projets pilotes subventionnés par le gouvernement de la province. Nous avons également complété la documentation relative à deux activités de lutte contre le tabagisme fondées sur la recherche pour les règlements se rapportant aux lieux sans fumée à l'extérieur et aux hôpitaux sans fumée.
- Maintenu notre appui au renouvellement de la stratégie Ontario sans fumée du MSSLD grâce à une meilleure formation et à la planification et à la coordination au niveau du réseau.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre l'élargissement des capacités dans les 36 bureaux de santé publique et les sept réseaux de lutte contre le tabagisme de la province afin de planifier et mettre en œuvre des programmes de lutte contre le tabagisme fondés sur la recherche par le biais d'activités de formation, d'une aide technique et d'autres programmes favorisant une meilleure capacité.
- Organiser un forum provincial pour la mise en commun des connaissances sur l'interruption du tabagisme dans la population en juin 2014.

- Documenter d'autres pratiques sur la lutte contre le tabagisme faisant appel à des méthodes d'évaluation d'études de cas, et diffuser ces descriptions de cas grâce à divers mécanismes (p. ex. webinaires, présentations, etc.).

Surveillance

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Publié le document *Cancer Risk Factors in Ontario : Tobacco Evidence Summary*, qui constitue une ressource pour l'élaboration des programmes de prévention. Ce document fournit de l'information sur le tabagisme en Ontario et met en rapport les taux de cancer et les estimations des risques de cancer reliés au tabagisme dans la population.
- Réalisé une analyse détaillée sur le cancer de la prostate en Ontario pour l'IQRC et les rencontres de participation régionales du Programme de gestion des voies pathologiques de ACO.
- Réalisé une analyse détaillée de la charge (incidence/mortalité/prévalence) de plusieurs formes principales et secondaires de cancer, avec les mises en garde appropriées, afin de soutenir les programmes de planification et les programmes régionaux de ACO, ainsi que les programmes cliniques et les portfolios sur les initiatives de qualité relatifs à la planification de divers services de diagnostic et de traitement.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre notre série de publications *Le cancer en Ontario avec* :
 - un rapport sur la consommation d'alcool et le cancer en Ontario
 - un rapport sur les bonnes habitudes de vie (composition corporelle, activités physiques et alimentation) et le cancer en Ontario.
- Continuer d'accroître la production et la diffusion d'informations sur l'incidence du cancer, la mortalité, la survie et la prévalence en Ontario et, pour la première fois, établir des projections de prévalence sur les personnes ayant survécu après un diagnostic de cancer. Ces données permettront à la province et à ACO de mieux planifier, subventionner et évaluer les services de cancérologie.

Programme de dépistage du cancer

Le dépistage du cancer permet de déceler la maladie de façon plus précoce et de sauver des vies. En 2007, l'Ontario s'est engagé à accroître les taux de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus, qui représentent ensemble près de 30 pour cent de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Conformément à cet engagement, en 2012, le MSSLD a décrit l'élargissement des programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus dans son document *Plan d'action de l'Ontario pour les soins de santé*. ACO et le MSSLD ont par la suite défini la stratégie sur le dépistage intégré du cancer, qui vise à réduire la mortalité découlant de cette maladie grâce à la mise en œuvre de programmes structurés de dépistage du cancer dans la population pour l'ensemble de la province.

Le Programme de dépistage du cancer de ACO, qui oriente la planification et la réalisation des programmes de dépistage aux niveaux provincial et régional, met l'accent sur la participation accrue du public au dépistage, l'amélioration du rendement des fournisseurs et la constitution d'un réseau de dépistage de grande qualité soutenu par une infrastructure commune pour la gestion de l'information et les technologies. Il permet de superviser les trois programmes distincts de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus : ContrôleCancerColorectal (CCC), le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU). Le rôle de ACO en matière de dépistage du cancer porte aussi sur l'élaboration de politiques et de recommandations, la formation, la rédaction de lignes directrices sur la pratique clinique et de normes, la participation clinique, les fonctions de collaboration avec les intervenants, l'élaboration de programmes, leur financement, leur gestion, la conclusion de contrats et la gestion et l'évaluation du rendement.

Faits saillants

En 2013–2014, nous avons :

- Entrepris la centralisation et l'élargissement de la correspondance des programmes pour le PODCCU,

le PODCS et le CCC, en vue d'accroître les activités de promotion et de dépistage précoce de ces formes de cancer. L'unité :

- A élargi le programme de correspondance du CCC à toutes les personnes de 50 à 74 ans.
- Élargi la correspondance pour les invitations, les rappels, les aide-mémoire et les résultats du PODCS pour toutes les femmes admissibles à des examens de dépistage dans la province.
- Élargi la correspondance du PODCS pour inviter toutes les femmes admissibles à passer des examens de dépistage du cancer du sein.
- Au cours de l'exercice écoulé, plus de cinq millions d'articles de correspondance ont été envoyés à la population de l'Ontario.
- Mené à bien le remplacement de toutes les unités de mammographie de l'Ontario qui utilisaient la technologie de radiographie numérique informatisée (RN), soit 102 unités de mammographie dans 96 centres, au profit de la technologie de radiographie numérique directe. Une étude réalisée par ACO avait révélé que les mammographies faisant appel à la technologie RN étaient moins efficaces pour déceler le cancer que les technologies fondées sur des clichés de dépistage.
- Élargi le Rapport d'activités de dépistage (RAD) du CCC grâce à la mise en œuvre d'un format convivial permettant aux médecins responsables des soins primaires participant à un modèle d'inscription des patients d'obtenir de l'information sur leurs patients qui doivent passer un examen de dépistage ou ont besoin d'un suivi. De plus, la méthodologie qui a été complétée pour les RAD permettra l'obtention de données sur le dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus. L'objectif est d'accroître les taux de participation au dépistage et d'améliorer les taux de suivi dans cette population de patients.

Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Poursuivre l'intégration au PODCS des centres de mammographie qui n'en faisaient pas partie, en offrant des avantages financiers et au plan de la qualité à ces centres, ainsi qu'une meilleure efficacité et une plus grande surveillance dans le cadre du programme provincial. L'un des éléments importants portera sur le réaménagement de l'application qui soutient le

PODCS (le Système intégré de gestion de la clientèle) pour favoriser une transition plus harmonieuse et plus soutenue,

- Poursuivre l'élaboration de services de coloscopie fondés sur les meilleures pratiques afin de contribuer à la détermination de modèles de financement ainsi qu'à la gestion du rendement et à la planification de la capacité. Le travail de planification et d'élaboration en 2014-2015 favorisera la mise en œuvre d'interventions de coloscopie fondées sur la qualité, en 2015-2016, qui assureront le remboursement des fournisseurs de soins de santé pour les types et les quantités de patients qu'ils traitent, en fonction de tarifs fondés sur l'efficacité et les meilleures pratiques qui sont adaptées à chaque intervention.
- Poursuivre notre travail avec le MSSLD afin de mettre sur pied un plan de financement et de mise en œuvre des tests immunochimiques fécaux (TIF) dans le cadre du CCC, à titre d'examen de dépistage recommandé pour les personnes exposées à un risque moyen de cancer colorectal. Cette transition découle des lignes directrices fondées sur la recherche et d'un projet pilote réalisé en Ontario indiquant que le TIF permet d'améliorer le dépistage du cancer dans les cas avancés d'adénomes (lésions précancéreuses)

Recherche

L'Unité de la recherche réalise des études sur les causes, la prévention et le dépistage du cancer. Ces travaux constituent dans bien des cas la base scientifique des efforts de prévention. L'unité vise à favoriser une meilleure compréhension des facteurs de risque du cancer et à élargir le réseau provincial et national de collaboration des chercheurs, ce qui permettra à ACO de mettre en place des initiatives de prévention efficaces. Les objectifs de l'Unité de la recherche sont d'assurer une meilleure connaissance de la distribution, des causes et des déterminants du cancer. Elle étudie notamment la volonté de changement qui s'applique aux interventions visant à réduire les risques de cancer. De plus, elle relie la production de nouvelles connaissances aux politiques et méthodes de ACO.

Faits saillants

En 2013–2014, nous avons :

- Élaboré une stratégie pluriannuelle de recherche pour ACO et élaboré des recommandations visant à consolider la recherche au sein de l'organisme.
- Réalisé un projet pilote sur la nouvelle méthodologie pour les études entraînant des contacts avec les patients, qui s'appliquera plus largement aux recherches réalisées par ACO.
- Entrepris une recherche en vue d'analyser les associations possibles entre le cancer et divers facteurs de risque, notamment l'obésité, les contaminants environnementaux et les expositions professionnelles. Les conclusions de cette recherche pourront s'appliquer aux programmes et politiques sur la prévention.

Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Organiser et accueillir une Journée sur la recherche chez ACO, qui réunira des chercheurs (internes et externes), le personnel de recherche, les intervenants et les décideurs en vue de mettre en commun leurs connaissances et d'illustrer l'ampleur et la variété des recherches réalisées dans les divers secteurs de l'organisme et subventionnées par ACO.
- Organiser un atelier sur la prévention des maladies chroniques en vue de préparer les recherches futures et de mettre sur pied des interventions visant à réduire les risques de cancer.
- Entreprendre une recherche sur les différences géographiques en matière de diagnostic et de traitement du cancer, dans le cadre du Partenariat international continu sur la quantification du cancer.

Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones

L'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones cherche à déterminer pourquoi les taux de cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM) augmentent de façon disproportionnée par rapport aux taux de cancer pour l'ensemble du Canada. Les PNIM affichent des taux de mortalité supérieurs pour les formes



de cancer qui peuvent être prévenues, présentent des taux plus élevés pour certains des facteurs de risque qui peuvent être modifiés et ont tendance à présenter des cancers à un stade plus élevé au moment du diagnostic.

La réalisation de la Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II (SLCCPA II), qui fait partie des objectifs du PLCO III, permettra aux intervenants de la lutte contre le cancer d'élaborer, de subventionner et de mettre en œuvre conjointement les politiques et programmes pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones susceptibles d'améliorer le rendement du réseau de cancérologie pour les peuples autochtones tout en respectant la voie autochtone vers le bien-être.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Rendu public le premier rapport annuel qui soulignait les progrès réalisés après la première année de mise en œuvre de la SLCCPA II.
- Signé des protocoles de relations avec le Grand Conseil du Traité No3 et avec la Nation anishinabek (Union des Indiens de l'Ontario). La Nation nishnawbe aski a adopté une résolution confirmant l'autorité du chef pour signer un protocole, la signature ayant eu lieu au printemps 2014.

- Recruté avec succès des accompagnateurs pour les patients autochtones dans neuf des dix régions prioritaires, ainsi que des directeurs du cancer autochtones dans huit des dix régions prioritaires.
- Élaboré des plans régionaux provisoires pour la lutte contre le cancer autochtone, en collaboration avec six des Programmes régionaux de cancérologie, nos partenaires des PNIM et l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones de ACO.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Signer des protocoles de relations avec l'Association des Iroquois et des Indiens alliés, la Nation Métis de l'Ontario, la Fédération ontarienne des Centres d'amitié autochtone, l'Association des femmes autochtones de l'Ontario et l'Organisation des Inuits de l'Ontario, et poursuivre nos discussions avec les Premières Nations indépendantes.
- Mener à bien les plans régionaux pour la lutte contre le cancer autochtone élaborés par ACO, les Programmes régionaux de cancérologie et les réseaux de santé principaux des PNIM (en élargissant la capacité régionale afin de réduire le cancer autochtone) dans les quatre régions prioritaires qui restent.

- Élaborer des recommandations visant à réduire les facteurs de risque de maladie chronique pour les populations des PNIM de l'Ontario.
- Diffuser du matériel de formation sur les soins palliatifs aux patients des PNIM atteints d'un cancer et aux familles, et adopter un programme particulier sur les soins palliatifs dans les PNIM destinés aux fournisseurs de soins de santé.

Centre de recherche sur le cancer professionnel

Le Centre de recherche sur le cancer professionnel (CRCP) était auparavant financé par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), ACO et la Division ontarienne de la Société canadienne du cancer (SCC). Le CRCP a également été mis sur pied avec l'aide du Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique. Au cours des cinq années suivant l'exercice 2014-2015, la partie du financement du centre qui était fournie par la CSPAAT proviendra du ministère du Travail. En plus du financement de base, le CRCP profite de fonds de recherche pour divers projets individuels en organisant des concours pour l'octroi de subventions.

Les objectifs du CRCP sont conformes à celui du PLCO III qui consiste à aider les citoyens de l'Ontario à réduire leurs risques d'apparition d'un cancer, et à la priorité stratégique sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche centrée sur la réduction des risques de cancer. Ces objectifs seront atteints en réalisant une recherche sur les causes, la surveillance et la prévention du cancer professionnel.

Le cancer professionnel est provoqué en tout ou en partie par des expositions à un carcinogène sur les lieux de travail. Le CRCP a été constitué pour assurer une meilleure compréhension des cancers reliés au travail et aider les partenaires et les intervenants à traduire ces constatations en programmes, politiques et pratiques de prévention.

Le CRCP, dont les bureaux sont situés chez ACO, est géré par ACO et relève de cet organisme. De plus, il comprend un réseau de collaborateurs à l'échelle provinciale, nationale et internationale qui regroupe des scientifiques et des chercheurs appartenant à d'autres organismes, des

étudiants stagiaires ainsi que des scientifiques internes, invités et auxiliaires.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Reçu un financement de base d'environ 1 million \$ et 800 000 \$ en fonds de recherche provenant d'organismes externes de financement comme l'Institut de recherche de la Société canadienne du cancer, la CSPAAT, la Commission canadienne de sûreté nucléaire, le Centre international de développement de la recherche et les Instituts de recherche en santé du Canada.
- Organisé un symposium sur le cancer du poumon qui a attiré plus de 150 participants.
- Accepté, à la demande de l'Organisation panaméricaine de la santé, de devenir un centre de collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Recevoir un financement de base sur cinq ans de la part du ministère du Travail, renouveler le financement continu provenant de ACO et de la SCC, et lancer un nouveau plan stratégique de cinq ans pour les exercices 2014-2015 à 2018-2019.
- Entreprendre un travail de collaboration avec l'Université Ryerson en vue de réaliser une recherche permettant de réduire les expositions au soleil pour le personnel qui travaille à l'extérieur.
- Mettre sur pied une cohorte de travailleurs du secteur minier à l'aide du dossier général sur les activités minières de l'Ontario, et élaborer un programme de recherche avec les intervenants du secteur minier.

Centre de pratique en soins primaires

Il est généralement reconnu qu'un réseau efficace de soins primaires est essentiel à la constitution d'un réseau de soins de cancérologie très performant. L'un des éléments essentiels du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III et du Plan rénal de l'Ontario I est de resserrer les liens de collaboration avec les fournisseurs de soins primaires qui jouent un rôle essentiel dans le cheminement des patients.

À cette fin, le Centre de pratique en soins primaires joue le rôle de centre de consultation et facilite le recours aux connaissances et à l'expertise en matière de soins primaires pour soutenir les programmes de ACO et du RRO qui souhaitent déterminer et atteindre leurs objectifs touchant les soins primaires.

L'équipe a recours à divers instruments et soutiens se rapportant aux soins primaires dans son travail avec les membres des programmes de ACO qui transmettent aux fournisseurs de soins primaires les meilleures pratiques, les stratégies, les travaux de recherche et les politiques leur permettant de dispenser des soins de qualité. Le Centre de pratique est un centre de ressources et le point unique de contact pour l'obtention d'informations sur les soins primaires, en plus d'assurer une harmonisation stratégique grâce à ces rapports avec les principaux intervenants externes en soins primaires : l'Ordre des médecins de famille de l'Ontario (OMFO), l'Association médicale de l'Ontario (AMO), Qualité des services de santé Ontario (QSSO), Ontario MD, l'Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario (AIIPO), les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO) et l'Ontario Medical Group Management Association (OMGMA). Le centre favorise également le leadership et la participation au plan des soins primaires, à l'échelle régionale et provinciale, en offrant un service de secrétariat au Réseau provincial des soins primaires et du cancer (RPSPC).

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Offert un soutien continu à la direction provinciale des soins primaires et aux directeurs régionaux des soins primaires (DRSP) grâce au service de secrétariat dont profite le RPSPC, et l'avons élargi pour qu'il profite aux directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone. En collaboration avec les DRSP, le centre a élaboré et rendu publique une présentation Mainpro-C intitulée *Le cheminement en oncologie : depuis la prévention jusqu'aux soins en fin de vie – Ce que les fournisseurs de soins primaires devraient savoir*, destinée à aider les DRSP dans leurs efforts visant à permettre aux autres fournisseurs de soins primaires de dispenser des soins de grande qualité à chacune des étapes du traitement du cancer.

- Documenté, élaboré et conditionné dans une trousse de présentation une approche standard pour les échanges et l'application des connaissances en soins primaires. Cette trousse est une ressource destinée aux programmes de ACO qui fait en sorte que les méthodes, les approches et les idées qui fonctionnent bien dans un programme puissent être adoptées par d'autres. La trousse comporte également des lignes directrices et une étude de cas sur une stratégie d'orientation en soins primaires.
- Élaboré, en partenariat avec l'équipe de dépistage du cancer en soins primaires, une trousse destinée aux équipes de santé familiale qui porte notamment sur la planification des soins avancés dans le cadre des programmes d'amélioration de la qualité.
- Réalisé des consultations approfondies avec le RRO sur le projet de dossier médical électronique (DME) en vue de favoriser la mise au point de trousse de prestation de soins.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élaborer et diffuser un plan de déploiement des soins primaires contre le cancer qui décrira la stratégie bisannuelle et la structure d'orientation du RPSPC pour 2014-2016, et mettra l'accent sur les connaissances cliniques, l'amélioration de la qualité et la formation au leadership pour le RPSPC
- Diriger la stratégie sur le DME en soins primaires pour ACO en établissant les conditions se rapportant aux soins primaires essentiels qui pourraient être intégrés dans le DME.
- Poursuivre la collaboration avec les intervenants dans le domaine des soins primaires se rapportant aux soins de cancérologie avec les organismes suivants : CMFO, AMO, HQO, Ontario MD, AIIPO, CASC, AFHTO et OMGMA.
- Réaliser des consultations sur l'élaboration et la diffusion d'une trousse sur les maladies rénales chroniques (MRC) destinée aux fournisseurs de soins primaires afin de les aider à bien diagnostiquer et orienter les patients atteints d'une MRC.

Diagnostiques

Programmes d'évaluation diagnostique

Pour bien des patients, la période entre le moment où un cancer est soupçonné et diagnostiqué ou éliminé est empreinte d'anxiété, de confusion et de stress. Pendant cette période, il faut souvent procéder à un grand nombre d'épreuves diagnostiques, de consultations, de transferts et de rendez-vous, et la situation est souvent compliquée par un manque d'informations et de soutien qui s'ajoute au stress et à la confusion du patient.

En vue d'améliorer l'étape du diagnostic pendant le traitement du cancer, ACO a favorisé l'élaboration et la mise en œuvre de Programmes d'évaluation diagnostique (PED) dans toutes les régions de l'Ontario. Ces programmes regroupent des équipes de soins de santé multidisciplinaires qui gèrent et coordonnent les soins pour les patients, depuis les premiers examens jusqu'au diagnostic définitif qui donne lieu à leur premier traitement. Les PED facilitent l'accès aux soins et offrent le soutien et l'information nécessaires à propos du cancer aux patients et aux familles.

Ces programmes améliorent de façon significative l'expérience du patient pendant le processus diagnostique pour les personnes pour lesquelles un cancer est soupçonné, comme le montrent les taux élevés de satisfaction à l'endroit des infirmières accompagnatrices des PED présentés dans l'IQRC 2014. Grâce aux PED, ACO contribue à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins

pour les patients, favorise l'approche centrée sur le patient au plan des soins diagnostiques, assure une meilleure intégration de la prestation des soins entre les fournisseurs et les services, et maximise la valeur des soins dispensés.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Mené à bien l'élaboration d'un plan stratégique portant sur quatre années, intitulé *Cheminer dans la phase diagnostique du cancer : Orientations stratégiques de l'Ontario pour 2014-2018*. Ce plan a été réalisé après des consultations élargies auprès des partenaires régionaux, des patients et des cliniciens. Les orientations stratégiques guideront les activités futures pour assurer l'amélioration continue de l'étape du diagnostic du cancer pour l'ensemble de la population de l'Ontario.
- Atteint la cible provinciale annuelle d'amélioration pour le temps d'attente avant un diagnostic du PED pulmonaire, 50 pour cent des patients du PED pulmonaire ayant reçu un diagnostic dans les 28 jours. Le programme a accru la responsabilité en matière de rendement pour les PED régionaux en commençant à diffuser dans le public les résultats de cet indicateur, dans le cadre de l'IQRC, pour le volet de la qualité de l'accessibilité.
- Poursuivi la mise en œuvre et le déploiement des PED dans la province. Il y a aujourd'hui 15 PED pulmonaires, 12 PED colorectaux et sept PED prostatiques.

15 PED pulmonaires 12 PED colorectaux 7 PED prostatiques

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Mettre à jour les critères qui définissent les éléments organisationnels et le contexte de pratique des PED, et établir des normes pour les inscriptions et les transferts aux PED pulmonaires en vue d'assurer une meilleure équité pour les patients des diverses régions de l'Ontario.
- Entreprendre une évaluation visant à mieux comprendre l'attribution actuelle des fonds destinés aux PED et les restrictions en matière de fonds.
- Entreprendre l'élaboration de modèles de stratification de risques afin d'évaluer les besoins d'accompagnement chez les patients en phase diagnostique et d'adopter une approche axée sur le patient et fondée sur la recherche en matière de soins.
- Revoir les modèles actuels d'évaluation diagnostique pour le cancer du poumon, colorectal, de la prostate et du sein. Les modèles qui seront étudiés comprennent les PED, d'autres modèles de diagnostics du cancer et des modèles non structurés d'évaluation diagnostique.

Programmes d'évaluation diagnostique – Solution de voie électronique

La majorité des fournisseurs de soins de santé suivent le cheminement diagnostique des patients à l'aide de documents écrits étant donné qu'ils ne disposent pas de systèmes centralisés de suivi. Le partage de l'information

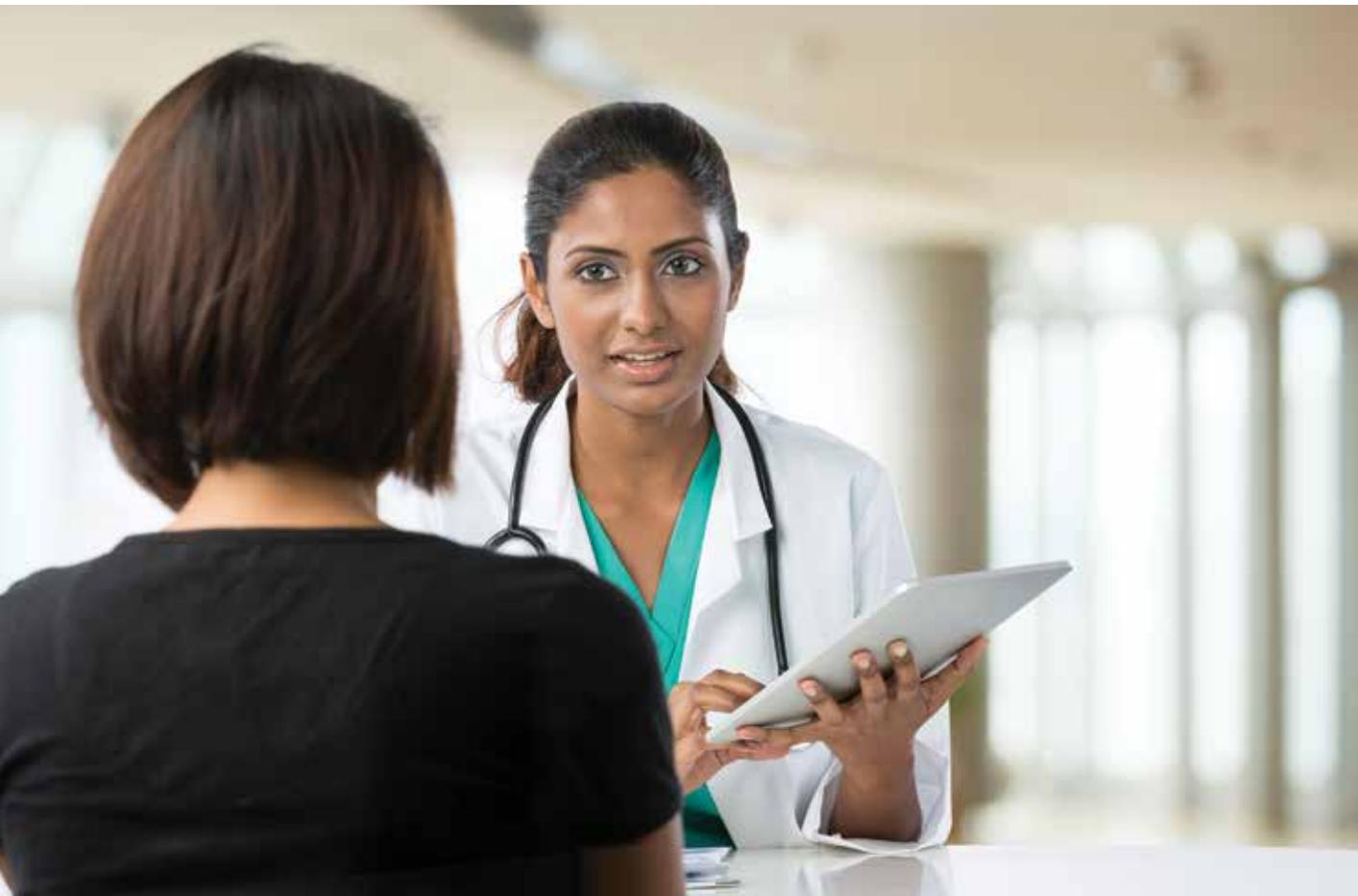
sur les patients est ainsi plus difficile entre les fournisseurs. Pour résoudre cette difficulté, ACO, en collaboration avec la SCC et Inforoute Santé du Canada, a élaboré pour les Programmes d'évaluation diagnostique la Solution de voie électronique (PED-SVE), qui constitue un instrument novateur fondé sur le web et permet au personnel des PED, aux fournisseurs de soins et aux patients de disposer de renseignements personnels, de ressources et de soutien à chacune des étapes du cheminement diagnostique du patient.

Tous les PED qui utilisent la PED-SVE sont reliés à l'hôpital qui les accueille, ce qui permet d'intégrer automatiquement dans le réseau les données démographiques des patients, les renseignements sur les rendez-vous et les résultats des examens réalisés à l'hôpital et réduit la nécessité des inscriptions manuelles ainsi que les sources d'erreur. La PED-SVE a fait l'objet d'un projet pilote dans deux régions à l'été 2011. Depuis, elle a été élargie à trois régions additionnelles, ce qui a permis de gérer les orientations de plus de 9 000 patients. Depuis son lancement, plus de 1 200 patients et soignants ont utilisé le portail patient de la PED-SVE en Ontario. La PED-SVE a été élargie avec succès à cinq programmes régionaux de cancérologie pour répondre aux besoins de leurs PED pour le diagnostic du cancer du poumon, colorectal et de la prostate, ainsi qu'à diverses initiatives régionales qui contribuent aux évaluations mammaires.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Mené à bien la phase II des PED-SVE, ce qui comprend la diffusion de 14 versions. Chaque version



de l'instrument a permis d'ajouter de nouvelles caractéristiques et d'en améliorer la convivialité et la fonctionnalité générale grâce aux observations continues présentées par le personnel et les patients des PED.

- Élaboré et mis en œuvre un modèle pour le partage en ligne avec les patients des résultats des examens et des notes de consultation à l'étape du diagnostic. Toutes les installations qui utilisent la PED-SVE mettent les résultats en ligne en moins de 21 jours ou sont en voie de le faire. Le réagencement complet du portail patient en fonction des observations présentées par les patients a permis d'intégrer de nouvelles caractéristiques qui répondent à leurs besoins pendant l'étape du diagnostic de façon à permettre une expérience plus conviviale.
- Assuré une meilleure intégration entre les systèmes d'information des hôpitaux et les PED-SVE, ce qui a

permis leur mise en œuvre dans 10 hôpitaux faisant partie de cinq programmes régionaux de cancérologie. Cette opération a permis d'augmenter l'exhaustivité des données des patients disponibles dans l'application. Bon nombre de PED ont aussi été intégrés à des hôpitaux additionnels étant donné que les patients des PED se rendent souvent dans plus d'un hôpital pour accélérer la réalisation des examens diagnostiques. Cette intégration plus poussée a été reconnue comme un facteur essentiel de succès de l'instrument étant donné qu'elle favorise la fourniture de données intégrales, rapides et exactes aux patients et à leurs fournisseurs de soins de santé.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élaborer une vision et une feuille de route de produits pour les PED-SVE à l'aide des évaluations disponibles à

l'heure actuelle et d'un examen des avantages.

- Entreprendre l'élargissement des PED-SVE à trois nouveaux programmes régionaux de cancérologie.
- Élaborer un partenariat avec ActionCancerManitoba afin de mettre en commun l'expérience acquise touchant l'élaboration d'une application destinée à l'étape du diagnostic.

Pathologie et médecine en laboratoire

Le Programme de pathologie et de médecine en laboratoire (PPML) met l'accent sur le dépistage, le diagnostic et les composantes pronostiques ou prédictives des soins de cancérologie. L'objectif du PPML est d'établir un système pour toute la province qui permet aux fournisseurs de services de pathologie et de médecine de laboratoire et aux spécialistes d'analyser avec exactitude des échantillons et de fournir des rapports pertinents de consultation. Le PPML continue de mettre sur pied et de promouvoir des initiatives de qualité qui améliorent les soins dispensés aux patients en favorisant la collecte de données pertinentes, exactes et complètes sur le diagnostic et la détermination du stade du cancer. Les initiatives importantes dans ce domaine comprennent la détermination des stades et les rapports de pathologie.

Détermination des stades

La détermination des stades permet de classer les cas de cancer en fonction de l'étendue de la maladie. Le stade du cancer est un facteur important pour prévoir la survie, et le traitement est déterminé principalement en fonction du stade de la maladie.

L'objectif du programme de détermination des stades est d'améliorer le processus de collecte des données et les instruments qui permettent d'avoir accès rapidement à des données exactes, exhaustives et comparables sur le stade du cancer aux fins de la planification et de la gestion des services de cancérologie, et de l'évaluation, de la mesure et de la compilation des modèles de traitement et des résultats pour l'ensemble des patients adultes atteints d'un cancer en Ontario.

L'objectif du PPML est d'établir un système pour toute la province qui permet aux fournisseurs de services de pathologie et de médecine de laboratoire et aux spécialistes d'analyser avec exactitude des échantillons et de fournir des rapports pertinents de consultation.

Rapports de pathologie

Les rapports de pathologie sont essentiels au diagnostic et au traitement du cancer. L'objectif de l'initiative sur les rapports de pathologie est de les rendre plus complets et uniformes en aidant les hôpitaux à adopter un format électronique standardisé. Le but visé était que tous les hôpitaux qui présentent électroniquement des rapports à ACO utilisent une liste de contrôle fondée sur la recherche et capturent les données dans des formats de champs de données discrets. À l'heure actuelle, 97 pour cent des laboratoires (116 sur 119) des hôpitaux de l'Ontario maintiennent le niveau le plus élevé pour les rapports de pathologie standardisés dans les cas de cancer en utilisant les listes de contrôle électroniques du cancer élaborées par le College of American Pathologists.



Faits saillants

En 2013–2014, nous avons :

- Mis en œuvre la liste de contrôle la plus récente dans les laboratoires des hôpitaux.
- Élargi la collecte de données sur le stade pour inclure le cancer de la thyroïde.
- Amélioré les instruments automatisés pour la détermination collaborative des stades afin de rendre plus efficace la collecte des données.
- Évalué l'efficacité accrue du codage des rapports automatisés de pathologie.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Collaborer avec les hôpitaux pour élaborer un plan de mise en œuvre pour les grilles de biomarqueurs pour les cas de cancer du poumon, colorectal et du sein.
- Contrôler et améliorer le rendement du temps de réalisation pour les rapports de pathologie.
- Poursuivre notre travail avec les responsables régionaux de façon à élaborer, favoriser et faire progresser le programme de ACO sur la qualité.

Oncologie moléculaire

L'oncologie moléculaire, qui représente un domaine de la médecine personnalisée, est l'étude des mécanismes moléculaires du cancer. L'oncologie moléculaire fait appel aux données sur la composition génétique d'une personne pour prévoir le cancer et son pronostic, ainsi que pour diagnostiquer, contrôler et choisir les traitements oncologiques les plus susceptibles de profiter à chaque patient.

La médecine personnalisée est fondée sur une compréhension de la façon dont la structure moléculaire et génétique particulière d'une personne la rend susceptible à certaines pathologies. Elle détermine également les traitements médicaux qui seront ainsi sûrs et efficaces, et ceux qui ne le seront pas.

L'oncologie moléculaire fait appel aux données sur la composition génétique d'une personne pour prévoir le cancer et son pronostic, ainsi que pour diagnostiquer, contrôler et choisir les traitements oncologiques les plus susceptibles de profiter à chaque patient.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Accru de trois le nombre d'analyses génétiques, par rapport à l'exercice précédent pour lesquels ACO assure une supervision.
- Élaboré un énoncé de fonctions afin de mieux standardiser et améliorer les soins et le traitement des patients en recommandant une approche pour le diagnostic du syndrome de Lynch comportant des critères de dépistage, l'âge pour les examens, la méthodologie des examens, le consentement et la présentation des résultats.
- Entrepris la planification nécessaire pour élaborer l'orientation stratégique de ACO en matière de médecine personnalisée.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Collaborer avec les principaux intervenants pour élaborer une structure d'orientation et une stratégie applicables à la médecine personnalisée dans le domaine de l'oncologie.
- Collaborer avec les intervenants en vue de mettre en œuvre les nouveaux examens génétiques.
- Poursuivre les activités se rapportant à l'analyse prospective et à l'élaboration de documents d'orientation, comme pour les examens de dépistage du BRCA1 et du BRCA2.

Traitements

Imagerie du cancer

Le Programme d'imagerie du cancer de ACO continue d'élaborer et de promouvoir des méthodes sûres et appropriées pour l'imagerie à chacune des étapes du traitement du cancer.

L'imagerie est une composante essentielle des soins pendant l'ensemble du cheminement des patients atteints d'un cancer, la technologie de l'imagerie permettant de dépister les risques et de diagnostiquer et de déterminer le stade du cancer, d'établir un pronostic, de prévoir et contrôler les réactions au traitement, en plus de suivre les récurrences du cancer. Les technologies d'imagerie contribuent de façon importante au coût des soins administrés aux patients et peuvent entraîner certains risques pour ces derniers en raison de l'exposition aux radiations. Le recours approprié à l'imagerie est donc un élément essentiel si l'on veut contenir les ressources affectées au réseau, s'assurer que les patients reçoivent des soins de grande qualité au coût minimal, optimiser les ressources et assurer la sécurité des patients.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Défini des méthodes claires et efficaces permettant aux groupes consultatifs cliniques de ACO d'adopter les lignes directrices existantes pour le recours approprié à l'imagerie, en fonction des meilleures pratiques fondées sur la recherche et conformément au cheminement du patient. Cette méthodologie a pu être établie en grande

partie grâce aux observations présentées par les divers intervenants, et son format a été appliqué à divers sites pathologiques (par exemple, le cancer du poumon et le cancer colorectal).

- Compilé les temps d'attente pour les interventions radiologiques prioritaires en oncologie (se rapportant à la mise en place de cathéters et à la réalisation de biopsies pulmonaires orientées par imagerie), recueillis auprès d'établissements participants, pendant près de deux ans, à l'aide de méthodes standardisées. L'objectif de ces interventions avait été recommandé en fonction des besoins cliniques et des données sur les temps d'attente.
- Constitué une équipe de techniciens et de cliniciens pour orienter la détermination et la mise en œuvre dans toute la province de rapports synoptiques en radiologie en vue de disposer de rapports d'imagerie médicale diagnostique plus complets et faciles à comprendre. Un comité consultatif clinique multidisciplinaire a été réuni pour définir le contenu clinique minimal des rapports. L'équipe de projet a également collaboré avec les organismes responsables de la détermination des normes pour rédiger un chapitre synoptique sur l'orientation radiologique du prochain guide de mise en œuvre et de partage de l'imagerie inter-entreprise pour l'intégration des soins de santé. Le guide contribuera à la définition de normes pancanadiennes pour les rapports synoptiques de radiologie.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des lignes directrices appropriées pour l'imagerie en fonction de nouveaux sites pathologiques prioritaires.

- Poursuivre l'application des mécanismes avancés de contrôle et élaborer des recommandations sur la fréquence des interventions radiologiques en oncologie.
- Élaborer une stratégie provinciale pour les rapports synoptiques de radiologie, notamment en établissant une meilleure utilisation des données, et collaborer avec nos partenaires pour poursuivre l'élaboration des normes.

Conférences multidisciplinaire sur le cancer

Les conférences multidisciplinaires sur le cancer (CMC) permettent à des cliniciens de diverses régions de mettre en commun leur expertise lors de rencontres périodiques afin de discuter du diagnostic et du traitement de certains patients atteints d'un cancer. Un mécanisme a été prévu pour l'examen par les pairs et l'assurance de la qualité, ce qui favorise l'élaboration d'une culture multidisciplinaire et invite les hôpitaux des diverses régions à travailler de concert.

Les participants représentent l'oncologie médicale, l'oncologie radiologique, l'oncologie chirurgicale, la pathologie, la radiologie diagnostique et les soins infirmiers. D'autres fournisseurs de soins de santé qui collaborent aux soins d'un patient, par exemple les diététistes, ergothérapeutes et pharmaciens, peuvent également y participer. Les CMC font en sorte que toutes les épreuves diagnostiques appropriées, l'ensemble des possibilités de traitement envisageables et les

recommandations les meilleures pour le traitement sont élaborées pour chacun des patients dont il est question.

Il semble que les patients dont le cas a fait l'objet d'une CMC soient plus susceptibles de recevoir des soins fondés sur les résultats de la recherche, que toutes les possibilités de traitement applicable aient été étudiées et que les patients profitent de meilleurs résultats.

ACO offre des instruments permettant au personnel des hôpitaux de mettre en œuvre ou d'améliorer les CMC.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Poursuivi le travail en regard de notre objectif, soit que tous les hôpitaux qui traitent chaque année plus de 35 patients individuels atteints d'une forme choisie de cancer fassent en sorte que les patients appropriés aient accès à une CMC de grande qualité.
 - Les progrès ont été constants et significatifs. Les hôpitaux de l'Ontario se sont conformés à 72 pour cent des critères minimaux de qualité pour les CMC, surpassant ainsi la cible de conformité annuelle de 65 pour cent. Il s'agit d'une hausse de 38 pour cent de la conformité par rapport à l'exercice 2010-2011, de 44 pour cent par rapport à 2011-2012, et de 56 pour cent par rapport à 2012-2013.
- Été en mesure de déterminer qu'il y a un plus grand nombre de CMC que jamais auparavant dans un nombre plus important d'hôpitaux. En 2013-2014, environ 36 000 patients ont fait l'objet de discussions multidisciplinaires, soit une hausse par rapport à 32 000 en 2012-2013, et 26 000 en 2011-2012.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Travailler sans relâche afin d'atteindre l'objectif provincial pour 2015, soit que 80 pour cent des hôpitaux de la province se conforment aux critères de qualité pour les CMC.
- Faire en sorte qu'un plus grand nombre de patients fassent l'objet de discussions multidisciplinaires.
- Transmettre les meilleures pratiques et les meilleurs instruments aux coordonnateurs du réseau provincial des CMC en vue d'optimiser les pratiques et l'accès dans toute la province.

Supervision de services spécialisés

L'une des stratégies du PLCO III est de fournir une supervision (portant notamment sur la planification et la gestion de la qualité) des services spécialisés comme les transplantations de cellules souches et les services dispensés en cas de leucémie aiguë et de sarcome. Ces services représentent généralement un faible volume, sont très complexes et coûteux, et sont offerts dans des centres provinciaux d'excellence et non pas dans chacune des régions des RLIS. Même si la nature de chaque programme varie, une approche commune est nécessaire, ce qui comprend une coordination provinciale des lignes directrices cliniques, des normes de qualité et des normes se rapportant aux données, ainsi que la planification du réseau et la mise en place de nouvelles techniques et technologies.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Orienté le programme de surveillance des transplantations de cellules souches sur le rôle des nouvelles technologies, la gestion de la capacité et la planification de la croissance prévue. Des fonds sont toujours attribués aux six centres de transplantations de l'Ontario, à Toronto, Hamilton, London, Kingston, Ottawa et Sudbury. Ces centres travaillent de concert pour analyser et coordonner les modèles d'orientation, établir des lignes directrices et mesurer le rendement du réseau. Une conférence de cas provinciale a été

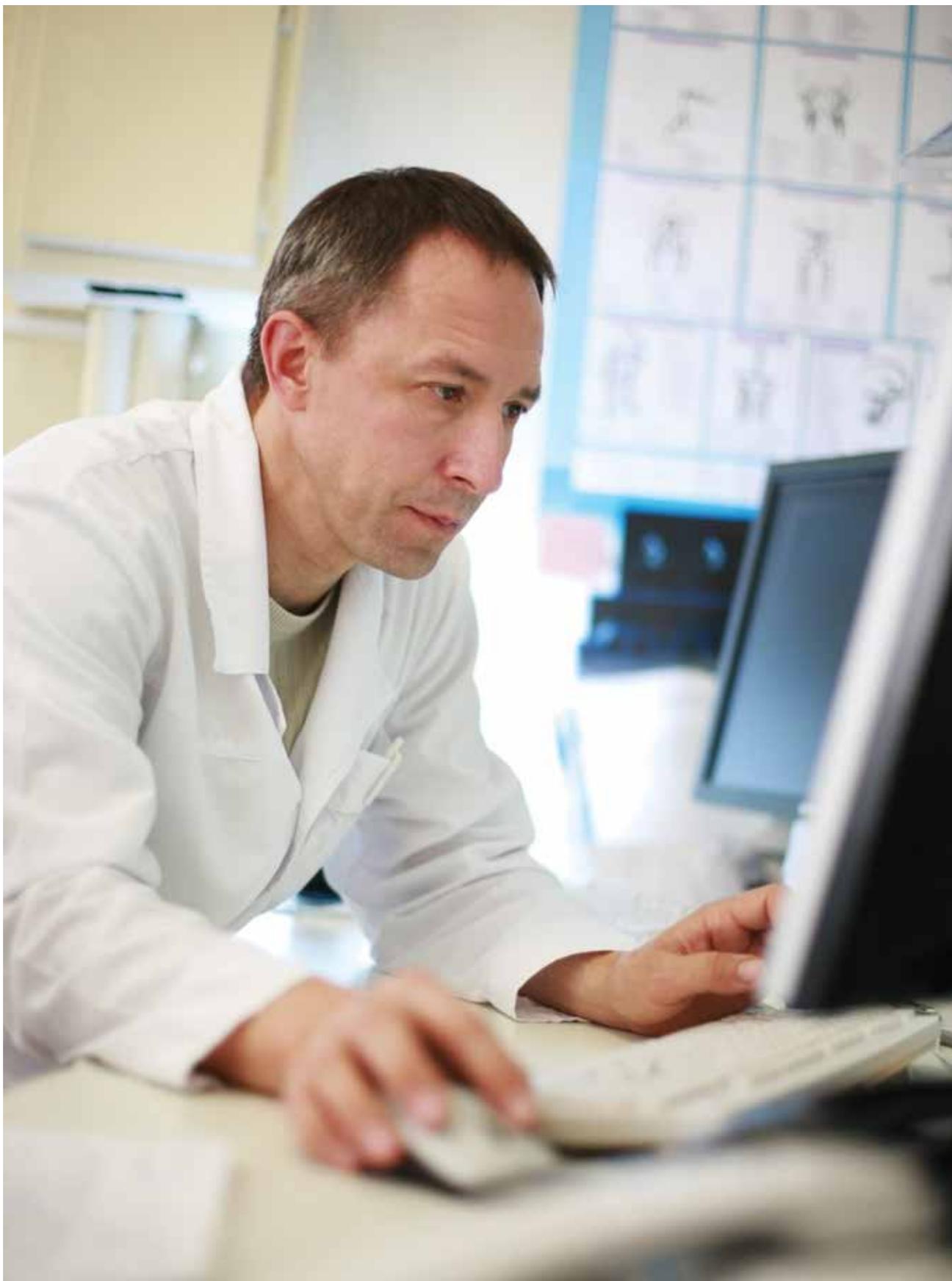
organisée, et une orientation a été établie dans les domaines cliniques en évolution pour faire en sorte que les patients de la province reçoivent des soins de grande qualité.

- Réuni les hôpitaux de la région du Grand Toronto pour poursuivre l'élaboration des plans de prestation des services pour les patients atteints d'une leucémie aiguë. Le programme favorise la prestation au moment opportun de soins sûrs et de grande qualité pour les patients atteints d'une leucémie aiguë, au moment où et à l'endroit qui correspondent le mieux à leurs besoins.
- Élaboré le plan des services provinciaux destinés aux sarcomes qui décrivent comment les services pour adultes sont organisés en Ontario. Le plan a été rédigé en collaboration par des représentants régionaux des cliniciens et des patients grâce à un comité directeur mis sur pied par ACO aux fins suivantes :
 - Assurer un accès équitable à des services de traitement des sarcomes de la meilleure qualité, adaptés aux besoins individuels des patients.
 - Optimiser les soins et le recours aux services de traitement des sarcomes dans la province.
 - Expliquer de façon claire et transparente le processus adopté par ACO pour le financement des services de traitement des sarcomes.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Continuer de mettre l'accent sur l'accès et la qualité des programmes de transplantation des cellules souches en rédigeant des lignes directrices additionnelles sur la pratique clinique et en analysant les indicateurs d'accès et de qualité pour déterminer les domaines où des améliorations sont nécessaires.
- Mettre en œuvre un plan pour les services de leucémie dans la région du Grand Toronto. Ce travail permettra notamment de prévoir une plateforme pour l'expansion ultérieure des services en Ontario.
- Passer en revue et préparer des recommandations pour l'organisation et la prestation de services d'ablation de certaines tumeurs, plus particulièrement touchant l'accès, la qualité et le financement.



Chirurgies contre le cancer

Le Programme d'oncologie chirurgicale de ACO vise à améliorer de façon permanente la qualité et l'accès pour l'ensemble des chirurgies réalisées en Ontario. ACO assurer la gestion de l'Entente sur les chirurgies contre le cancer (ECC) conclue avec les hôpitaux afin d'assurer une meilleure responsabilité dans le réseau, de répondre aux besoins à court terme en matière de volumes de chirurgies et de préparer l'amélioration à long terme de la qualité des chirurgies contre le cancer et de l'intégration du réseau de cancérologie.

ACO a tenu compte des observations présentées par les principaux intervenants lors de l'évaluation de la méthodologie des ECC. En 2014-2015, les chirurgies contre le cancer effectueront la transition entre le financement en fonction de l'ECC au profit du financement fondé sur la qualité des interventions.

Organisation des services de traitement du cancer de la tête et du cou

En vue d'améliorer l'accès des patients à des services de grande qualité et coordonnés pour le traitement du cancer de la tête et du cou, ACO a entrepris la mise en œuvre du document *Le traitement du cancer de la tête et du cou en Ontario : Recommandations pour l'organisation et les lignes directrices sur la pratique clinique*. Ces recommandations traitent de chacune des étapes du continuum des soins, depuis le diagnostic jusqu'à la période suivant le traitement et la réadaptation chez les patients adultes qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de malignité des muqueuses de la tête et du cou.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Invité chacune des régions à se doter d'un plan visant à mettre en œuvre chacune des recommandations, notamment la désignation de centres pour le traitement du cancer de la tête et du cou.

Organisation des services de traitement du cancer gynécologique

Les données indiquent des variations au plan des soins et de l'accès pour les femmes atteintes de malignités gynécologiques en Ontario. Pour y répondre, ACO a élaboré et rendu publiques les lignes directrices intitulées *Lignes directrices organisationnelles pour les services d'oncologie gynécologique en Ontario*, qui comportent des recommandations sur l'organisation optimale des services d'oncologie gynécologique dans la province afin d'accroître l'accès aux soins multidisciplinaires et aux traitements appropriés, ce qui permet d'améliorer les résultats pour les patientes.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Entrepris un processus de planification avec chacune des régions de façon à respecter les recommandations des lignes directrices, notamment par le biais de la désignation de centres d'oncologie gynécologique et la constitution de partenariats afin d'organiser la prestation de ces services dans les régions.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre notre travail avec les régions pour mettre en œuvre les lignes directrices organisationnelles sur l'oncologie gynécologique et le traitement du cancer de la tête et du cou dans des centres désignés.

Temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer

Les temps d'attente avant une chirurgie sont mesurés en déterminant le temps écoulé entre le moment où la décision d'opérer est prise et celui où la chirurgie a effectivement eu lieu. La Stratégie sur les temps d'attente du gouvernement de l'Ontario a établi des cibles pour les temps d'attente avant divers types de chirurgie.

En sa qualité de partenaire de la Stratégie sur les temps d'attente, ACO a la responsabilité d'orienter et de gérer le financement des chirurgies contre le cancer. Chaque patient est classé de façon prioritaire par le chirurgien en fonction d'un grand nombre de facteurs, notamment la forme de cancer, la complexité du cas et la progression de la maladie.



Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Constaté que 85 pour cent des chirurgies contre le cancer étaient réalisées conformément aux délais ciblés, soit une amélioration par rapport à 82 pour cent en 2012-2013, 79 pour cent en 2011-2012 et 76 pour cent en 2010-2011.
- Constaté que la majorité des RLIS avaient connu une amélioration avec le temps, même s'il persiste certaines variations. Les RLIS les plus performants, soit Waterloo Wellington et Centre, ont dépassé la cible de 90 pour cent établie par ACO.

85% des chirurgies contre le cancer étaient réalisées conformément aux délais ciblés

Perspectives futures

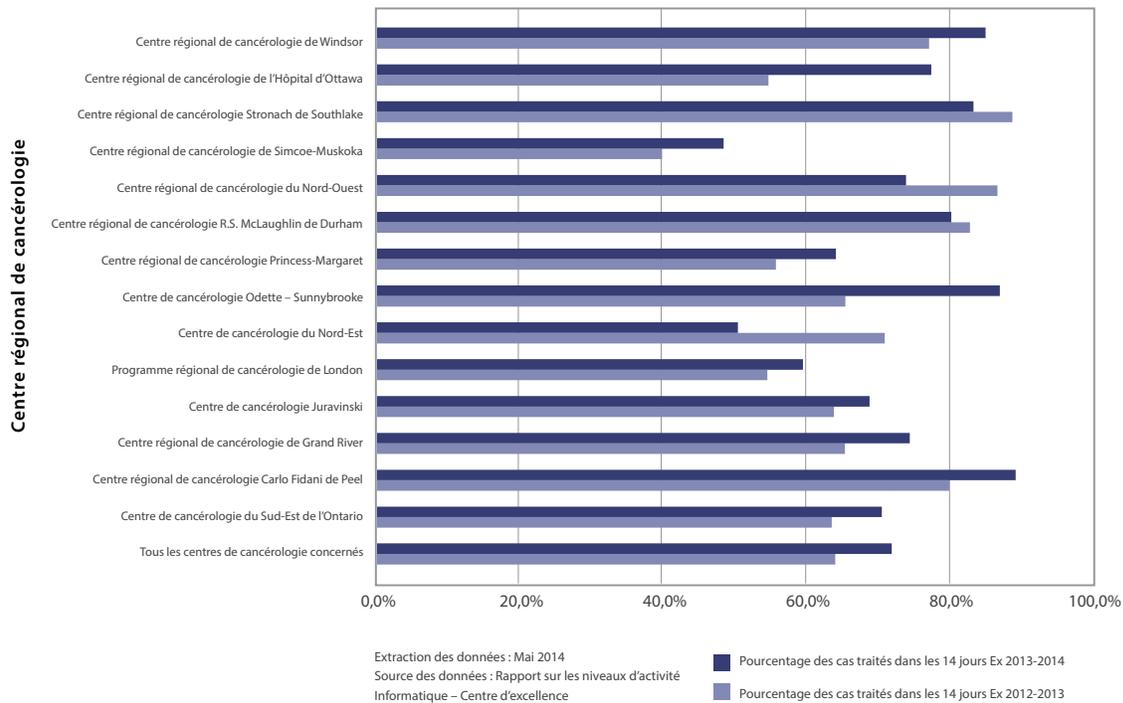
En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre le travail avec les Programmes régionaux de cancérologie et les hôpitaux partenaires pour améliorer les temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer. L'objectif est que 90 pour cent des chirurgies contre le cancer soient réalisées conformément aux cibles prioritaires.

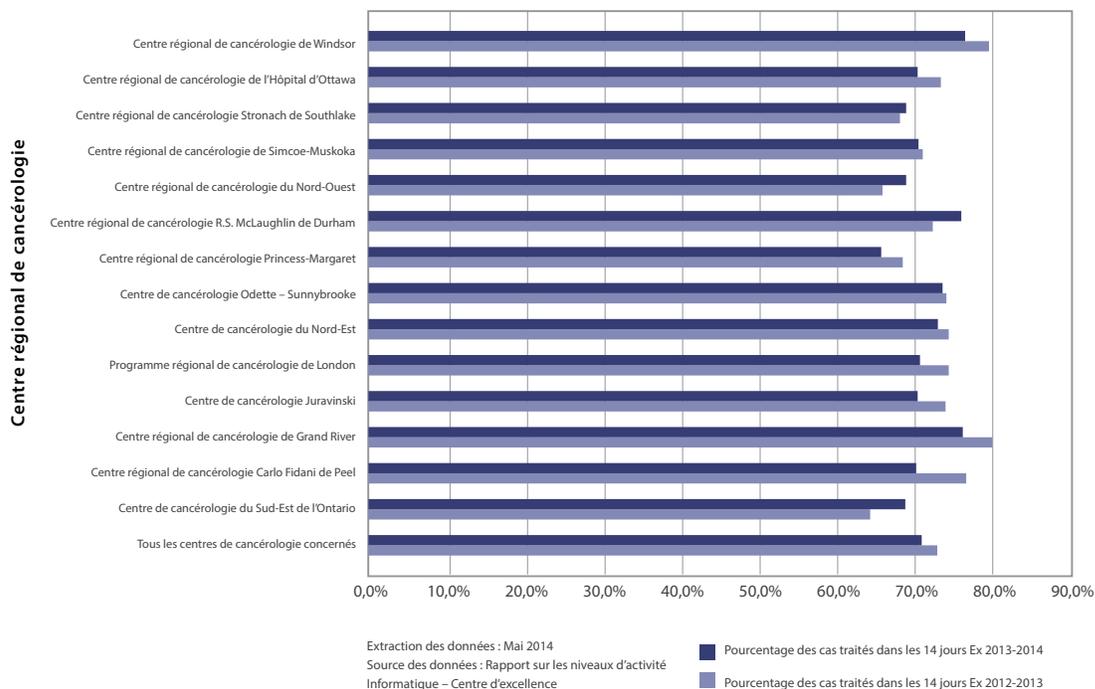
Traitements systémiques

Les traitements systémiques, ou chimiothérapies, font appel à des médicaments pour ralentir ou interrompre la multiplication ou la dissémination des cellules cancéreuses. Plus la chimiothérapie est administrée tôt, meilleurs sont les résultats attendus pour le patient.

Traitements systémiques, orientation et consultation – Pourcentage des cas vus dans les 14 jours Exercice 2012-2013 et Exercice 2013-2014



Traitements systémiques, Consultation et traitement – Pourcentage des cas traités dans les 28 jours Exercice 2012-2013 et Exercice 2013-2014



Programme régional de traitements systémiques

Le Programme régional de traitements systémiques (PRTS) vise avant tout à assurer que des traitements systémiques de la plus haute qualité sont offerts aux citoyens de l'Ontario le plus près possible de leur domicile. Grâce à la réalisation en collaboration de programmes et de partenariats régionaux, au réseautage, à la mise en commun des meilleures pratiques et à la mise en œuvre de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche, le PRTS a permis d'établir un certain nombre de normes fondées sur les résultats de la recherche pour une prestation sûre et efficace des traitements systémiques.

L'évaluation de la mise en œuvre par ACO du premier plan provincial pour le PRTS, rendu public en 2009, permet d'orienter les prochaines étapes de la planification de la prestation des services pour d'autres programmes cliniques. Le programme est maintenant en voie d'élaborer un deuxième plan provincial. De plus, le PRTS oriente la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement pour les traitements systémiques, dans le cadre de la Réforme du financement du réseau de santé de l'Ontario, afin de resserrer les liens entre la prestation de soins de grande qualité et le financement des services.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Entrepris les initiatives suivantes pour l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices :
 - Recommandations sur le recours aux antiémétiques et présentation au MSSLD de rapports sur les données cliniques et les incidences financières.
 - Publication, en collaboration avec le Programme de soins fondés sur la recherche, de lignes directrices mises à jour sur la manipulation sans danger des produits cytotoxiques.
 - Évaluation de la conformité de la province aux lignes directrices sur l'étiquetage sans danger, en 2011-2012 et à nouveau en 2013-2014. La conformité par rapport aux lignes directrices a augmenté en moyenne dans la province, passant de 58,2 pour cent en 2011-2012 à 77,4 pour cent en 2013-2014, certaines régions de la province atteignant la note de 100 pour cent.
- Organisé le deuxième Colloque annuel sur la sécurité

des traitements systémiques. Plus de 100 médecins, infirmières, pharmaciens et administrateurs provenant de toutes les régions de l'Ontario ont participé à une séance interactive d'échange des connaissances portant presque entièrement sur les chimiothérapies orales.

- Obtenu l'autorisation du conseil de déontologie des recherches pour le projet pilote de gestion des toxicités aiguës (GTA) et entrepris le recrutement de patients dans la région de Thunder Bay et de Toronto. La GTA évalue une approche systématique à l'égard de l'évaluation et du traitement des symptômes, plus particulièrement touchant la toxicité des traitements systémiques chez les femmes atteintes d'un cancer du sein qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante, par le biais d'un instrument d'auto-déclaration par les patients visant à documenter la toxicité des traitements.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Inaugurer le plan provincial pour les traitements systémiques de 2014-2018, et entreprendre la mise en œuvre des recommandations.
- En collaboration avec le Programme de financement des nouveaux médicaments, organiser un groupe de réflexion réunissant les principaux guides d'opinions et intervenants afin d'élaborer un modèle pour les traitements de cancérologie administrés à domicile en Ontario.
- Continuer de mettre l'accent sur la sécurité grâce à l'adoption de nouvelles lignes directrices sur le traitement de la fièvre, et réaliser des activités de concordance organisées dans le cadre des lignes directrices existantes, notamment sur la manipulation sans danger des produits cytotoxiques. ACO entend également poursuivre et soutenir le travail régional d'amélioration de la qualité en organisant le troisième Symposium annuel sur la qualité et le ReQSN.
- Mettre en œuvre la première étape du nouveau modèle de financement et poursuivre l'élaboration d'activités visant à perfectionner le modèle.

Amélioration des temps d'attente avant un traitement systémique

Les temps d'attente avant un traitement systémique se sont améliorés ou maintenus malgré l'incidence et la prévalence croissantes du cancer et la demande accrue de services

de cancérologie. Les temps d'attente avant un traitement systémique sont compilés pour deux intervalles :

1. Temps d'attente par cible pour orientation et consultation – Intervalle de temps entre l'orientation vers un spécialiste et le moment où le patient consulte le spécialiste. L'intervalle s'est amélioré depuis 2012-2013, passant de 66 pour cent à 72 pour cent des patients en Ontario qui ont été vus conformément à la cible de 14 jours, au 31 mars 2014.
2. Temps d'attente par cible pour consultation et traitement – Intervalle entre la consultation d'un spécialiste par le patient et le moment où le patient reçoit son premier traitement de chimiothérapie. L'intervalle est resté plus ou moins constant, 71 pour cent des patients étant traités conformément à la cible de 28 jours au 31 mars 2014.

Ces cibles pour les temps d'attente sont établies par ACO pour l'ensemble de la province.

Système informatique de prescription médicale (SIPM)

ACO élargit et améliore l'utilisation du Système informatique de prescription médicale pour les traitements systémiques (SIPM TS). Le SIPM, qui est un instrument essentiel pour promouvoir la sécurité des patients, réduit les erreurs et favorise une meilleure compréhension des régimes médicamenteux complexes. Le projet d'expansion du SIPM, qui est soutenu par cyberSanté Ontario, comportait les éléments suivants :

- Utilisation de l'OPIS, logiciel de commande des médicaments chimiothérapeutiques de ACO, dans 19 hôpitaux additionnels, évaluation de la concordance par rapport aux meilleures lignes directrices sur la pratique sur les systèmes SIPM TS et instauration d'initiatives résultantes au premier trimestre.
- Amélioration de l'instrument d'information clinique sur le formulaire médicamenteux de ACO afin de favoriser un meilleur accès aux points de services.
- Organisation d'une communauté de pratique sur le SIPM TS pour mettre en commun l'expérience acquise dans tous les sites qui l'utilisent (quel que soit le fournisseur du système) et aider les installations qui ne sont pas dotées d'un système SIPM TS approprié à en acquérir un.

Programmes provinciaux de remboursement des médicaments

L'unité des Programmes provinciaux de remboursement des médicaments de ACO administre trois programmes de remboursement des médicaments en Ontario. Il s'agit des programmes suivants :

Programme de financement des nouveaux médicaments
Le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) assure à la population un accès équitable aux nouveaux médicaments injectables contre le cancer administrés dans les hôpitaux, qui sont souvent coûteux. Les médicaments subventionnés par le PFNM sont assujettis à un processus d'examen rigoureux, fondé sur les résultats de la recherche, qui porte sur leur efficacité clinique et leur rentabilité. Le directeur général des Programmes de financement public des médicaments de l'Ontario (PFPMO) autorise tous les médicaments subventionnés en vertu du PFNM. Le PFNM administre les politiques de financement des médicaments pour environ 80 hôpitaux de la province et s'assure que les médicaments sont administrés conformément aux critères établis.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Mis en œuvre le système eClaims, solution fondée sur le web pour la présentation des demandes et les remboursements, comporte une interface avec les bases de données sur les traitements systémiques de ACO et administre automatiquement un grand nombre de politiques et de règles de financement.
 - Des indicateurs sur l'amélioration du rendement ont été élaborés en fonction des données capturées dans le système eClaims afin de soutenir les efforts en vue d'améliorer le processus.
 - Un modèle amélioré de prévisions systématiques du financement des médicaments a été élaboré à l'aide des données eClaims, ce qui permet à ACO et au MSSLD de collaborer pour établir les prévisions de financement des médicaments.
- Collaboré étroitement avec le MSSLD, les Groupes des sites pathologiques de ACO, le Programme pancanadien de révision des médicaments

oncologiques et le pan-Canadian Brand Drug Pricing Alliance afin de présenter des observations structurées et pertinentes lors des révisions cliniques et pharmaco-économiques du processus national d'examen des médicaments, et pour assurer des ententes sur les ajouts à la liste des médicaments rentables. Ainsi, neuf médicaments ont été autorisés pour 12 indications distinctes en cancérologie pour l'Ontario.

- Élaboré un processus pour l'évaluation des médicaments par les pairs, en collaboration avec le MSSLD et le Programme de pathologie et de médecine de laboratoire de ACO.
- Mené à bien la rédaction d'une politique sur le financement des médicaments dans le cadre du PFM pour les patients participant à des essais cliniques pour faire en sorte que les fournisseurs connaissent les incidences en aval des politiques de financement pour les patients qui acceptent de participer à un essai clinique.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Continuer de recueillir les observations des hôpitaux à propos de la solution eClaims de ACO afin de préparer les révisions futures et d'élargir ses capacités en vue de mettre en place des fonctions de communication pour les programmes de réexamen cas par cas et de traitement dans un autre pays.
- Continuer d'améliorer et d'élargir les activités et les politiques du programme, avec l'aide du Comité directeur de l'Ontario pour les médicaments oncologiques (CDOMO), grâce à l'évaluation des indicateurs de rendement.
- Travailler en collaboration avec le Programme régional de traitements systémiques afin de constituer un groupe de réflexion sur les médicaments contre le cancer administrés à la maison et de mieux comprendre les possibilités visant à accroître la sécurité, l'équité et la qualité des soins lorsque ces médicaments sont dispensés.

Programme de collecte de données

Le Programme de collecte de données (PCD) complète et élargit le PFM ainsi que le processus qui permet de choisir les médicaments subventionnés en Ontario. Le PCD vise à résoudre l'incertitude qui entoure les données cliniques et la rentabilité touchant l'élargissement de la couverture des médicaments contre le cancer dans la province.

L'expérience a montré que les médicaments prometteurs ne se révèlent pas tous utiles lorsqu'ils sont administrés dans un environnement concret. Pour qu'un médicament soit inclus dans le PCD, il doit y avoir des données évolutives concernant ses avantages. Conformément à la méthode fondée sur les données concrètes utilisées en Ontario pour traiter du financement des médicaments, le PCD subventionne les médicaments choisis sur une période limitée pour permettre la collecte de données cliniques et pharmaco-économiques concrètes qui peuvent être utilisées pour la décision finale touchant le financement.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Poursuivi l'analyse des médicaments en cours et proposé de nouveaux médicaments pour leur inclusion dans le PCD. Cette année, nous avons publié une analyse descriptive du premier médicament à figurer dans le PCD, soit le trastuzumab administré contre les tumeurs mammaires ayant moins de 1 cm de diamètre. Une analyse intérimaire est présentement en cours afin d'évaluer l'innocuité et la toxicité du trastuzumab pour ces patientes.
- Présenté une proposition pour le financement du rituximab pour le traitement des lymphomes reliés au VIH, qui a été étudiée par le CDOMO et dont l'inclusion dans le PCD a été recommandée.
- Recruté des directeurs pour les groupes des sites pathologiques (GSP) en hématologie et pour le cancer du sein. Les directeurs des GSP ont travaillé en étroite collaboration avec les spécialistes et les programmes cliniques de ACO afin d'offrir un tour d'horizon de la situation selon les divers territoires, une orientation pour la pratique clinique, un examen des principaux médicaments présentés et des propositions de collecte de données. Les directeurs ont également poursuivi leur travail en vue de constituer des groupes consultatifs sur les médicaments se rapportant à des sites pathologiques particuliers ayant la responsabilité de fournir à ACO des conseils sur les questions cliniques, politiques et de mise en œuvre du programme.
- Élaboré un cadre d'évaluation et de compilation des données pour mesurer les principaux indicateurs de rendement du programme. Les indicateurs qui ont été mis au point pour soutenir les activités du programme sont revus périodiquement avec le PFM.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre notre travail de coordination et de secrétariat avec le MSSLD pour permettre au CDOMO d'examiner les propositions de financement présentées en vertu du PCD.
- Nommer des médecins additionnels pour des pathologies déterminées chargés d'examiner la pertinence des lignes directrices existantes et de collaborer avec le Programme de soins fondés sur la recherche de façon à préparer un tour d'horizon de la situation actuelle.
- Travailler avec le MSSLD en vue d'évaluer l'élargissement possible du PCD afin d'y intégrer des traitements oncologiques médicamenteux non administrés dans les hôpitaux (p. ex. en milieu communautaire).

Programme de réexamen cas par cas

Le Programme de réexamen cas par cas (PRCPC) permet aux patients atteints d'un cancer qui se retrouvent dans des circonstances cliniques qui menacent directement leur vie d'avoir accès à des traitements lorsqu'il n'y a aucune autre possibilité satisfaisante touchant les traitements subventionnés. ACO gère ce programme pour l'ensemble des médicaments contre le cancer administrés dans les hôpitaux ou dans un contexte communautaire.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Révisé en profondeur les politiques du programme et communiqué ces changements aux personnes intéressées afin de favoriser une plus grande transparence sur la façon dont le financement est demandé et évalué. Une conférence nationale a permis de faire connaître les innovations apportées au programme et aux politiques.
- Travaillé de concert avec le MSSLD afin d'explorer de nouvelles façons d'harmoniser les processus de demande et d'adjudication, notamment pour les demandes de médicaments contre le cancer provenant d'autres pays.
- Élaboré des indicateurs de rendement essentiels afin d'évaluer et de compiler les données du programme, faire en sorte que les réexamens soient rapides, efficaces, uniformes et transparents, et s'assurer que les ressources appropriées sont en place pour soutenir les activités.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Travailler avec les responsables des réexamens et le CDOMO afin de déterminer les lacunes potentielles en matière de financement qui doivent être corrigées par les comités de spécialistes du MSSLD.
- Évaluer le PRCPC en fonction des indicateurs de rendement établis.
- Intégrer le processus du PRCPC dans le nouveau processus que ACO commencera à administrer relativement aux pays étrangers afin de soutenir les demandes d'évaluation des médicaments contre le cancer et des services du MSSLD.

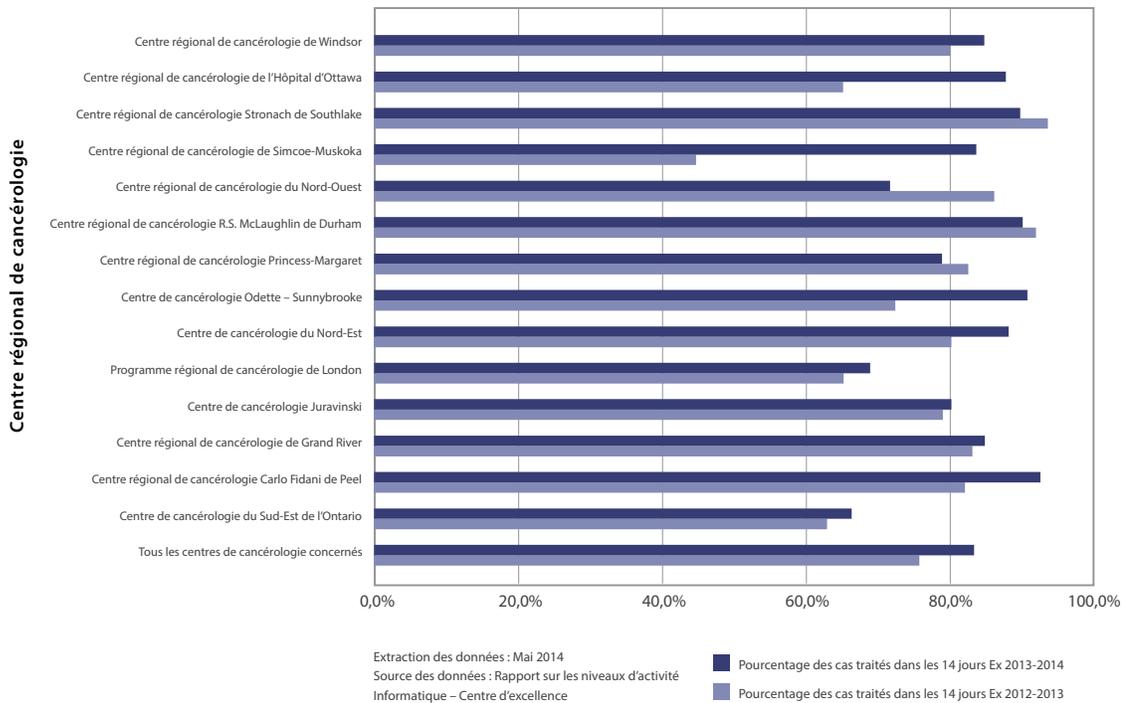
Radiothérapies

La radiothérapie fait appel à des radiations ionisantes (rayons X, rayons gamma et électrons) pour réduire les tumeurs, détruire les cellules cancéreuses ou assurer le soulagement des symptômes du cancer. Les radiations ionisantes sont ciblées et ne touchent que la région traitée. Elles sont souvent administrées en association à une chirurgie ou une chimiothérapie.

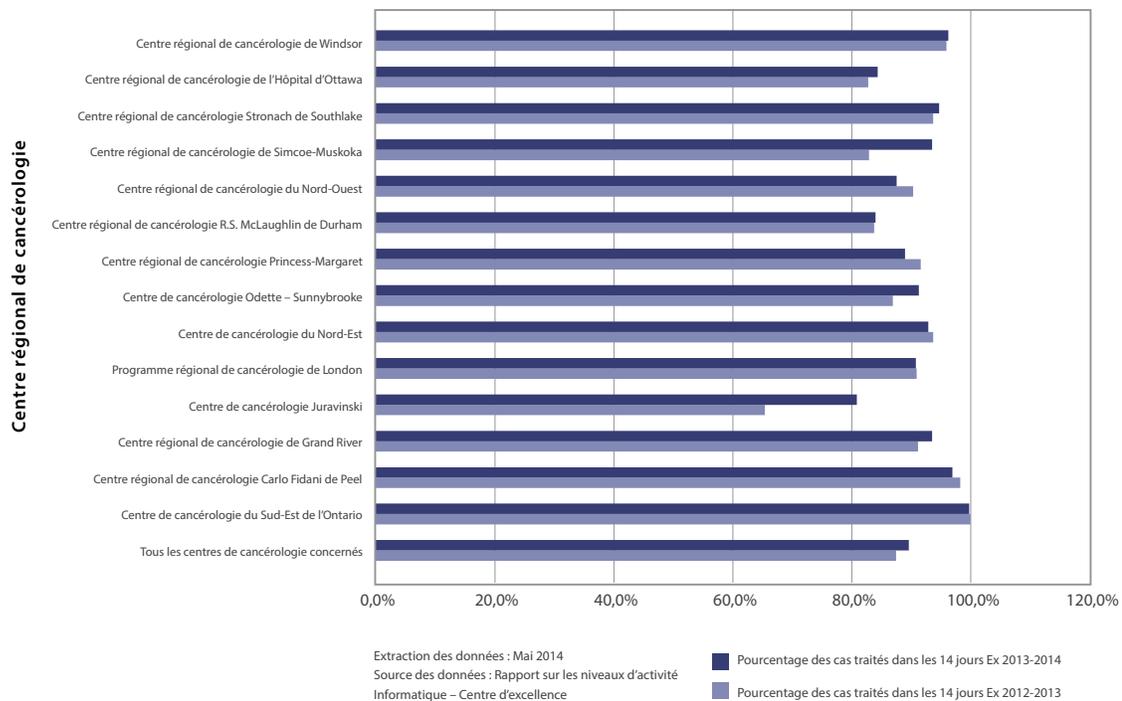
Amélioration des temps d'attente avant une radiothérapie

Le Programme de radiothérapie de ACO vise à assurer un accès en temps opportun à des traitements coordonnés, sûrs, fondés sur la recherche et novateurs au plan technologique. Les réductions continues des temps d'attente reflètent en grande partie les investissements réalisés par la province en fonction des recommandations de ACO. Au cours des sept dernières années, les investissements publics dans les infrastructures et les appareils de radiothérapie ont accru la disponibilité des traitements contre le cancer et en ont élargi l'accès partout en Ontario. Ces investissements ont notamment permis d'inaugurer des centres de cancérologie à Newmarket, Niagara et Durham, d'agrandir les installations d'Ottawa et de Kingston et d'aménager deux nouveaux centres satellites à Peterborough et Sault Ste. Marie. Depuis le 1er juillet 2007, 18 nouvelles unités de traitement ont été inaugurées en Ontario.

Radiothérapie, Orientation et consultation – Pourcentage des cas traités dans les 14 jours Exercice 2012-2013 et Exercice 2013-2014



Radiothérapie, Consultation et traitement – Pourcentage des cas traités dans les 28 jours Exercice 2012-2013 et Exercice 2013-2014



ACO rend public le nombre de patients qui sont traités conformément aux recommandations touchant les délais cibles pour deux intervalles :

1. Orientation et consultation – Période de temps écoulé entre l'orientation et la première rencontre avec un oncologue radiologiste.
2. Prêt au traitement et traitement – Temps écoulé entre le moment où le patient est prêt à recevoir son traitement et le moment où il le reçoit.

Les temps d'attente cibles pour Orientation et consultation sont de 14 jours. Les temps d'attente cibles pour Prêt au traitement et traitement varient de 1 à 14 jours en fonction de la situation particulière du patient. Ces temps d'attente sont les cibles provinciales établies par ACO.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Constaté une amélioration de 7,5 pour cent pour l'intervalle Orientation et consultation, 75,3 pour cent des patients étant vus par un oncologue radiologiste dans les 14 jours d'avril 2012 à mars 2013, contre 82,9 pour cent d'avril 2013 à mars 2014.
- Constaté une amélioration de 2,2 pour cent pour l'intervalle Prêt au traitement et traitement, 87,4 pour cent des patients étant traités selon les cibles de 1, 7 et 14 jours d'avril 2012 à mars 2013, contre 89,6 pour cent d'avril 2013 à mars 2014, malgré le déploiement d'une nouvelle technique de traitement plus complexe, soit la technologie de radiothérapie à modulation d'intensité.
- Facilité l'ouverture du Centre de cancérologie familiale Walker du Réseau de santé de Niagara, en mars 2013, qui comporte trois accélérateurs linéaires.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Continuer de préciser le modèle sur les capacités qui seront nécessaires en 2020 pour faire en sorte que les programmes de radiothérapie aient la capacité nécessaire pour répondre à la demande croissante.

Programme de résidence en physique médicale

Le Programme de résidence en physique médicale fait en sorte qu'il y ait suffisamment de physiciens cliniciens

pour permettre de dispenser au moment opportun des traitements sûrs et de haute qualité aux patients, à l'aide d'appareils d'imagerie et de radiothérapie ultramodernes. La qualité du programme a été reconnue lors de son accréditation par la Commission on Accreditation of Medical Physics Educational Programs (CAMPEP). Environ 70 pour cent des physiciens membres du personnel qui travaillent actuellement dans les centres de cancérologie de l'Ontario ont acquis leur formation grâce à ce programme.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Maintenu le nombre de postes de résidence en physique médicale pour faire en sorte que l'Ontario puisse répondre à la demande.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Faire en sorte de maximiser le nombre de résidents en physique médicale qui entreprennent le Programme de résidence en physique clinique pour nous permettre de répondre à la demande future en Ontario.

Traitements de protonthérapie

Les traitements de protonthérapie, qui font appel à des faisceaux de protons à haute énergie plutôt qu'à des rayons X à haute énergie pour administrer les radiothérapies aux patients atteints d'un cancer sont de plus en plus utilisés pour le traitement du cancer dans le monde entier. Les traitements de protonthérapie sont connus depuis plus de 20 ans, mais les coûts de leur mise en œuvre restreignaient leur utilisation. Il semble qu'ils peuvent être plus particulièrement utiles en oncologie pédiatrique pour traiter les cancers oculaires et les tumeurs qui apparaissent à la base du crâne.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Constitué un comité consultatif multidisciplinaire pour réaliser un examen exhaustif de la documentation spécialisée disponible afin de déterminer quelles seront les prochaines étapes.
- Rédigé un document de consultation pour déterminer les populations de patients qui pourraient profiter de l'administration de protonthérapies en Ontario.

La vision du Programme de formation des patients de ACO est d'améliorer l'expérience des personnes atteintes d'un cancer en leur dispensant des soins axés sur la personne et fondés sur la recherche.

Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Revoir et analyser l'élaboration d'un dossier d'analyse recommandant la mise en œuvre des protonthérapies en Ontario.

Assurance de la qualité par examen les pairs

Le Programme d'assurance de la qualité par examen par les pairs (PAQ PP) contribue à rehausser la qualité des radiothérapies dispensées dans toute la province. En vertu d'un programme PAQ PP, un deuxième oncologiste radiologiste évalue les composantes d'un plan de radiothérapie. Le processus du PAQ PP est plus efficace lorsqu'il se déroule dans un contexte multidisciplinaire, avec la participation de radiothérapeutes et de médecins médicaux. Les PAQ PP sont conçus pour s'assurer que le plan de radiothérapie est approprié, à la fois du point de vue de la sécurité et de l'efficacité.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Réalisé des visites sur place dans les programmes régionaux de cancérologie pour faire la promotion du PAQ PP et distribuer un document d'orientation sur la structure et la fonction des activités de PAQ PP dans les centres de cancérologie de l'Ontario.
- Préparé la diffusion publique du PAQ PP, à compter de mai 2014, dans le cadre de l'IQRC.
- Évaluer les indicateurs essentiels de rendement, notamment la proportion de patients dont le traitement fait l'objet d'un examen par les pairs.
- Élaboré pour l'exercice 2014-2015 une cible provinciale de 60 pour cent des plans de traitement pour les patients qui reçoivent un traitement curatif dans le cadre d'un processus de PAQ PP.

Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Élaborer et mettre en œuvre un poste de coordonnateur des radiothérapies du PAQ PP afin de superviser le processus d'examen par les pairs pour les patients qui reçoivent une radiothérapie curative en augmentant le volume de patients dont le cas est examiné par des pairs et en assurant la collecte de données.
- Poursuivre les visites dans les programmes régionaux de cancérologie par les responsables de la qualité clinique du programme de radiothérapie afin de favoriser l'assurance de la qualité par examen par les pairs.
- Continuer d'élaborer et de mettre au point les indicateurs de rendement, les méthodes de collecte de données et les mécanismes de préparation des rapports.
- Évaluer et rendre publics les indicateurs de rendement essentiels, notamment la proportion de patients dont le traitement fait l'objet d'un examen par les pairs.

Utilisation des radiothérapies

L'utilisation des radiothérapies est une mesure essentielle de l'accès aux traitements de radiothérapie. Elle permet d'évaluer si la radiothérapie appropriée pour le traitement d'un patient est effectivement administrée. L'utilisation des radiothérapies est fondée sur l'endroit où le patient habite, et non pas sur le lieu du traitement.

L'utilisation des radiothérapies n'évolue pas énormément d'une année à l'autre, mais la tendance révèle que les soins appropriés sont dispensés aux patients de l'Ontario. Par contre, l'utilisation des radiothérapies dans les RLIS doit encore être améliorée étant donné qu'elle se situe sous le seuil recommandé de 48 pour cent. Avec l'augmentation de l'incidence du cancer, les volumes additionnels de

Le Programme de soins infirmiers oncologiques a été élaboré pour favoriser l'excellence de la prestation des soins de cancérologie en soins infirmiers oncologiques.

radiothérapies modifient les taux d'utilisation. Une augmentation de 3 pour cent du nombre de cas traités est nécessaire pour maintenir le même taux d'utilisation d'une année à l'autre, et une augmentation de 6 pour cent du nombre de cas traités doit être constatée pour améliorer le taux d'utilisation d'ensemble de 1 pour cent au cours d'une période d'un an.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Continué de transmettre des données aux Programmes régionaux de cancérologie pour assurer un meilleur accès aux radiothérapies pour les patients susceptibles d'en profiter.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Travailler de concert avec le MSSLD, aux fins suivantes :
 - Nous assurer que les investissements additionnels en radiothérapie continuent de répondre à la demande.
 - Suivre les besoins au plan des ressources humaines pour les oncologistes radiologistes, les physiciens médicaux et les radiothérapeutes, pour lesquels la demande ira en augmentant.

Lorsque les patients atteints d'un cancer sont mieux informés, ils ont davantage de responsabilités et de capacités pour cheminer dans le réseau et faire des choix fondés sur leurs valeurs et préférences. En étant mieux informés, les patients ont davantage d'influence sur leurs soins, à chacune des étapes de leur traitement.

La vision du Programme de formation des patients de ACO est d'améliorer l'expérience des personnes atteintes d'un cancer en leur dispensant des soins axés sur la personne et fondés sur la recherche. Le programme contribue à l'atteinte des priorités stratégiques du PLCO III en améliorant la qualité des services de formation des patients partout dans la province, en donnant aux fournisseurs de soins de cancérologie les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour améliorer la formation des patients, et en s'assurant que les patients et les familles ont accès à l'information, aux instruments, aux connaissances et au soutien nécessaires pendant leur cheminement.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Organisé une enquête en vue d'évaluer la prestation d'informations aux patients atteints d'un cancer et aux familles dans trois centres afin d'élaborer des indicateurs de qualité. L'étude pilote portait sur le type de formation et d'information que reçoivent les patients et les familles, la façon dont ils les reçoivent et leur utilité pour les patients et les familles afin de mieux comprendre et de gérer leur cheminement dans le réseau de cancérologie.
- Recruté activement des conseillers pour les patients et les familles (CPF) qui participent au comité de formation des patients. Trois CPF collaborent étroitement au travail continu du comité en vue de favoriser l'élaboration des meilleures pratiques pour la formation des patients.

Formation des patients

La formation des patients est un processus axé sur la personne, qui permet la mise en commun des connaissances, des instruments et des pratiques répondant aux besoins des patients et des familles. Le programme vise à permettre aux patients de mieux comprendre la prestation de leurs soins de façon à y participer activement.

- Constitué un groupe de travail chargé d'évaluer la qualité des ressources sur l'auto-administration des soins en matière de traitement des symptômes. Le groupe a commencé l'étude des ressources et évaluera par la suite la qualité des documents qui seront recommandés pour leur utilisation dans la province.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élaborer et préciser des indicateurs, et réaliser une enquête provinciale élargie pour permettre d'évaluer de façon continue la qualité de la formation et des informations destinées aux patients et aux familles.
- Continuer de soutenir le perfectionnement des connaissances théoriques et pratiques sur les patients des fournisseurs de soins de cancérologie en les invitant à s'inscrire au cours Maximisation des compétences sur la formation des patients (MCFP). Le MCFP permet aux spécialistes des soins de santé de mieux connaître les styles d'apprentissage des patients et d'adapter la façon de transmettre l'information en conséquence.
- Soutenir l'élaboration de lignes directrices fondées sur la recherche pour la formation thérapeutique des patients et sa mise en œuvre dans toute la province.

Soins infirmiers oncologiques

Le Programme de soins infirmiers oncologiques a été élaboré pour favoriser l'excellence de la prestation des soins de cancérologie en soins infirmiers oncologiques. La vision du Programme de soins infirmiers oncologiques de ACO est de maximiser les soins axés sur la personne grâce à l'utilisation optimale des connaissances en soins infirmiers et de l'expertise clinique dans l'ensemble du réseau. Les infirmières en oncologie jouent un rôle fondamental dans l'administration des soins étant donné qu'elles constituent le personnel spécialisé le plus souvent disponible pour les patients et les familles qui cheminent dans le réseau et traversent les diverses étapes des soins. Les infirmières oncologiques offrent une vaste gamme de compétences, de connaissances et d'expertises spécialisées aux patients et aux familles pendant l'ensemble de leur cheminement. Il peut s'agir notamment d'administrer et de contrôler une chimiothérapie et une radiothérapie, de collaborer aux essais cliniques, de contribuer au soulagement de la

douleur et aux soins en fin de vie, et d'assurer un soutien psychosocial.

À chacune des étapes du continuum des soins (p. ex. prévention, dépistage, diagnostic, traitement, soins aux survivants et soins palliatifs), les patients et les familles peuvent compter sur le réconfort et la compréhension des infirmières en oncologie. Elles aident les patients à retrouver la maîtrise de leur vie devant la maladie et à faire face à leur vulnérabilité et leurs incertitudes. Le programme contribue à l'atteinte des priorités stratégiques du PLCO III en rehaussant la compétence du personnel infirmier pour la prestation de soins sûrs, efficaces et de grande qualité, et en améliorant l'accès aux soins infirmiers oncologiques axés sur la personne à chacune des étapes du cheminement des patients et pour l'ensemble du réseau.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Soutenu un nombre croissant d'infirmières qui ont obtenu l'agrément spécialisé en oncologie et en soins palliatifs de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). En 2013-2014, plus de 100 infirmières ont participé aux groupes d'études Souza pour recevoir l'agrément spécialisé en oncologie et en soins palliatifs hospitaliers.
- Poursuivi la formation en oncologie par le biais d'un apprentissage théorique et pratique spécialisé pendant toute la vie sur les soins en cancérologie pour le personnel infirmier et d'autres spécialistes des soins de santé.
- Élaboré deux lignes directrices fondées sur la recherche pour l'administration sans danger des traitements systémiques contre le cancer qui soulignent le rôle essentiel du personnel infirmier dans la sécurité des patients. De plus, ACO a établi la pertinence des lignes directrices dans des domaines qui reflètent les pratiques infirmières dans les salles de chimiothérapie. La pertinence des lignes directrices améliore la sécurité des patients et suscite une transformation en profondeur des pratiques afin de prévenir les erreurs en chimiothérapie.
- Redéfini et élargi les ressources de formation spécialisées pour y intégrer les meilleures pratiques en soins infirmiers touchant les chimiothérapies orales et le suivi des traitements intraveineux. Ces informations seront intégrées au nouveau modèle de financement axé sur le patient pour les interventions fondées sur la qualité comme les traitements systémiques.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Appliquer les recommandations préparées lors d'un atelier provincial organisé conjointement avec le Programme de modèles de soins en vue de s'assurer que les soins appropriés sont dispensés par le bon fournisseur. Il faut à cette fin accroître les capacités des ressources humaines en soins infirmiers par le biais de nouveaux modèles de soins ambulatoires en oncologie qui optimisent l'ampleur de la pratique des soins infirmiers et l'élaboration de lignes directrices pour un recours efficace à des infirmières de pratique avancée.
- Poursuivre la participation des divers intervenants afin d'améliorer la collecte des données et les initiatives sur la qualité des données nécessaires pour poursuivre la quantification des activités infirmières. Des données structurées, exactes et récentes permettront d'élaborer des indicateurs susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés aux patients dans la province.
- Faciliter le transfert des connaissances dans la province en organisant des rondes mensuelles en soins infirmiers et en soutenant les communautés de pratique pour les infirmières en pratique avancée et les infirmières accompagnatrices.

Oncologie psychosociale

L'oncologie psychosociale (OPS) met l'accent sur une approche visant l'ensemble de la personne pour les soins de cancérologie et traite des aspects sociaux, psychosociaux, affectifs, spirituels et fonctionnels du cheminement des patients par le biais d'une équipe multidisciplinaire et des fournisseurs de services dans divers contextes de soins. Les domaines visés sont notamment l'oncologie, les soins infirmiers, le travail social, l'alimentation, la psychologie, les soins palliatifs, la psychiatrie, la réadaptation, les services bénévoles et les soins spirituels.

La vision du Programme OPS de ACO est d'améliorer l'expérience des patients en leur dispensant des soins d'OPS de qualité. Le programme contribue à l'atteinte des priorités stratégiques du PLCO III en améliorant l'accès rapide pour les patients et les familles à des soins OPS de qualité à chacune des étapes du traitement du cancer et

au-delà, et en réduisant la morbidité psychosociale des patients et des familles découlant de besoins non comblés dans les domaines physique, affectif, pratique et spirituel.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Joué un rôle de premier plan dans l'élaboration des meilleures pratiques au niveau international en OPS par le biais d'initiatives novatrices qui ont permis de mesurer la pondération de l'intensité des ressources (PIR) en OPS. Le programme a déterminé les PIR en fonction des meilleures pratiques dans six secteurs : travail social, psychologie, alimentation, psychothérapie, ergothérapie et orthophonie. La PIR des OPS fait en sorte que les services OPS sont intégrés dans le nouveau modèle de financement axé sur le patient pour les interventions fondées sur la qualité comme les traitements systémiques, étant donné qu'il n'y a pas de financement des programmes OPS dans le cadre du programme de cancérologie.
- Dirigé la collecte de données sur les temps d'attente avant les services OPS au plan international. Le programme avait permis d'élaborer un indicateur initial se rapportant aux temps d'attente avant l'accès aux services de nutrition. En mesurant les temps d'attente, l'objectif est d'accélérer l'accès aux services nécessaires en OPS pour répondre aux besoins des patients.
- Collaboré avec les programmes de gestion des voies pathologiques et de soins palliatifs de ACO pour élaborer une voie des soins palliatifs et en OPS qui décrit les soins psychosociaux, palliatifs et en fin de vie que les patients devraient recevoir, quelle que soit la forme de cancer dont ils sont atteints. Cette voie donne un aperçu des meilleures pratiques fondées sur la recherche pour le dépistage et l'administration des soins palliatifs et des soins en OPS dont les patients atteints d'un cancer ont besoin en Ontario.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

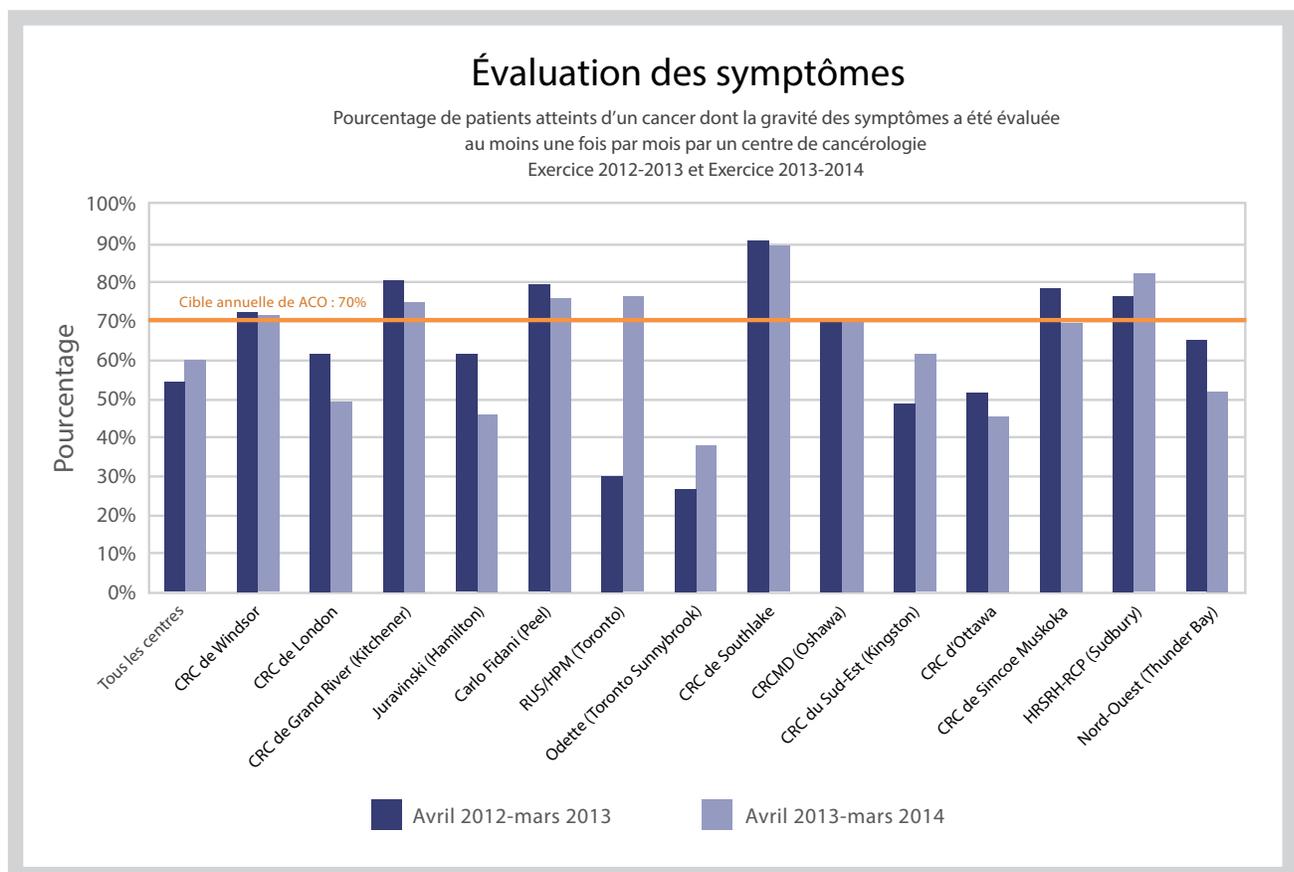
- Élaborer et mettre en œuvre des indicateurs de qualité pour assurer l'accès continu aux services psychosociaux. L'évaluation de la qualité des services OPS nous permet de déceler les lacunes, d'apporter les transformations nécessaires dans les secteurs qui doivent être améliorés et, en dernière analyse, d'accroître l'accès à des services de qualité.

- Poursuivre l'élargissement de la PIR en OPS afin de mieux comprendre en quoi consistent les meilleures pratiques selon les domaines professionnels et les sites pathologiques. Les données se rapportant à la PIR en OPS peuvent permettre d'orienter l'élaboration d'indicateurs et de mesures de la qualité.
- Rédiger des lignes directrices additionnelles fondées sur la recherche, en collaboration avec le Programme de soins fondés sur la recherche afin d'assurer l'orientation nécessaire et de mettre en place une pratique standardisée pour la mise en œuvre d'interventions de pratiques et la mise à jour des lignes directrices sur la dépression. Le programme entreprend également les premières étapes de l'élaboration de lignes directrices pour favoriser les meilleurs résultats au plan de la santé sexuelle.

Traitement des symptômes

Le Groupe collaboratif sur le traitement des symptômes du cancer en Ontario (GCTCO) vise à offrir une expérience excellente aux patients à chacune des étapes du traitement de leur cancer en améliorant la qualité et l'uniformité du traitement des symptômes physiques et affectifs des patients, ainsi que la planification des soins.

Le GCTCO participe activement à l'ensemble des programmes régionaux de cancérologie en vue de favoriser la détermination, la documentation et la communication plus rapide des symptômes des patients. Les patients signalent eux-mêmes leurs symptômes à l'aide de l'instrument interactif de collecte et d'évaluation des symptômes (ICES). Il y a présentement en Ontario deux instruments permettant de mesurer et de comprendre comment les patients se sentent. Le premier est le Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton (SESE), qui



constitue un instrument d'évaluation des symptômes avec lequel est notée la gravité de neuf des symptômes que présentent souvent les patients atteints d'un cancer. En 2013, ACO a ajouté un deuxième instrument de mesure à l'ICES appelé instrument auto-déclaré du statut fonctionnel (IASF) des patients. L'IASF permet aux patients de noter leur état fonctionnel à l'aide d'une échelle standardisée de quatre points. Les cliniciens peuvent ainsi mieux comprendre le niveau de mobilité des patients et leur capacité à demeurer actifs, ce qui leur fournit des données supplémentaires qui orientent les décisions sur la planification des soins et les traitements.

Avant la mise en place d'instruments standardisés d'évaluation des symptômes dans la province, les programmes régionaux de cancérologie n'avaient pas recours à des méthodes électroniques standardisées pour évaluer et traiter les symptômes des patients. Grâce à l'ICES, les patients, les membres des familles, les médecins, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins peuvent aujourd'hui suivre l'évolution des symptômes en fonction du temps dans les divers cadres de services. L'information nécessaire pour assurer l'administration de soins de plus grande qualité est ainsi davantage accessible. Lorsque les patients ont la possibilité d'évaluer leurs besoins par rapport à leurs symptômes, les spécialistes peuvent prendre des décisions plus éclairées et les patients sont mieux en mesure de prendre des décisions fondées sur leurs échanges avec leurs fournisseurs de soins.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Supervisé l'augmentation constante de la proportion des patients dont les symptômes de cancer étaient évalués, qui est passée de 53 pour cent en 2012-2013 à 59 pour cent en 2013-2014. Au total, un peu plus de 130 500 patients ont utilisé le SESE en 2013-2014 pour l'évaluation de leurs symptômes.
- Mené à bien l'étape d'élaboration de la nouvelle application mobile de l'ICES. Ce processus a nécessité la réalisation d'une étude complète de faisabilité pour l'ICES qui tenait compte de la voix du patient pour l'élaboration des améliorations apportées à l'instrument électronique. Au 31 mars 2014, l'ICES est utilisé par plus de 27 000 patients chaque mois.
- Invité des patients à collaborer à notre programme provincial sur l'amélioration du traitement des

symptômes et au nouveau groupe des utilisateurs de l'ICES. Ces groupes réunissent des partenaires régionaux de toute la province pour élaborer et mettre en œuvre des façons novatrices visant un traitement de grande qualité des symptômes que présentent les patients en Ontario.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Inaugurer l'application mobile de l'ICES dans la province, qui permettra aux patients d'effectuer le suivi de leurs symptômes de cancer, en tout temps, à partir de leurs propres appareils.
- Publier un nouveau guide de traitement des symptômes pour la santé sexuelle et lancer de nouveaux guides sur le traitement des symptômes des patients afin de favoriser une meilleure responsabilisation.
- Organiser des études pilotes sur l'amélioration des symptômes dans le contexte autochtone, à Manitoulin Island et dans la collectivité, grâce à un partenariat établi avec le CASC.

Résultats signalés par les patients

Les résultats signalés par les patients (RSP) sont des mesures qui évaluent le fonctionnement, les symptômes, les effets du traitement et le bien-être du point de vue du patient et qui sont généralement établis à l'aide de questionnaires. En intégrant de façon générale la mesure des résultats signalés par les patients à chacune des étapes du traitement du cancer, et en contrôlant l'évolution des notes des patients pour l'ensemble du réseau de cancérologie, ACO peut améliorer la qualité des soins en assurant un meilleur traitement des symptômes, une qualité de vie reliée à la santé plus poussée et une satisfaction accrue.

Ce travail est réalisé par le comité consultatif sur les résultats signalés par les patients de ACO. L'objectif de ce comité est de préparer des recommandations sur la mise en œuvre de nouvelles mesures validées signalées par les patients qui évaluent avec plus de précision les symptômes et les effets pour l'ensemble des patients atteints d'un cancer. Ce travail est fondé sur une recherche approfondie

réalisée au Canada et un cadre de travail élaboré en Ontario pour la mesure des résultats essentiels pour les patients et en fonction de pathologies particulières.

L'intégration d'un système de mesure des résultats signalés par les patients dans les soins cliniques généraux permettra d'améliorer le traitement des symptômes, les effets des traitements ressentis par les patients, la participation des patients aux soins et la qualité pour la population. Ce travail contribuera à mieux cerner les incidences du cancer sur la personne holistique et favorisera la prise de décisions cliniques ainsi que l'amélioration de la qualité de façon à rehausser l'expérience des patients atteints d'un cancer et au-delà.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Ajouté les premiers résultats signalés par le patient à l'instrument ICES, soit l'auto-déclaration de statut fonctionnel du patient (IASF). Cette évaluation permet aux cliniciens de mieux comprendre le fonctionnement physique des patients et oriente les décisions touchant la planification des soins et des traitements.
- Entrepris une étude pilote sur l'évaluation des RSP pour la toxicité chimiothérapeutique et les symptômes se rapportant au cancer de la prostate, ce qui comprend les fonctions intestinale, sexuelle et urinaire.
- Reçu l'autorisation du programme provincial sur les RSP afin de mettre en œuvre la mesure de l'anxiété et de la dépression.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élargir les efforts pour faire participer les patients et les cliniciens à la détermination des nouveaux domaines susceptibles de faire l'objet d'une mesure des résultats signalés par les patients.
- Établir un projet pilote se rapportant à l'anxiété, la dépression, la douleur, la fatigue et les symptômes particuliers de la maladie dans le domaine du cancer de la tête et du cou.
- Évaluer la mesure des résultats signalés par les patients et de leurs réactions cliniques dans les collectivités des Premières Nations, en collaboration avec l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones ainsi que les patients et les membres des familles.

Programme pour les survivants

Le mandat du Programme pour les survivants de ACO est de leur permettre d'avoir accès à l'information nécessaire à propos de leurs soins, au moment et à l'endroit appropriés, afin de les faire profiter d'un état de santé positif. Le Programme contribuera aux priorités stratégiques du PLCO III en améliorant l'intégration entre les fournisseurs pour faire en sorte que les économies réalisées au sein du réseau permettent aux survivants du cancer de profiter de soins de grande qualité.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Évalué les incidences de projets sur les survivantes à un cancer du sein et les soins de suivi. Le programme a permis d'évaluer un certain nombre de patientes qui avaient été transférées de spécialistes en oncologie à un contexte de soins primaires, ainsi que l'expérience des patientes et des fournisseurs pour les nouveaux modèles de soins.
- Mis en œuvre de nouveaux modèles pour les soins de suivi après un cancer colorectal dans les 12 régions restantes en vue d'optimiser la prestation des soins de suivi et d'assurer des transformations durables dans la pratique.
- Réalisé des activités d'échange des connaissances avec des fournisseurs de soins primaires de façon à les sensibiliser aux priorités des patients ayant survécu à un cancer et aux besoins du réseau afin de favoriser la prestation des soins de suivi aux patients ayant survécu à un cancer.
- Élaboré des lignes directrices additionnelles fondées sur un consensus et sur les résultats de la recherche pour les soins de suivi après un cancer du poumon et de la prostate.

Voir également : Modèles de soins

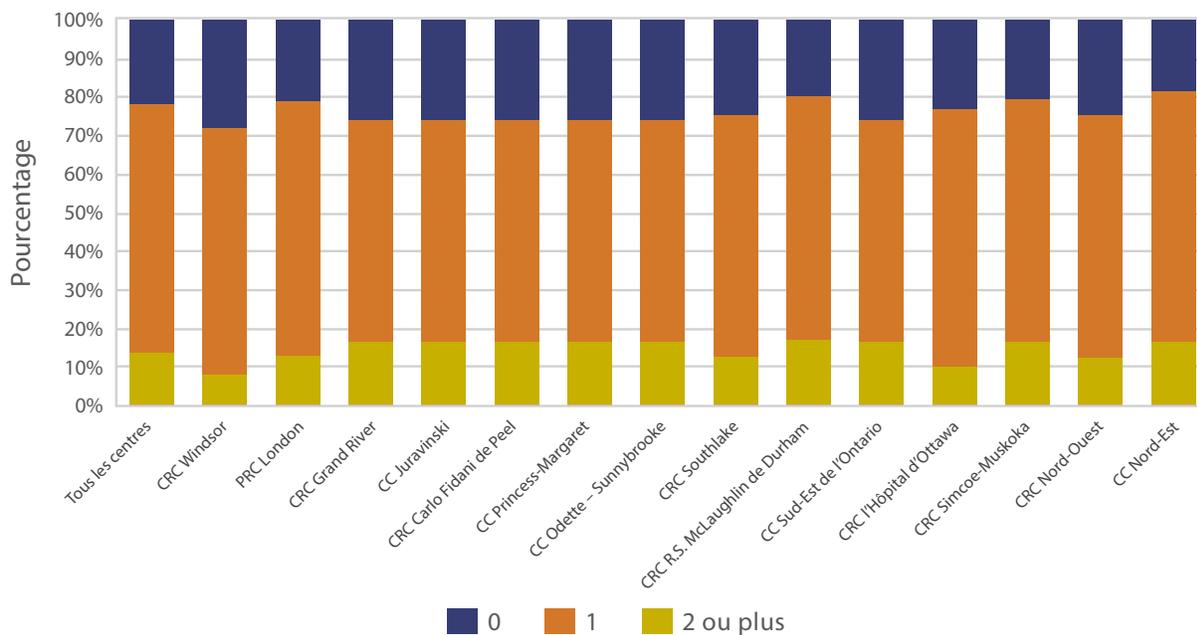
Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élaborer et réaliser un projet pilote visant à mesurer l'expérience des patients pendant la phase de survie du traitement du cancer.

Survie après un cancer

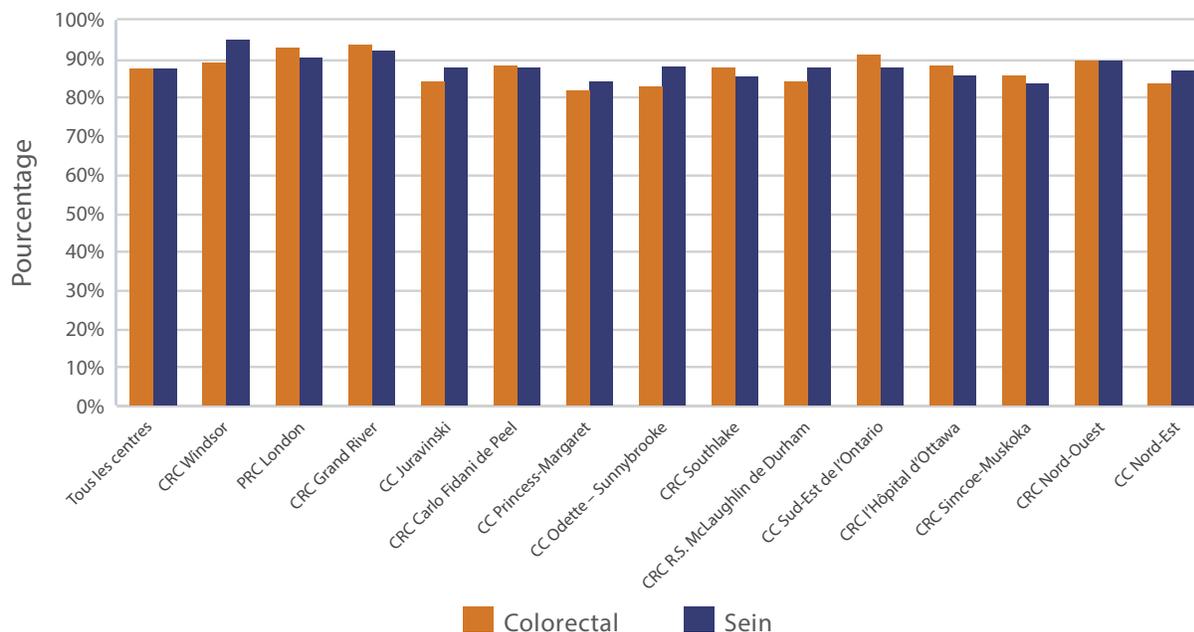
Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du sein et de cancer colorectal en 2011 qui ont rendu visite à leur médecin de famille de 13 à 18 mois après le diagnostic, par Centre régional de cancérologie (CRC)



Date du rapport : janvier 2014 Source : OCR, ALR, NACRS, DAD et RASO Préparé par : Centre d'excellence en informatique, Action Cancer Ontario

Survie après un cancer

Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du sein et de cancer colorectal en 2011 qui ont rendu visite à leur médecin de famille de 13 à 18 mois après le diagnostic, par Centre régional de cancérologie (CRC)



Date du rapport : janvier 2014 Source : OCR, ALR, NACRS, DAD et RASO Préparé par : Centre d'excellence en informatique, Action Cancer Ontario

- Élaborer une approche novatrice pour accroître l'intégration des survivants à un cancer en élaborant un programme de formation en résidence en vue de favoriser une formation plus précoce et de resserrer les liens entre les résidents en soins primaires et en oncologie.
- Poursuivre le travail avec les fournisseurs de soins primaires afin de mieux comprendre les mécanismes particuliers et d'aider les patients en transition dans les centres de cancérologie lorsqu'une récurrence est soupçonnée.

Soins palliatifs

Au fur et à mesure de l'augmentation du nombre de citoyens ontariens qui vivent avec un cancer, y survivent ou décèdent de cette maladie, un nombre croissant de patients et de fournisseurs de soins dans la province pourraient profiter d'un accès plus rapide aux soins palliatifs et aux divers traitements administrés contre le cancer. Les soins palliatifs ont été reconnus comme un domaine prioritaire par ACO et divers organismes et fournisseurs de services provinciaux et régionaux. Les soins palliatifs font plus que d'assurer le confort du patient en fin de vie. Ils comprennent le traitement des douleurs et des symptômes, le soutien aux soignants, un soutien psychologique, culturel, affectif et spirituel ainsi qu'un soutien après le deuil d'un être aimé. Les besoins des patients en matière de soins palliatifs varient en fonction de l'étape du traitement de leur maladie. Leurs besoins peuvent être très simples et nécessiter une « approche de soins palliatifs » (services de premier niveau) ou plus complexes, et nécessiter des services de soins palliatifs spécialisés (niveaux de services secondaire ou tertiaire). S'ils sont administrés plus tôt pendant le cheminement des patients, les soins palliatifs améliorent l'expérience des patients et la qualité de leurs soins, en plus de contribuer à réduire les dépenses inutiles au plan des soins de santé en fin de vie. ACO continue de mettre de l'avant diverses initiatives pour faire en sorte que tous les citoyens de l'Ontario puissent profiter d'une approche palliative à chacune des étapes du traitement du cancer et que les soins appropriés soient dispensés chaque personne, au bon moment et au bon endroit.

ACO soutient également le document *Des soins palliatifs de grande qualité et de grande valeur en Ontario : Déclaration de partenariat et engagement à l'égard de l'action*, qui constitue un document de planification stratégique visant à améliorer l'expérience en fin de vie de la population de l'Ontario. Cette déclaration découle d'un effort collaboratif ayant réuni plus de 80 intervenants dans la province. ACO fait partie du comité directeur et assure la promotion du travail décrit dans la déclaration. En collaboration avec ses partenaires, ACO cherche à améliorer l'expérience des patients en transformant la culture des soins palliatifs en Ontario.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Fait progresser la transformation de la culture des soins palliatifs en élaborant la position de ACO touchant les niveaux de soins palliatifs, et rendu public un plan de la voie pathologique pour les soins palliatifs et l'OPS.
- Collaboré avec les RLIS afin d'adopter une approche commune pour la détermination des services palliatifs dans la province. Cet inventaire des actifs servira de base de référence pour la mesure des services palliatifs dans la province et pourra être contrôlé périodiquement de façon à permettre de déceler les lacunes dans le réseau.
- Travaillé avec nos partenaires provinciaux afin d'établir un ensemble d'indicateurs de rendement appropriés et efficaces pour les soins palliatifs en Ontario.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Assurer une détermination plus rapide des patients qui pourraient profiter d'une approche palliative, en assurant la formation et l'encadrement des médecins en soins primaires, des oncologistes et du personnel infirmier.
- Dispenser des soins palliatifs intégraux grâce à des modèles de services intégrés qui feront l'objet d'un projet pilote dans trois régions et seront par la suite implantés progressivement dans la province.
- Assurer une meilleure formation des fournisseurs de soins de santé dans le traitement des symptômes afin qu'ils répondent plus efficacement aux notes sur la situation fonctionnelle signalée par les patients.

Expérience des patients

Le Programme sur l'expérience des patients vise à mesurer l'expérience des patients à chacune des étapes du traitement du cancer. L'expérience des patients constitue une priorité stratégique du PLCO III. L'objectif est qu'en 2015, tous les patients atteints d'un cancer en Ontario aient la possibilité de présenter leurs observations sur leur expérience à chacune des étapes du traitement de leur maladie. Du point de vue du programme, le plan consiste à établir la responsabilité des programmes régionaux de cancérologie dans l'amélioration de l'expérience des patients grâce à une meilleure intégration du processus de gestion du rendement de ACO.

Pour bien marquer sa détermination à améliorer l'expérience des patients, ACO a intégré les soins axés sur la personne dans les objectifs de sa stratégie générale. De plus, l'un des principes importants des soins axés sur la personne est la détermination significative des patients et des familles à améliorer l'expérience du patient. Pour assurer la participation des patients, les conseillers pour les patients et les familles doivent participer à l'élaboration, à la mise en place et à l'évaluation du réseau de soins de santé.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Réalisé la planification complète des activités nécessaires à la mesure en temps réel (MTR), grâce aux activités suivantes :
 - Élaboration d'une demande de soumission pour un instrument d'analyse en MTR destiné aux centres régionaux de cancérologie.
 - Élaboration d'un questionnaire sur l'expérience des patients qui fournit des données en temps réel sur leur expérience et peut servir à améliorer la qualité dans les centres de cancérologie.
- Élaboré un cadre de travail pour la mesure des expériences personnelles applicable à l'ensemble des programmes et des portefeuilles de ACO afin d'adopter une approche structurée et cohérente pour évaluer l'expérience des patients à chacune des étapes du traitement du cancer.
- Recruté et formé 40 conseillers additionnels pour les patients et les familles, au-delà du Conseil consultatif

des patients et des familles, et intégré les observations présentées par les patients dans plus de 80 initiatives de ACO.

Perspectives futures

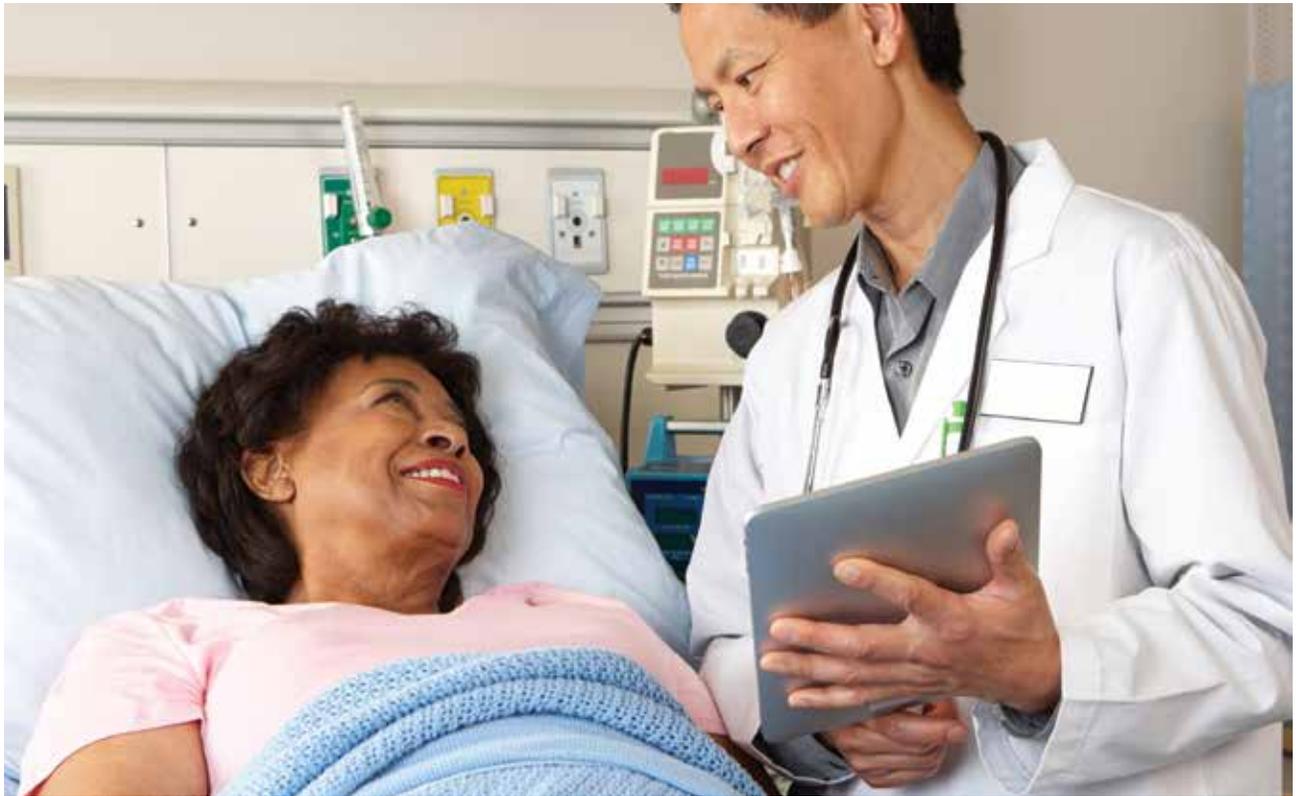
En 2014-2015, nous entendons :

- Continuer de mettre l'accent sur la MTR. La priorité consistera à mettre sur pied un système susceptible de recueillir l'expérience des patients en temps réel et de valider dans le cadre d'un projet pilote le questionnaire sur l'expérience des patients en MTR pour l'étape du traitement.
- Élaborer un projet pilote sur la mesure de l'expérience des patients aux diverses étapes, en mettant l'accent sur le traitement et les soins dispensés aux survivants et en fin de vie.
- Faire connaître le cadre de travail sur les soins axés sur la personne et la participation des patients aux programmes régionaux de cancérologie, tout en élaborant et mettant en œuvre une carte de pointage sur l'expérience des patients.

Modèle de soins

En raison de la croissance et du vieillissement de la population de l'Ontario, la demande pour les services de cancérologie est en hausse. Dans un contexte de contraintes économiques, cette situation menace la viabilité de nos modèles actuels de prestation des soins. C'est pourquoi ACO doit profiter d'un meilleur rendement et d'une valeur accrue pour chacun des dollars que nous consacrons aux soins de santé, en plus d'optimiser le recours aux ressources humaines en santé (RHS). En vue d'atteindre ces objectifs, ACO a mis sur pied son Programme de modèles de soins, conçu pour modifier la façon dont la province dispense et défraie les soins, suscite la participation des patients et planifie de façon fiable les RHS dont nous aurons besoin plus tard.

Essentiellement, cette initiative est sous-tendue par la nécessité d'adopter des modèles de soins de cancérologie novateurs, axés sur les meilleures pratiques, centrés sur le patient et multidisciplinaires qui répondent aux difficultés auxquelles le réseau des soins de santé de l'Ontario est confronté.



Faits saillants

En 2013–2014, nous avons :

- Continué de soutenir la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins pour les patients qui ont terminé leurs traitements contre le cancer. Le nouveau modèle de soins optimise le rôle des spécialistes et des fournisseurs de soins primaires, tout en dispensant les meilleurs soins possibles aux patients (pour en savoir davantage, voir la section Programme pour les survivants).
- Entrepris de déterminer les incidences des changements apportés au modèle de soins pour les patients, les fournisseurs et le réseau de cancérologie. Pour la première fois, les conséquences de ces changements ont été quantifiées et utilisées pour la planification des RHS. Les nouveaux modèles contribuent à ralentir la nécessité de nouveaux médecins pour faire face à la demande croissante.
- Travaillé de concert avec le Programme de soins infirmiers oncologiques pour étudier de nouveaux modèles de soins ambulatoires. Un atelier d'une journée complète a permis de réunir des fournisseurs

de soins de santé, des administrateurs, des conseillers pour les patients et les familles et des spécialistes en cartographie de la chaîne de valeur, qui ont présenté des recommandations sur l'évolution future des modèles ambulatoires de soins qui soutiennent le recours approprié aux RHS, aux processus et aux technologies.

Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Explorer les possibilités d'adopter de nouveaux modèles de soins pour les patientes présentant un cancer gynécologique.
- Mettre l'accent sur l'optimisation des radiothérapies palliatives en élargissant le rôle des oncologues radiologistes.
- Élaborer un plan de mise en œuvre des conclusions du travail réalisé avec le programme de soins infirmiers sur les modèles de soins ambulatoires.



Gestion des voies pathologiques

La gestion des voies pathologiques (GVP) est une approche unifiée de la façon dont nous établissons les priorités pour la lutte contre le cancer, dont nous planifions les services de cancérologie et dont nous améliorons la qualité des soins en Ontario. La GVP applique un cadre de travail pour examiner le rendement de l'ensemble du réseau, à chacune des étapes de la lutte contre le cancer, de la prévention au rétablissement et aux soins en fin de vie, et détermine les lacunes et les goulots d'étranglement qui existent. La GVP concerne les problèmes particuliers auxquels font face les patients atteints d'une forme déterminée de cancer grâce à l'élaboration et au maintien de voies pathologiques qui définissent nos meilleures pratiques. Elle permet de reconnaître les possibilités d'intégrer les meilleures pratiques au processus de prestation des soins, de contrôler

le rendement par rapport à la voie pathologique et de catalyser l'action pour combler les lacunes au plan de la qualité et des mesures.

Cette approche axée sur la pathologie pendant le cheminement du patient et la composition multidisciplinaire de ces équipes font de la GVP le véhicule idéal pour améliorer les processus, la qualité des soins et l'expérience des patients en déterminant les secteurs à améliorer dans la province, la qualité des soins et l'expérience des patients, et en précisant les améliorations que la province, les programmes régionaux de cancérologie et les établissements individuels peuvent réaliser. Elle constitue un catalyseur important en favorisant la collaboration entre les autres programmes cliniques afin d'améliorer l'expérience générale des patients de l'Ontario atteints d'un cancer.

La gestion des voies pathologiques (GVP) est une approche unifiée de la façon dont nous établissons les priorités pour la lutte contre le cancer, dont nous planifions les services de cancérologie et dont nous améliorons la qualité des soins en Ontario.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Rendu publiques sur le site web de ACO les voies pathologiques pour le dépistage, le diagnostic et le suivi du cancer colorectal, et pour le traitement du cancer rectal et du côlon.
- Intégré les soins palliatifs et les soins psychosociaux aux voies existantes pour le traitement et le suivi du cancer du poumon et colorectal.
- Rendu publique une version conviviale pour les patients des voies pour le dépistage, le diagnostic et le suivi du cancer colorectal. Elle est offerte en version imprimable sur le site web de ACO.
- Entrepris l'élaboration d'une voie pour le cancer du sein et les cancers gynécologiques.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Publier des voies pathologiques pour le cancer du sein et les cancers gynécologiques, et évaluer la disponibilité des documents d'orientation fondés sur la recherche, des mesures et des initiatives pour l'amélioration de la qualité.
- Élargir la mesure du rendement et de la qualité pour diverses formes de cancer.
- Collaborer avec les régions pour intégrer les voies pathologiques et les dossiers médicaux électroniques aux points de services.

Services de traitement des maladies rénales chroniques

Plan rénal de l'Ontario

En 2012, le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) a rendu public le premier plan rénal de la province, le Plan rénal de l'Ontario (PRO) 2012-2015. Après des consultations approfondies, le RRO a élaboré une stratégie triennale ambitieuse destinée aux patients atteints d'une maladie rénale chronique (MRC), qui entend assurer des améliorations quantifiables au plan de la qualité en matière de santé, de responsabilité et d'optimisation des ressources. Le PRO comporte sept priorités stratégiques qui indiquent de quelle façon le RRO et ses partenaires et intervenants travailleront en collaboration afin de réduire les risques d'apparition des maladies rénales en phase terminale dans la population de l'Ontario tout en améliorant la qualité des soins et des traitements pour les patients actuels et futurs.



Réseau rénal de l'Ontario

Au fur et à mesure de la croissance et du vieillissement de la population de l'Ontario, le nombre de personnes exposées à des risques d'apparition des MRC s'accroît, et la prévalence des MRC devrait également être en hausse. Le RRO a mis en œuvre une stratégie provinciale touchant les maladies rénales chroniques (PRO) qui permettra d'assurer des améliorations quantifiables et soutenues dans les soins dispensés aux patients atteints d'une MRC dans la province.

Le Système de signalement rénal de l'Ontario (SSRO) constitue l'armature centrale pour l'exécution du Plan rénal de l'Ontario (PRO), notamment pour le financement axé sur le patient. En 2013-2014, le RRO a mis sur pied un projet technique (ORRS Expose & Upload) qui a permis la présentation directe des données par tous les fournisseurs de services de dialyse pratiquement en temps réel. Ces progrès techniques ont harmonisé le processus de présentation des données, en ont accru l'exactitude et l'efficacité et ont permis la mesure et la compilation rapide du rendement du réseau de soins de santé, des soins dispensés aux patients et des fonds attribués.

Le RRO a établi de nouveaux partenariats pour la réalisation de nouvelles recherches qui sous-tendent des soins de grande qualité pour les MRC, l'élargissement et l'amélioration des évaluations sur les capacités provinciales de dialyse et l'évaluation des initiatives stratégiques visant à soutenir les priorités du RRO et l'application des connaissances nouvelles dans l'ensemble du réseau provincial des fournisseurs et administrateurs.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Mis sur pied une capacité organisationnelle afin d'améliorer la coordination des soins et de régler les problèmes que présentaient les soins et leur financement dans les collectivités, et mieux soutenir et promouvoir les soins axés sur les patients dans les collectivités qui traitent les maladies rénales. Ainsi, le RRO a pu constater une augmentation du nombre et de la prévalence des dialyses à domicile, a défini un modèle de soins améliorés pour les dialyses péritonéales assistées et cherche à mieux comprendre les besoins des patients par le biais de consultations avec les patients et les familles de toute la province qui sont touchés par les MRC.
- Entrepris d'élaborer l'infrastructure nécessaire pour réduire les progrès des MRC en aidant les fournisseurs de soins de santé primaires à mieux reconnaître et traiter les MRC. Ces activités ont fait appel à des orientations standardisées en néphrologie, des programmes de mentorat, des instruments électroniques permettant de soutenir les décisions au plan des dossiers médicaux et une trousse sur les soins primaires pour les MRC.
- Mis sur pied un processus pour faire en sorte que tous les programmes régionaux pour le traitement des MRC en Ontario adoptent un modèle de soins axés sur le patient qui assurent la sécurité des patients et des fournisseurs tout en permettant des améliorations au plan de l'efficacité et de la qualité clinique et en offrant un accès aux soins le plus près possible du domicile. Ces activités ont fait appel à l'élaboration de normes organisationnelles pour orienter la prestation de soins fondés sur la recherche pour le traitement des MRC dans la province, les hôpitaux et la collectivité.

Au fur et à mesure de la croissance et du vieillissement de la population, la prévalence des maladies rénales chroniques (MRC) devrait également augmenter. Le RRO a adopté une stratégie provinciale qui entraînera des améliorations quantifiables et soutenues dans les soins destinés aux patients atteints d'une MRC.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Assurer la participation des intervenants et des patients dans les régions et l'ensemble de la province pour rédiger et rendre public le deuxième plan stratégique du RRO, soit le PRO II 2015-2019. Ce plan indiquera de façon structurée comment le RRO poursuivra son travail pour réduire les risques d'apparition des maladies rénales au stade final (MRSF) tout en améliorant la qualité des soins et des traitements pour les patients actuels et futurs atteints d'une MRC.
- Soutenir la transition entre les soins dispensés en milieu hospitalier et en milieu communautaire en élargissant le cadre de financement fondé sur les patients aux diverses étapes du continuum des soins et en étudiant des instruments et des modèles novateurs de soins de pré-dialyse pour l'auto-administration des traitements contre les MRC. Ces mesures devraient accroître l'intégration, la qualité et l'efficacité pour l'ensemble du continuum des soins.
- Élaborer un modèle élargi axé sur les patients pour le traitement des MRC et des MRSF par le biais de matériel de formation adapté, d'instruments pour la prise de décision et d'instruments de signalement des résultats pour les patients et les fournisseurs de soins. Ces mesures permettront d'améliorer les connaissances théoriques et pratiques des fournisseurs, d'aider les patients atteints d'une MRC à prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins et d'intégrer les résultats signalés par les patients dans les mesures visant à accroître la qualité et la rentabilité des soins.



Accès aux soins

Au nom du MSSLD, l'Accès aux soins (AAS) transforme le paysage des soins de santé en Ontario grâce à l'élaboration, la mise en œuvre et la gestion d'une initiative sur la Gestion de l'information/Technologie de l'information (GI/TI), dans le cadre de la Stratégie de l'Ontario sur les temps d'attente et les salles d'urgence (SU) et de la Stratégie sur l'information pour les Niveaux alternatifs de soins (NAS). L'AAS permet de reconnaître que le modèle de services soutient la collecte et l'utilisation d'informations par la province afin d'améliorer l'accès, le rendement, la qualité et l'efficacité des soins pour les intervenants du réseau provincial de soins de santé.

Stratégies provinciales sur l'information

Temps d'attente avant une chirurgie et efficacité

L'Ontario continue d'être l'un des chefs de file au Canada pour la compilation et l'efficacité des temps d'attente avant une chirurgie. Le programme d'AAS pour les chirurgies assure l'infrastructure et les services opérationnels quotidiens nécessaires pour suivre les temps d'attente dans 92 hôpitaux et pour plus de 3 100 cliniciens. Le programme gère également les données sur l'efficacité des salles d'opération (SO) de 82 hôpitaux qui portent sur la durée des interventions chirurgicales que reçoivent les patients, depuis leur admission jusqu'à leur congé.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Soutenu le MSSLD et les divers intervenants en cause pour obtenir la note « A » décernée par l'Alliance sur les temps d'attente pour l'atteinte des cibles de rendement dans le domaine des arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies contre les cataractes, l'oncologie radiologique et les services cardiaques.
- Mené à bien la première partie du projet pilote sur la carte de pointage des chirurgiens, qui portait sur 23 chirurgiens et a permis à 82 pour cent des chirurgiens participants de réduire leurs listes d'attente.
- Élargi nos connaissances sur le cheminement des patients grâce à la diffusion des premiers rapports sur l'Attente 1 dans la province pour les RLIS et les hôpitaux. Nous avons également établi les cibles d'accès pour l'Attente 1 du MSSLD pour l'oncologie chirurgicale dans les RLIS et les hôpitaux afin de préparer leur présentation au public.
- Entrepris la collecte et la compilation de données sur les chirurgies, par le biais du Système d'information sur les temps d'attente (SITA) dans trois nouveaux établissements.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élargir la carte de pointage des chirurgiens (Phase 2) à d'autres médecins afin de les sensibiliser à leurs listes d'attente, d'assurer une meilleure responsabilité et de réduire les temps d'attente.
- Évaluer le projet pilote sur la cible d'accès pour l'Attente 1 afin d'étudier la possibilité d'adopter des cibles d'accès pour l'Attente 1 dans de nouveaux domaines chirurgicaux.
- Déterminer la meilleure méthode pour la mise en œuvre de nouveaux indicateurs de rendement visant à établir les possibilités d'amélioration de l'efficacité des SO.
- Fournir au MSSLD des analyses des données sur les modèles d'admission centrale et leurs incidences sur la durée des temps d'attente.

Temps d'attente avant une imagerie diagnostique et efficacité en RMN

Malgré l'augmentation du nombre d'imageries chaque année, les temps d'attente avant une RMN et une tomodensitographie ont été réduits de façon constante depuis l'adoption de la Stratégie sur les temps d'attente par la province. Aujourd'hui, l'AAS permet au MSSLD de favoriser l'amélioration des délais d'attente dans 79 établissements de la province. En 2013, ce programme a été élargi pour assurer un meilleur accès aux services de RMN en compilant les données sur l'efficacité dans 65 centres et 51 établissements.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Assuré la transition complète du programme d'efficacité en RMN du Réseau universitaire de santé à l'AAS.
- Entrepris la collecte de données sur les temps d'attente avant une imagerie diagnostique et leur présentation par le biais du SITA dans trois installations autonomes de santé et un hôpital additionnel.
- Complété l'élaboration technique et les conditions relatives à la collecte et à la compilation automatiques des données sur les RMN par le biais du SITA.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Soutenir le MSSLD dans l'optimisation du modèle d'attribution des fonds pour l'imagerie diagnostique, à l'aide de nouvelles données sur l'efficacité des RMN.
- Établir des partenariats avec des centres et des installations pour intégrer le SITA comme méthode de collecte et de compilation des données sur l'efficacité des RMN dans la province.

Système d'information sur les temps d'attente - réseau des soins cardiaques

L'AAS soutient le Réseau des soins cardiaques (RSC) en élaborant, en perfectionnant et en conservant l'application sur le Système d'information sur les temps d'attente pour le Réseau des soins cardiaques (SITA RSC). Le système recueille des données essentielles pour soutenir le RSC et les cliniciens et assurer la qualité des soins dispensés aux patients présentant un trouble cardiaque.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Assuré une disponibilité de 99 pour cent de l'application SITA-RSC pour l'exercice écoulé.
- Réalisé des perfectionnements majeurs du système pour l'implantation de valvules aortiques trans-cathéter, ce qui comprend 400 nouveaux champs de données additionnels.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Mettre à jour le système SITA-RSC pour permettre la collecte de données sur les interventions vasculaires se rapportant à la correction des anévrismes aortiques, des membres inférieurs et des artères carotidiennes.
- Moderniser le système SITA-RSC en modifiant certaines fonctionnalités afin d'améliorer le rendement technique du système et l'expérience des utilisateurs.

Niveaux alternatifs de soins

Les patients qui occupent un lit d'hôpital mais n'ont pas besoin des services intensifs du milieu hospitalier augmentent les coûts du réseau de santé et restreignent l'accès à des soins de grande qualité pour d'autres patients. L'initiative sur les niveaux alternatifs de soins (NAS) a été adoptée pour déterminer les obstacles qui nuisent au traitement des patients et favoriser une meilleure allocation des ressources des salles d'urgence, des hôpitaux et des services communautaires.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Intégré avec succès deux établissements additionnels pour la collecte de données sur les NAS et leur compilation dans le SITA.
- Dirigé la constitution de deux nouveaux groupes hospitaliers pour les NAS afin de permettre une meilleure évaluation du rendement par les pairs, de déceler les possibilités d'amélioration et de favoriser l'établissement de cibles futures.
- Collaboré avec le MSSLD, les responsables cliniciens et les organismes externes partenaires afin de maximiser le rendement des NAS par le biais du nouveau plan d'analyse des NAS.

- Lancé la plus récente version des rapports sur les NAS grâce au rapport mensuel de rendement des NAS dans les RLIS. Ce nouveau rapport est fondé sur le rapport général provincial pour les NAS et met l'accent sur les questions essentielles permettant de mieux cerner la population des NAS en Ontario.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Rendre publics les rapports hospitaliers comparatifs fondés sur les nouveaux regroupements d'hôpitaux pour les NAS pour permettre aux hôpitaux, aux RLIS et au MSSLD d'établir des comparaisons significatives sur le rendement des NAS entre les établissements analogues.
- Appliquer le nouveau plan analytique des NAS en adoptant de nouveaux indicateurs permettant d'accroître la responsabilité, de déterminer les améliorations au plan du rendement et de réduire les temps d'attente pour les NAS.
- En collaboration avec le MSSLD, élaborer un programme de consultation et de rayonnement pour les RLIS afin de compléter les nouveaux rapports résumés mensuels et de déceler les possibilités d'amélioration du rendement.
- Élargir la compilation des données pour déterminer les facteurs qui sous-tendent les patients pour lesquels l'accès aux NAS est prolongé.

Informations sur les salles d'urgence

L'initiative ambulatoire nationale sur les salles d'urgence (SU) a été mise sur pied pour permettre la mesure et la compilation de la période que passent les patients en salle d'urgence. Les NAS ont établi un partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'utiliser le Système national d'information sur les soins ambulatoires pour la collecte rapide de données sur les temps d'attente en SU. Aujourd'hui, 92 établissements recueillent un ensemble de 38 éléments de données sur les SU qui évaluent la durée du séjour des patients en SU.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Collaboré avec le MSSLD, les hôpitaux dotés d'une SU et les responsables cliniciens pour réduire tous les mois le temps que passent les patients en SU, malgré une augmentation des volumes dans la province.
- Assuré la formation de groupes d'hôpitaux comportant une SU afin d'accroître la validité des comparaisons entre les hôpitaux analogues et de déterminer ceux qui offrent le meilleur rendement.
- Rendu publics les nouveaux rapports sur le rendement des SU pour répondre aux besoins d'information des intervenants et favoriser une plus grande efficacité dans la préparation des rapports.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Élargir les nouveaux groupes d'hôpitaux comportant une SU pour y intégrer des intervalles de volumes et des caractéristiques particulières afin de déceler les améliorations possibles.
- Soutenir le MSSLD afin de favoriser les comportements qui suscitent un meilleur rendement et justifier les décisions de financement en reconnaissant les établissements qui ont le meilleur rendement et ceux qui affichent la meilleure amélioration de la durée des séjours en SU.

Modèle de soutien provincial de l'accès aux soins

Le MSSLD entend régler divers problèmes qui entravent le réseau de soins de santé et s'est engagé à susciter le changement. De son côté, l'équipe de participation clinique de l'Accès aux soins (AAS) s'est associée aux responsables cliniciens de la province pour traduire cette volonté en une stratégie d'information. L'AAS reconnaît que le modèle de service permet de concrétiser cette stratégie en apportant des solutions techniques, une aide à l'intégration, la gestion des changements, la formation et le contrôle de la qualité des données. Pour offrir un soutien rapide, en temps opportun et de qualité, les fournisseurs de soins de santé peuvent chercher à améliorer l'accès aux soins pour leurs patients.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

- Reçu des observations positives significatives pour le premier programme de communication avec la clientèle directe de l'AAS. Les visites sur place ont servi de forum pour la formation, le soutien direct et le dialogue afin d'améliorer les incidences de la quantification du rendement en Ontario.
- Mené à bien la diffusion de 17 champs de données du SITA, notamment sur l'efficacité de la RMN et l'amélioration des NAS, des chirurgies et de l'imagerie diagnostique.
- Assuré une formation structurée sur l'intelligence commerciale (iPortMD Access) fondée sur les observations directes des hôpitaux.
- Mis à jour la documentation technique du SITA. Ce travail a permis de compléter la documentation sur sa structure fondamentale afin de réduire les risques au plan des connaissances et d'assurer l'efficacité des projets ultérieurs de perfectionnement.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Établir et communiquer une nouvelle stratégie sur la satisfaction de la clientèle des NAS axée sur l'harmonisation de l'expérience des patients et l'instauration d'une culture fondée sur les services en NAS.
- Officialiser un programme continu de rayonnement auprès de la clientèle et inviter périodiquement les hôpitaux à y collaborer et à recueillir des observations.
- Offrir une formation et un soutien aux établissements de soins de santé pour les aider à intégrer les 17 champs de données du SITA dans leurs activités.
- Mener à bien l'élaboration du 18e champ de données du SITA qui vise à accroître la souplesse de ce système essentiel.

Initiatives Stratégiques

ACO traverse une période marquée par des changements significatifs. La croissance et le vieillissement de la population de l'Ontario, ainsi que les difficultés budgétaires actuelles, obligent les organismes de santé à offrir un meilleur rendement et à valoriser chaque dollar consacré à la santé.

En 2012, pour résoudre ces difficultés, ACO a entrepris l'élaboration d'une nouvelle stratégie générale. L'objectif était de promouvoir la qualité, la sécurité, la valeur et l'amélioration du réseau, non seulement pour répondre à la demande actuelle des réseaux de santé de la province, mais aussi pour répondre aux besoins futurs des soins de santé et, avant tout, à la santé future des citoyens de l'Ontario.

Après des consultations élargies auprès des divers intervenants et de ses partenaires, ACO a élaboré son Orientation stratégique 2012-2018, c'est-à-dire un plan d'action qui établit comment ACO pourra favoriser l'amélioration du réseau de santé en se dotant d'un ensemble d'objectifs déterminés, en travaillant à les atteindre et en se dotant d'une plateforme susceptible d'assurer des améliorations plus importantes dans les réseaux de cancérologie et de lutte contre les maladies rénales chroniques dans le cadre de l'accès aux soins. Mais au-delà de ces domaines privilégiés d'activités, ACO jouera également un rôle actif pour susciter encore davantage l'amélioration du réseau de soins de santé en diffusant et en soutenant l'utilisation d'approches dont le succès dans l'amélioration de la qualité, de la responsabilité, de l'innovation et de la valeur est démontré.

Au cours des prochaines années, ACO appliquera activement cette stratégie pour que ses activités continuent de soutenir la prestation de soins intégrés, accessibles et axés sur les patients, et que ses efforts correspondent véritablement aux besoins de chacun des citoyens de l'Ontario.

Partenariat pour une gestion de qualité

En mars 2013, le MSSLD, ACO et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) ont constitué un partenariat en vue d'élaborer des programmes structurés de gestion de la qualité pour trois services de santé, soit les mammographies, les coloscopies et la pathologie.

Tous les intervenants ont convenu de l'urgence de combler les lacunes et de réduire les variations dans ces trois secteurs afin d'assurer :

- Des normes uniformes, fondées sur le travail clinique dans la province.
- Un soutien approprié, des liens et des programmes susceptibles de favoriser le respect de ces normes.
- Une méthode de quantification et de compilation pour tous les niveaux de prestation de soins dans l'ensemble du réseau.

Ces trois services avaient déjà déployé des activités communes pour la gestion de la qualité dans leurs propres domaines respectifs.

L'objectif de ce partenariat est de faire en sorte que les patients reçoivent des services uniformes et de grande qualité, quel que soit l'endroit où ils les reçoivent en Ontario, que ce soit dans un hôpital ou une clinique. De la même façon, le partenariat vise à soutenir les médecins et les équipes de soins dans leur travail continu d'amélioration de la qualité. Le partenariat est une collaboration entre les

cliniciens, les responsables du réseau de soins de santé, les patients et les autres groupes pertinents qui visent à déterminer comment définir et mesurer la qualité afin d'atteindre ces objectifs.

Deux des partenaires de cette entente apportent des atouts particuliers à cette initiative : ACO lui fait profiter de son rôle de premier plan dans l'amélioration continue de la qualité, et l'OMCO lui apporte son expérience au plan de l'assurance de la qualité dans la pratique médicale ainsi que dans les établissements de santé indépendants et en milieu non hospitalier.

Faits saillants

En 2013–2014, nous avons :

- Embauché des directeurs cliniciens pour chacun des services de santé et constitué des comités consultatifs de spécialistes comprenant des cliniciens, des patients, des dirigeants et des administrateurs du réseau de soins de santé.
- Établi des liens de communication étroits avec les intervenants par le biais de bulletins de liaison, de webinaires, d'enquêtes, de présentations et d'un site web offrant de l'information et sollicitant des observations.
- Élaboré un rapport de Phase 1 pour le MSSLD comportant un projet de programmes, une vision préliminaire des programmes structurés de gestion de la qualité dans chaque domaine et un ensemble d'initiatives initiales sur la qualité pour chaque service de santé susceptibles d'être mises en œuvre en 2014-2015.



Perspectives futures

En 2014–2015, nous entendons :

- Mener à bien l'élaboration d'un programme structuré de gestion de la qualité pour chacun des services de santé et préparer un rapport de Phase 2 pour le MSSLD d'ici la fin de 2014 comportant une demande de financement pour la mise en œuvre des programmes.
- Poursuivre nos communications avec les intervenants pour faire en sorte que leur opinion soit entendue et que le travail accompli tienne compte de leur expertise.
- Mettre en œuvre les initiatives initiales sur la qualité pour entreprendre le travail d'amélioration de la qualité dans ces trois services de santé.

Réforme du financement du réseau de santé

En 2012, le MSSLD a entrepris la Réforme du financement du réseau de soins de santé (RFRSS) dans le cadre de la transformation du réseau de soins de santé de la province. La RFRSS assure la transition entre un financement provenant en grande partie d'un budget global au profit d'un système de financement plus transparent, soit un modèle fondé sur les résultats de la recherche dans lequel le financement est plus directement associé à la qualité des soins nécessaires et dispensés.

La réforme vise à répondre aux nouveaux besoins de soins de santé de la population et favorise l'adoption des meilleures pratiques en matière d'efficacité par rapport aux coûts, qui améliorent les résultats pour les patients.

ACO joue un rôle de premier plan dans cette transformation grâce à la mise en œuvre de ces interventions fondées sur la qualité (IFQ), c'est-à-dire des interventions ou des services cliniques administrés à un groupe de patients ayant un diagnostic ou des traitements semblables. Chaque IFQ vise à améliorer la qualité des résultats.

Le travail de ACO dans le domaine de la RFRSS est lié à l'importance stratégique qu'il accorde à l'optimisation des ressources afin de valoriser les soins dispensés dans les réseaux de soins de santé en déterminant et en améliorant l'utilisation des ressources.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons

- Complété la deuxième année de la mise en œuvre du cadre de financement IFQ pour les maladies rénales chroniques (MRC).
- Mené à bien l'élaboration de deux IFQ pour l'endoscopie gastro-intestinale (GI) et les traitements systémiques.
- Entrepris l'élaboration de deux IFQ pluriannuelles additionnelles pour la coloscopie et la chirurgie contre le cancer, en commençant par le cancer de la prostate et le cancer colorectal.
- Établi une unité de financement au sein de notre division de la Planification et des Programmes régionaux pour orienter l'élaboration des IFQ par ACO et collaboré avec le ministère pour la RFRSS, permettant ainsi à ACO de jouer un rôle de premier plan dans les efforts déployés par la province pour associer le financement à la qualité.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Poursuivre la mise en œuvre des IFQ sur les MRC, les traitements systémiques et l'endoscopie GI, et élaborer des IFQ pour la coloscopie et les chirurgies contre le cancer.
- Mener à bien la stratégie de collaboration avec les divers intervenants, notamment en favorisant la

La réforme vise à répondre aux nouveaux besoins de soins de santé de la population et favorise l'adoption des meilleures pratiques en matière d'efficacité par rapport aux coûts, qui améliorent les résultats pour les patients.

participation des RLIS.

- Élaborer une méthode d'évaluation des incidences des IFQ qui soulignent les conséquences accessoires possibles du financement fondé sur les activités.

Infrastructure

Projets d'immobilisation

L'une des principales responsabilités de ACO est de coordonner les investissements nécessaires pour ériger et aménager des centres de diagnostic et de traitement du cancer. Elles portent sur un grand nombre d'activités, depuis la construction de nouveaux centres de cancérologie jusqu'à la mise en œuvre de la Stratégie sur le remplacement des appareils de radiothérapie et connexes, qui vise à faire en sorte que la population de l'Ontario ait accès à des infrastructures qui répondent à ses besoins ainsi qu'aux normes sur la qualité des soins.

Faits saillants

En 2013-2014, nous avons :

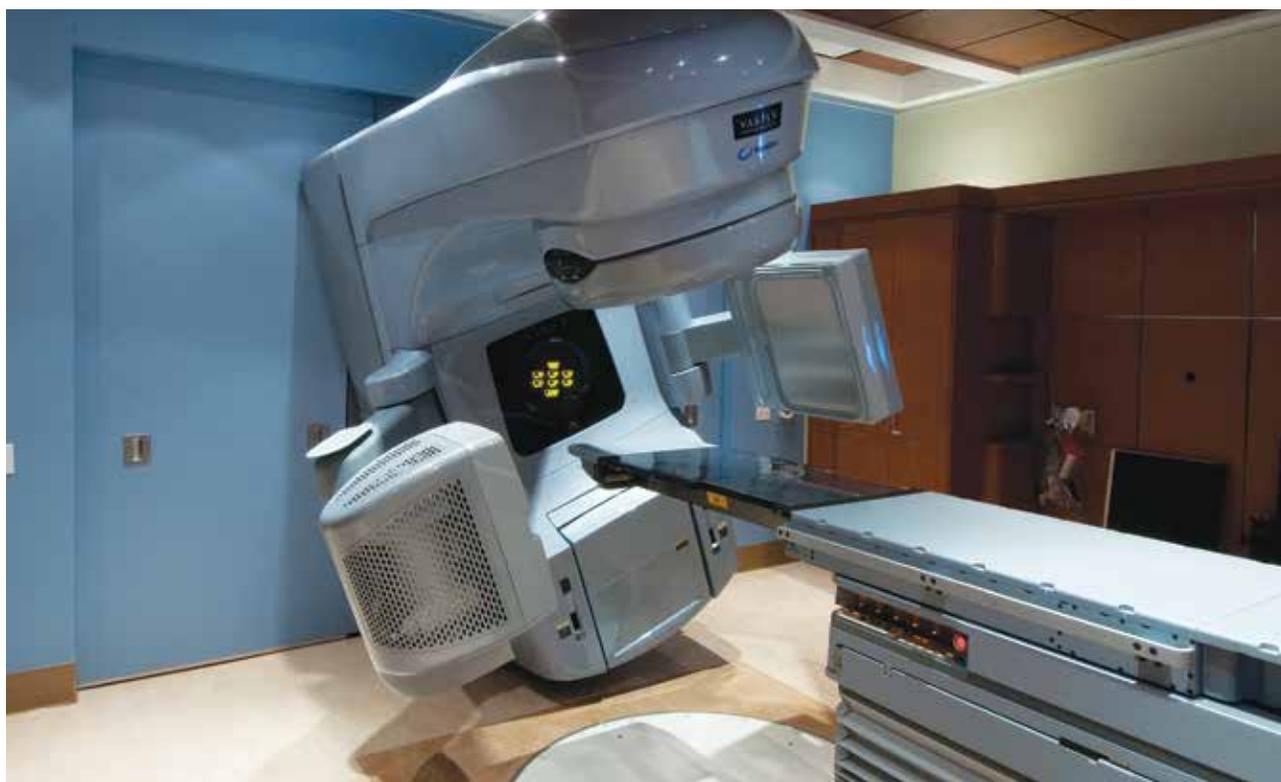
- Collaboré avec les régions pour élaborer un cadre de planification quinquennale particulier pour chaque région qui définit les investissements nécessaires pour accroître la capacité des traitements de radiothérapie en fonction des priorités établies dans la stratégie sur les immobilisations.
- Mis en œuvre de nouvelles politiques associées à la Subvention pour le remplacement des appareils de radiothérapie, qui portent notamment sur les heures d'activités, la fréquence des remplacements, les nouvelles statistiques pour la planification de l'utilisation, l'échéancier réduit associé au déploiement des appareils et une participation locale accrue visant à maximiser l'utilisation de la subvention. ACO assure la gestion de cette subvention pour offrir un accès équitable à des appareils de qualité servant à l'administration des traitements de radiothérapie en Ontario.

Perspectives futures

En 2014-2015, nous entendons :

- Gérer la subvention pour le remplacement des appareils de radiothérapie afin de répartir les fonds en fonction des priorités provinciales et poursuivre la recherche de fonds additionnels afin de mieux répondre aux besoins de remplacement des appareils de radiothérapie vieillissants.
- Transférer la propriété des appareils et l'approche pour les approvisionnements aux hôpitaux partenaires afin de profiter des possibilités offertes et d'améliorer encore davantage le déploiement des ressources de ACO au plan des infrastructures.
- Établir une demande de propositions pour la conclusion d'une entente provinciale sur l'établissement des prix pour faire en sorte que les appareils de radiothérapie acquis représentent les technologies les plus récentes et soient offerts à des prix concurrentiels.
- Élaborer des plans visant à doter du matériel nécessaire les salles de traitement de radiothérapie vacantes dans les régions où la demande est supérieure à la capacité de traitement.

L'une des principales responsabilités de ACO est de coordonner les investissements nécessaires pour ériger et aménager des centres de diagnostic et de traitement du cancer.



États
Financiers
2013–2014

Le 19 juin, 2014

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction et le conseil d'administration sont responsables des états financiers ainsi que de toute autre information contenue dans le présent rapport. Les états financiers ont été dressés par la direction conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public et renferment, s'il y a lieu, des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction.

Action Cancer Ontario tient à respecter les normes les plus élevées en matière d'intégrité et de services aux patients. Pour protéger son actif, l'organisme a mis en place un ensemble solide et dynamique de contrôles et de procédés financiers internes traduisant un bon équilibre coûts-avantages. La direction a élaboré et maintient des contrôles financiers et administratifs, des systèmes d'information et des pratiques de gestion de manière à fournir une assurance raisonnable quant à la fiabilité de l'information financière. Des vérifications internes sont effectuées pour évaluer les systèmes et pratiques de gestion, et des rapports sont remis au comité de vérification et des finances.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, il incombait au conseil d'administration d'Action Cancer Ontario, par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, de s'assurer que la direction avait assumé ses responsabilités en ce qui concerne la présentation de l'information financière et les contrôles internes. Le comité rencontre régulièrement la direction, le vérificateur interne et le vérificateur général pour s'assurer que chaque partie s'est bien acquittée de ses fonctions respectives et pour examiner les états financiers avant de recommander leur approbation par le conseil d'administration. Le vérificateur général a directement et pleinement accès au comité de vérification et des finances, en présence ou non de la direction, afin de discuter de sa vérification et de ses conclusions quant à l'intégrité de l'information financière et à l'efficacité des contrôles internes.

Les états financiers ont été examinés par le bureau du vérificateur général de l'Ontario. Il incombe au vérificateur général d'exprimer son opinion quant à savoir si les états financiers donnent une image fidèle des résultats conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans son rapport, le vérificateur général fait part de son examen et de son opinion.

Au nom de la direction d'Action Cancer Ontario,

Le président et chef de la direction,



Michael Sherar, PhD

Le vice-président et chef des finances,



Elham Roushani, BSc, CPA, CA



Office of the Auditor General of Ontario
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Rapport de l'auditeur indépendant

À Action Cancer Ontario
et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints d'Action Cancer Ontario, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, de l'évolution des soldes des fonds et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière d'Action Cancer Ontario au 31 mars 2014, ainsi que des résultats de son fonctionnement et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le vérificateur général,

Bonnie Lysyk, MBA, CPA, CA, ECA

Toronto (Ontario)
Le 19 juin 2014

Box 105, 15th Floor
20 Dundas Street West
Toronto, Ontario
M5G 2C2
416-327-2381
fax 416-326-3812

B.P. 105, 15^e étage
20, rue Dundas ouest
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
416-327-2381
télécopieur 416-326-3812

www.auditor.on.ca

Action Cancer Ontario

État de la situation financière

Au 31 mars 2014

(en milliers de dollars)

	2014 \$	2013 \$
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 3)	75 124	91 164
Placements (note 4)	93 962	102 921
Créances clients et charges payées d'avance (note 5)	31 171	54 989
	<u>200 257</u>	<u>249 074</u>
Immobilisations (note 6)	<u>152 437</u>	<u>160 147</u>
	<u>352 694</u>	<u>409 221</u>
Passif		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer (note 7)	<u>144 931</u>	<u>189 624</u>
Passif à long terme		
Apports reportés pour immobilisations (note 8)	153 393	169 278
Charges complémentaires de retraite [note 9 b)]	2 371	2 380
	<u>155 764</u>	<u>171 658</u>
Soldes des fonds		
Dotation (note 2)	1 288	1 288
Affectations d'origine interne (note 2)	1 012	1 550
Affectations d'origine externe (note 2)	1 749	2 469
Administration générale – non grevé d'affectations (note 2)	44 666	37 543
Investissement en immobilisations (note 10)	3 284	5 089
	<u>51 999</u>	<u>47 939</u>
	<u>352 694</u>	<u>409 221</u>
Engagements (note 15)		
Passifs éventuels (note 16)		
Garanties (note 17)		

Approuvé par le conseil d'administration,

_____, administrateur

_____, administrateur

Les notes annexes font partie intégrante des présents états financiers.

Action Cancer Ontario

État des résultats

Pour l'exercice clos le 31 mars 2014

(en milliers de dollars)

	Fonds affectés		Fonds d'administration générale		Total	
	2014 \$	2013 \$	2014 \$	2013 \$	2014 \$	2013 \$
Produits						
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	-	-	1 479 491	959 244	1 479 491	959 244
Amortissement des apports reportés pour immobilisations (note 8)	-	-	39 115	34 687	39 115	34 687
Apports en capital du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les programmes intégrés de cancérologie	-	-	7 569	8 125	7 569	8 125
Produits de placement (note 11)	18	17	2 730	2 626	2 748	2 643
Autres produits (note 12)	1 915	2 293	5 634	8 611	7 549	10 904
	1 933	2 310	1 534 539	1 013 293	1 536 472	1 015 603
Charges						
Services relatifs aux maladies rénales chroniques	-	-	573 605	174 861	573 605	174 861
Services fournis dans le cadre des programmes intégrés de cancérologie	-	7	310 497	300 191	310 497	300 198
Médicaments	-	-	281 370	232 323	281 370	232 323
Salaires et avantages sociaux	1 902	1 772	79 100	68 124	81 002	69 896
Services chirurgicaux – hôpitaux	-	-	78 401	70 955	78 401	70 955
Amortissement des immobilisations	-	-	41 064	36 037	41 064	36 037
Services médicaux	32	6	35 472	28 232	35 504	28 238
Services acquis	857	937	27 102	22 642	27 959	23 579
Financement du matériel de mammographie	-	-	24 624	-	24 624	-
Services de dépistage	-	-	18 476	17 588	18 476	17 588
Services hospitaliers de traitement systémique	-	-	16 123	17 761	16 123	17 761
Apports en capital pour les programmes intégrés de cancérologie	-	-	12 897	13 712	12 897	13 712
Charges de retraite [note 9 a)]	-	-	6 536	5 679	6 536	5 679
Coûts d'occupation	1	-	4 273	4 554	4 274	4 554
Services de consultation	27	17	3 898	4 893	3 925	4 910
Honoraires professionnels	-	-	797	608	797	608
Charges complémentaires de retraite [note 9 b)]	-	-	221	141	221	141
Perte nette sur la sortie d'immobilisations	-	-	415	-	415	-
Autres charges de fonctionnement (note 13)	301	194	14 421	12 641	14 722	12 835
	3 120	2 933	1 529 292	1 010 942	1 532 412	1 013 875
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(1 187)	(623)	5 247	2 351	4 060	1 728

Les notes annexes font partie intégrante des présents états financiers.

Action Cancer Ontario

État de l'évolution des soldes des fonds

Pour l'exercice clos le 31 mars 2014

(en milliers de dollars)

	Fonds affectés			Adminis- tration générale – non grevé d'affecta- tions \$	Investis- sement en immobi- lisations \$	Total \$
	Dotation \$	Origine interne \$	Origine externe \$			
Soldes des fonds, au 31 mars 2013	1 288	1 550	2 469	37 543	5 089	47 939
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	-	(484)	(703)	5 247	-	4 060
Variation nette de l'investissement en immobilisations (note 10)	-	-	-	1 805	(1 805)	-
Virements interfonds (note 14)	-	(54)	(17)	71	-	-
Soldes des fonds, au 31 mars 2014	1 288	1 012	1 749	44 666	3 284	51 999

Les notes annexes font partie intégrante des présents états financiers.

Action Cancer Ontario
 État des flux de trésorerie
 Pour l'exercice clos le 31 mars 2014

(en milliers de dollars)

	2014 \$	2013 \$
Flux de trésorerie liés aux :		
Activités de fonctionnement		
Excédent des produits par rapport aux charges	4 060	1 728
Amortissement des immobilisations	41 064	36 037
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	(39 115)	(34 687)
Perte nette sur la sortie d'immobilisations	415	-
Charge au titre des prestations constituées relative aux avantages complémentaires de retraite	221	141
Avantages complémentaires de retraite payés	(230)	(273)
Variation des éléments hors trésorerie du fonds de roulement		
Créances clients et charges payées d'avance	23 818	(26 111)
Créditeurs et charges à payer	(44 693)	(23 810)
	<u>(14 460)</u>	<u>(46 975)</u>
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	(33 857)	(62 036)
Produit sur la sortie d'immobilisations	88	-
	<u>(33 769)</u>	<u>(62 036)</u>
Activités de placement		
Produit des placements échus	102 096	91 428
Acquisition de placements	(93 137)	(72 238)
	<u>8 959</u>	<u>19 190</u>
Activités de financement		
Montants reçus liés aux immobilisations	23 230	63 501
	<u>23 230</u>	<u>63 501</u>
Diminution de la trésorerie et des équivalents de trésorerie au cours de l'exercice	(16 040)	(26 320)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	91 164	117 484
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin de l'exercice	75 124	91 164

Les notes annexes font partie intégrante des présents états financiers.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

1 Nature des activités

Action Cancer Ontario (l'« organisme ») est un organisme gouvernemental provincial qui a la responsabilité d'assurer l'amélioration du rendement des systèmes de santé de cancérologie et de traitement des maladies rénales chroniques de l'Ontario. L'organisme soutient aussi la réalisation des stratégies sur les temps d'attente, sur les services d'urgence et sur les autres niveaux de soins grâce à la collecte et à la diffusion d'informations qui permettront au gouvernement d'évaluer, de gérer et d'améliorer l'accès à des soins de qualité et efficaces. Il a également le mandat de trouver le financement permettant d'améliorer constamment le rendement du système de santé afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins appropriés, au moment opportun, au bon endroit, à chacune des étapes de leur lutte contre le cancer.

Le rôle de l'organisme est aussi de collaborer avec les prestataires de soins de santé dans chaque région de la province afin de planifier les services qui répondront aux besoins actuels et futurs des patients; de soutenir les prestataires dans la prestation de soins de la plus haute qualité conformément aux normes et aux lignes directrices fondés sur des données éprouvées; et de travailler de concert avec les administrateurs, les médecins et autres prestataires de soins pour améliorer l'efficacité et l'efficacé du système.

Il agit aussi à titre de leader dans la création et la mise en œuvre de modèles innovateurs de paiement, il met sur pied des programmes provinciaux conçus pour hausser le taux de participation aux examens de dépistage, il transpose les données issues des recherches en normes et lignes directrices, il transmet l'information aux décideurs provinciaux et il s'assure que les Ontariens peuvent compter sur des systèmes en cancérologie et en traitement des maladies rénales efficaces et de la plus haute qualité en évaluant le rendement des services et en communiquant les résultats.

L'organisme est un organisme de bienfaisance enregistré au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et, par conséquent, est exonéré d'impôt, à condition de satisfaire à certaines exigences de la Loi. Les membres du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration sont des bénévoles dont les services ne sont pas rémunérés. L'organisme et le ministère de la Santé et des soins de longue durée (« MSSLD ») ont conclu un protocole d'entente en vigueur le 31 décembre 2009. L'organisme est principalement financé par la province de l'Ontario, par l'entremise du MSSLD.

Au cours de l'exercice 2013/2014, dans le cadre du projet de réforme visant le financement du système de santé du MSSLD, le mandat de l'organisme à l'égard du système de santé relatif au traitement des maladies rénales chroniques a été élargi afin d'englober la gestion de tous les services liés aux maladies rénales en Ontario. De plus, l'organisme a obtenu du financement de la part du MSSLD, que celui-ci a accordé à divers fournisseurs de soins de santé, en vue du remplacement des appareils de radiographie assistée par ordinateur par des appareils de radiographie plein champ, qui permettent de détecter une plus grande variété de cancers.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

2 Principales méthodes comptables

Mode de présentation

Les présents états financiers ont été préparés conformément aux Normes comptables pour le secteur public s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public publiées par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP).

Comptabilité par fonds

Le fonds de dotation présente les apports grevés d'affectations d'origine externe aux termes desquelles les ressources apportées doivent être préservées en permanence, à moins d'être spécifiquement soustraites par le donateur. Les produits de placement affecté provenant des ressources du fonds de dotation sont comptabilisés comme produits du fonds grevé d'affectations d'origine externe.

Le fonds grevé d'affectations d'origine interne présente les fonds qui ont fait l'objet d'une affectation interne établie par le conseil d'administration en matière d'éducation, de recherche ou d'autres fins particulières.

Le fonds grevé d'affectations d'origine externe présente les dons et les subventions dont l'utilisation a été soumise à des restrictions par le donateur. Ces ressources servent principalement à la recherche. Dans le cadre de sa responsabilité fiduciaire, l'organisme s'assure que tous les fonds grevés d'affectations sont bien utilisés aux fins établies.

Le fonds d'administration générale sert à comptabiliser les programmes de l'organisme et d'autres programmes qui sont financés par le MSSLD. Ce fonds présente les ressources non affectées, les subventions affectées reçues du MSSLD et les subventions affectées reçues d'autres organismes pour lesquelles l'organisme n'a aucun fonds affecté correspondant.

Apports

L'organisme utilise la méthode de la comptabilité par fonds affectés pour la comptabilisation des apports affectés. Les apports affectés sont comptabilisés à titre de produits du fonds affecté lorsque le montant peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que le recouvrement final est raisonnablement sûr. Les apports affectés pour lesquels il n'existe aucun fonds affecté correspondant (y compris les programmes financés par le MSSLD et les autres programmes financés) sont comptabilisés à titre de produits dans le fonds d'administration générale selon la méthode du report.

Les apports non affectés sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale lorsque le montant peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que le recouvrement est probable.

Les apports non affectés destinés à l'achat d'immobilisations sont comptabilisés à titre d'apports reportés pour immobilisations et sont amortis selon la même méthode que celles des immobilisations connexes.

Les apports pour dotation sont comptabilisés à titre de produits du fonds de dotation dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent de dépôts bancaires, de certificats de dépôt et de placements à court terme dont l'échéance initiale est d'au plus trois mois.

Instruments financiers

Les instruments financiers sont évalués à la juste valeur lorsqu'ils sont acquis ou émis. Au cours des périodes subséquentes, les instruments financiers (y compris les placements) sont comptabilisés au coût ou au coût amorti après dépréciation, le cas échéant. Les actifs financiers sont soumis à des tests de dépréciation s'il existe une indication objective de dépréciation. Lorsqu'un placement subit une moins-value durable, le placement est déprécié et la perte est comptabilisée dans l'état des résultats. Quant aux créances clients, lorsqu'une perte est considérée comme probable, la créance client est comptabilisée au montant déprécié estimatif selon le moindre du coût et du montant recouvrable estimatif net, la perte étant comptabilisée dans l'état des résultats. Les coûts d'opération d'une acquisition, d'une vente ou d'une émission d'instruments financiers sont comptabilisés en charges pour ces éléments qui sont ultérieurement évalués à la juste valeur et comptabilisés dans l'instrument financier pour ceux qui sont évalués au coût amorti.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût diminué du cumul des amortissements et des pertes de valeur, le cas échéant. Les coûts associés à la main-d'œuvre interne et de tiers sont inscrits à l'actif dans les logiciels en lien avec le développement de projets de technologie de l'information.

Toutes les immobilisations sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire à des taux calculés en fonction de la durée de vie estimative des actifs.

Le matériel thérapeutique et autre matériel technique sont amortis sur des périodes allant de quatre à neuf ans; le mobilier de bureau et le matériel sont amortis sur des périodes allant de trois à cinq ans; et les améliorations locatives sont amorties sur la durée des contrats de location. Les logiciels sont amortis sur des périodes allant de trois à quatre ans.

Les terrains et les bâtiments de quatre pavillons donnés par la Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario sont comptabilisés à une valeur nominale, car leur juste valeur n'a pu être déterminée au prix d'un effort raisonnable au moment où le don a été reçu.

Lorsqu'une immobilisation n'a plus aucun potentiel de service à long terme pour l'organisme, l'excédent de sa valeur comptable nette sur sa valeur résiduelle doit être comptabilisé en gain ou en perte, selon le cas, dans l'état des résultats.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

Charges

Les charges sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Régime de retraite et avantages complémentaires de retraite

i) Charges de retraite

L'organisme comptabilise sa participation au Healthcare of Ontario Pension Plan (« HOOPP »), régime de retraite interentreprises à prestations déterminées, comme s'il s'agissait d'un régime à cotisations déterminées, étant donné que l'organisme ne dispose pas des renseignements nécessaires pour la comptabiliser comme une participation à un régime à prestations déterminées. Les cotisations de l'organisme sont donc comptabilisées comme s'il s'agissait d'un régime à cotisations déterminées, au moment où elles deviennent exigibles.

ii) Avantages complémentaires de retraite

Les charges complémentaires de retraite sont déterminées par calcul actuariel selon la méthode de répartition des prestations au prorata des services et sont passées en charges à mesure que les services sont rendus. Les ajustements à ces charges découlant des changements d'estimations et les gains et pertes actuariels sont amortis sur la durée moyenne estimative du reste de la carrière active des groupes de salariés concernés selon la méthode de l'amortissement linéaire.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants comptabilisés au titre de l'actif et du passif et sur la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants comptabilisés au titre des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation de la dépréciation de la valeur comptable des immobilisations, l'amortissement des immobilisations ainsi que les charges à payer et les créances clients relatives aux médicaments. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

3 Trésorerie et équivalents de trésorerie – grevés d'affectations

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent un montant de 416 \$ (412 \$ en 2013) grevé d'affectations puisqu'il s'agit de sommes liées à un régime de retraite qui a été dissous et elles sont détenues par un tiers au cas où d'anciens membres déposeraient une demande. Ces sommes sont assujetties à des affectations d'origine externe et ne sont pas disponibles pour une utilisation à des fins générales.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

4 Placements

	2014 \$	2013 \$
Certificats de placement garanti comme suit :		
au taux d'intérêt de 1,95 %, échéant le 5 septembre 2014	43 259	-
au taux d'intérêt de 1,80 %, remboursable à vue, échéant le 11 mai 2015	20 142	-
au taux d'intérêt de 1,80 %, échéant le 2 octobre 2014	10 443	-
au taux d'intérêt de 1,80 %, échéant le 30 octobre 2014	10 076	-
au taux d'intérêt de 1,80 %, échéant le 7 janvier 2015	10 042	-
au taux d'intérêt de 1,50 %, échéant le 5 septembre 2013	-	42 516
au taux d'intérêt de 1,89 %, remboursable à vue, échéant le 5 septembre 2013	-	30 041
au taux d'intérêt de 1,75 %, échéant le 2 octobre 2013	-	10 262
au taux d'intérêt de 1,35 %, échéant le 9 mai 2013	-	10 053
au taux d'intérêt de 1,75 %, échéant le 14 mars 2014	-	10 049
	<u>93 962</u>	<u>102 921</u>

Les certificats de placement garanti qui ont une échéance de plus de un an et qui sont remboursables à vue ont été inclus dans le passif à court terme.

5 Créances clients et charges payées d'avance

	2014 \$	2013 \$
Créances clients	13 138	12 639
À recevoir du MSSLD	16 100	39 817
Charges payées d'avance	1 933	2 533
	<u>31 171</u>	<u>54 989</u>

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

6 Immobilisations

	2014		
	Coût \$	Amortissement cumulé \$	Valeur comptable nette \$
Matériel thérapeutique et autre matériel technique	308 520	173 498	135 022
Mobilier de bureau et matériel	6 146	4 748	1 398
Améliorations locatives	4 415	4 148	267
Terrain et bâtiments	1	-	1
Logiciels	51 352	35 603	15 749
	<u>370 434</u>	<u>217 997</u>	<u>152 437</u>
	2013		
	Coût \$	Amortissement cumulé \$	Valeur comptable nette \$
Matériel thérapeutique et autre matériel technique	322 480	189 761	132 719
Mobilier de bureau et matériel	6 097	3 630	2 467
Améliorations locatives	4 284	3 802	482
Terrain et bâtiments	1	-	1
Logiciels	44 990	20 512	24 478
	<u>377 852</u>	<u>217 705</u>	<u>160 147</u>

Le coût des immobilisations comprend les logiciels en développement de 997 \$ (3 112 \$ en 2013) et les dépôts pour du matériel et des améliorations locatives de 24 281 \$ (36 526 \$ en 2013). Ces montants seront amortis dès que le matériel sera prêt à être mis en service.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

7 Crédoiteurs et charges à payer

	2014 \$	2013 \$
Comptes fournisseurs	69 182	125 340
Charges à payer	53 724	46 208
Somme due au MSSLD	21 609	17 664
Sommes détenues par un tiers au titre d'un régime de retraite (note 3)	416	412
	<u>144 931</u>	<u>189 624</u>

8 Apports reportés pour immobilisations

Les apports reportés pour immobilisations représentent le montant non amorti et non dépensé des fonds reçus en vue de l'acquisition d'immobilisations. La variation du solde des apports reportés pour immobilisations survenue pendant l'exercice est présentée ci-dessous.

	2014 \$	2013 \$
Solde au début de l'exercice	169 278	140 464
Sommes reçues relativement à des immobilisations	23 230	63 501
Sommes comptabilisées à titre de produits	(39 115)	(34 687)
Solde à la fin de l'exercice	<u>153 393</u>	<u>169 278</u>

Le solde des apports en capital reportés pour immobilisations est constitué des éléments ci-dessous :

	2014 \$	2013 \$
Apports en capital non amortis utilisés pour l'acquisition d'immobilisations	149 153	155 058
Apports non dépensés	4 240	14 220
	<u>153 393</u>	<u>169 278</u>

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

9 Avantages de retraite et avantages postérieurs à l'emploi

a) Régime de retraite

Les salariés de l'organisme participent au HOOPP, un régime de retraite interentreprises à prestations déterminées. Les participants du HOOPP reçoivent des prestations fondées sur le nombre de leurs années de service et sur leur salaire moyen annualisé pendant la période de cinq années consécutives au cours de laquelle ils ont été le mieux rémunérés avant leur retraite, leur cessation d'emploi ou leur décès.

Les cotisations versées au HOOPP par l'organisme au cours de l'exercice, pour les salariés, se sont établies à 6 403 \$ (5 679 \$ en 2013) et sont incluses dans les charges de retraite dans l'état des résultats, ce qui rend compte de la totalité des montants exigibles pour l'exercice.

b) Avantages complémentaires de retraite

Avant le 1^{er} janvier 2006, l'organisme offrait à ses salariés actifs et retraités des avantages complémentaires de retraite couvrant les soins médicaux et dentaires. Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'organisme offre des avantages complémentaires de retraite uniquement à ses salariés retraités avant le 1^{er} janvier 2006. Les prestations versées au cours de l'exercice au titre de ce régime sans capitalisation se sont élevées à 230 \$ (273 \$ en 2013). L'évaluation actuarielle des avantages complémentaires de retraite est datée du 1^{er} avril 2013 et a été extrapolée jusqu'au 31 mars 2014.

Les renseignements relatifs aux avantages complémentaires de retraite de l'organisme figurent ci-dessous.

	2014 \$	2013 \$
Obligation au titre des prestations constituées à la fin de l'exercice	3 388	2 754
Actifs du régime à la fin de l'exercice	-	-
Déficit du régime	3 388	2 754
Charges nettes à payer non amorties	(1 017)	(374)
Charges à payer à la fin de l'exercice	<u>2 371</u>	<u>2 380</u>
	2014 \$	2013 \$
Coût financier	122	122
Amortissement des pertes actuarielles	99	19
Charge au titre des avantages	<u>221</u>	<u>141</u>

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

La valeur actualisée déterminée par calcul actuariel de l'obligation au titre des prestations constituées est mesurée en fonction des meilleures estimations de la direction, compte tenu d'hypothèses reflétant la conjoncture économique et les lignes de conduite prévues les plus probables, comme suit :

	2014	2013
Taux d'actualisation	4,36 %	3,94 %
	7,5 % en 2014 à 5 % en 2018 et par la suite	7,5 % en 2013 à 5 % en 2018 et par la suite
Taux de croissance des frais de médicaments		
Taux de croissance des frais hospitaliers, des frais dentaires et d'autres frais médicaux	4 % par année	4 % par année
Durée moyenne résiduelle de vie d'un salarié (années)	11,22	10,21

10 Investissement en immobilisations

	2014 \$	2013 \$
Immobilisations	152 437	160 147
Montants financés par des apports reportés pour immobilisations (note 8)	(149 153)	(155 058)
	<u>3 284</u>	<u>5 089</u>

La variation de l'actif net investi dans des immobilisations est présentée ci-dessous.

	2014 \$	2013 \$
Acquisition d'immobilisations	33 857	62 036
Augmentation des apports reportés pour immobilisations	(33 210)	(59 216)
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	39 115	34 687
Amortissement des immobilisations	(41 064)	(36 037)
Sortie d'immobilisations	(503)	-
	<u>(1 805)</u>	<u>1 470</u>

11 Produits nets de placement

Des produits nets de placement de 18 \$ (17 \$ en 2013) provenant des ressources du fonds de dotation sont inclus dans le fonds affecté.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

12 Autres produits

	2014 \$	2013 \$
Fonds d'administration générale	1 355	4 080
cyberSanté Ontario	2 366	2 319
Santé publique Ontario	131	171
Recouvrement de salaires	1 782	2 041
Autres produits	<u>5 634</u>	<u>8 611</u>
Fonds affecté		
Subventions	<u>1 915</u>	<u>2 293</u>

13 Autres charges de fonctionnement

	2014 \$	2013 \$
Fonds affecté		
Déplacements	119	71
Formation et publications	71	42
Charges générales de bureau	61	44
Matériel	49	37
Autres charges	1	-
	<u>301</u>	<u>194</u>
Fonds d'administration générale		
Matériel	5 528	6 095
Formation et publications	2 607	2 465
Charges générales de bureau	4 082	2 077
Déplacements	1 207	948
Service aux patients	800	800
Autres charges	197	256
	<u>14 421</u>	<u>12 641</u>

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

14 Virements interfonds

	2014 \$	2013 \$
Virement du fonds affecté (affectations d'origine interne) au fonds d'administration générale (du fonds d'administration générale au fonds affecté [affectations d'origine interne])	54	(133)
Virement du fonds affecté (affectations d'origine externe) au fonds d'administration générale (du fonds d'administration générale au fonds affecté [affectations d'origine externe])	17	(24)
	<u>71</u>	<u>(157)</u>

Les virements du fonds de dotation et du fonds affecté au fonds d'administration générale découlent du déblocage de réserves grevées d'affectations d'origines externe et interne qui a été approuvé par le donneur ou par le conseil d'administration de l'organisme, respectivement.

15 Engagements

- a) Les paiements minimaux au titre de la location de locaux, de matériel informatique et de matériel de bureau qui sont exigibles aux termes des contrats de location-exploitation sont estimés comme suit pour les exercices clos les 31 mars :

	\$
2015	7 250
2016	5 639
2017	4 799
2018	2 451
	<u>20 139</u>

- b) L'organisme a conclu des engagements d'environ 5 087 \$ (6 180 \$ en 2013) pour l'acquisition de matériel, après déduction des dépôts présentés à la note 6.

16 Passifs éventuels

L'organisme est membre du Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (« HIROC »), le régime d'auto-assurance créé par les hôpitaux et d'autres organismes. Si le total des primes payées ne suffit pas pour régler les réclamations, l'organisme sera tenu de fournir des fonds supplémentaires à titre de participant au régime.

Depuis sa création, le HIROC a accumulé un excédent non affecté qui représente le total des primes payées par tous les assurés cotisants, majoré des produits de placement et diminué de l'obligation au titre des réserves et des charges pour réclamations et des charges de fonctionnement. Chaque assuré cotisant dont le montant des primes, majoré des produits de placement, dépasse celui de l'obligation au titre de sa quote-part des réserves et

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

des charges pour réclamations et des charges de fonctionnement, peut avoir le droit de recevoir des distributions sur sa quote-part de l'excédent non affecté au moment où ces distributions sont déclarées par le conseil d'administration du HIROC. Aucune distribution n'a été déclarée par le HIROC au 31 mars 2014.

17 Garanties

a) Indemnisation des administrateurs et dirigeants

Les règlements administratifs de l'organisme prévoient l'indemnisation des administrateurs et dirigeants, des anciens administrateurs et dirigeants et des autres personnes qui ont siégé à des comités du conseil, pour les frais qu'ils pourraient engager en rapport avec des actions en justice, poursuites et autres litiges découlant de leurs services, et pour tous les autres frais qu'ils pourraient avoir engagés dans le cadre de leurs fonctions. Cette indemnisation ne s'applique pas à l'égard des frais qui résultent d'une malhonnêteté, d'une négligence volontaire ou d'une faute de leur part.

La nature de cette indemnisation ne permet pas à l'organisme d'estimer au prix d'un effort raisonnable le montant maximum qu'il pourrait être tenu de verser à des contreparties. Pour pallier à des versements éventuels, l'organisme a souscrit auprès du HIROC une assurance responsabilité maximale pour ses administrateurs et dirigeants. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

b) Autres conventions d'indemnisation

Dans le cours normal de ses activités, l'organisme conclut des accords prévoyant l'indemnisation de tiers, y compris l'indemnisation des propriétaires des locaux loués par l'organisme; l'indemnisation du MSSLD en cas de réclamations, actions en justice, poursuites et autres litiges fondés sur des actes ou omissions des groupes représentant les médecins, radiologistes, gynécologues et oncologues selon certaines modalités de financement; et l'indemnisation des hôpitaux d'accueil appliquant des programmes intégrés de cancérologie en cas de réclamations, d'actions en justice, de coûts, de dommages-intérêts et de charges résultant de tout manquement de l'organisme à ses obligations aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer et des documents connexes.

Les modalités de ces indemnisations varient selon l'accord sous-jacent, mais s'appliquent normalement pendant toute la durée de celui-ci. Le plus souvent, l'accord ne prévoit aucun plafond d'indemnisation, ce qui empêche l'organisme d'estimer de façon raisonnable son risque éventuel maximal. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

18 Instruments financiers

Les instruments financiers de l'organisme sont exposés à certains risques financiers, notamment le risque de crédit, le risque de taux d'intérêt et le risque de liquidité. Il n'y a eu aucun changement important relatif à l'exposition à ces risques ou aux méthodes utilisées pour évaluer ces risques par rapport à l'exercice précédent.

Risque de crédit

Le risque de crédit découle de la trésorerie, des équivalents de trésorerie et des placements détenus auprès d'institutions financières et de l'exposition au risque lié aux créances clients non réglées. La trésorerie, les équivalents de trésorerie et les placements sont détenus auprès de grandes institutions financières qui affichent des cotes de crédit élevées attribuées par des agences de notation, ce qui réduit l'exposition au risque de crédit. L'organisme évalue la solvabilité des contreparties en tenant compte de leur situation financière et d'autres facteurs. La direction est d'avis que le risque lié aux créances clients est minime, car la plupart des créances clients sont à recevoir des gouvernements fédéral et provincial ou d'organismes contrôlés par ceux-ci.

L'exposition maximale au risque de crédit de l'organisme relativement aux créances clients en fin d'exercice se détaille comme suit :

	0 à 30 jours \$	31 à 60 jours \$	61 à 90 jours \$	91 jours et plus \$	Total \$
Créances clients	13 112	21	5	-	13 138
À recevoir du MSSLD	16 100	-	-	-	16 100
Montant à recevoir	29 212	21	5	-	29 238

Aucune provision pour perte de valeur n'a été comptabilisée puisque rien n'indique que l'organisme ne sera pas en mesure de recouvrer ces créances.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt s'entend du risque que la juste valeur ou les flux de trésorerie futurs des instruments financiers varient en raison des fluctuations des taux d'intérêt du marché. L'organisme n'est exposé au risque de taux d'intérêt qu'à l'égard de ses placements. L'organisme ne s'attend pas à ce que les fluctuations des taux d'intérêt du marché aient une incidence importante sur sa performance financière et il n'utilise aucun instrument dérivé. L'organisme atténue son exposition au risque de taux d'intérêt à l'égard de ses placements en achetant des certificats de placement garanti assortis de courtes échéances et pouvant être rachetés à vue.

Au 31 mars 2014, une variation de 1 % des taux d'intérêt, toutes les autres variables demeurant stables, aurait eu une incidence estimative variant de (437 \$) à 441 \$ sur la valeur des placements.

Action Cancer Ontario

Notes annexes

31 mars 2014

(en milliers de dollars)

Risque de liquidité

Le risque de liquidité s'entend du risque que l'organisme ne soit pas en mesure de régler ses obligations en matière de flux de trésorerie lorsqu'elles deviendront exigibles. L'organisme atténue son exposition au risque en ne conservant aucune dette, en surveillant ses activités financières et ses sorties de trésorerie au moyen d'un budget, et en effectuant des placements qui peuvent être convertis en trésorerie à court terme advenant des sorties de trésorerie imprévues. Le tableau suivant présente les échéances contractuelles (flux de trésorerie contractuels non actualisés) des passifs financiers :

	0 à 30 jours \$	31 à 60 jours \$	61 à 90 jours \$	91 jours et plus \$	Total \$
Comptes fournisseurs	69 529	12	(3)	(356)	69 182
Charges à payer	53 587	-	137	-	53 724
Somme due au MSSLD	-	-	21 609	-	21 609
Sommes détenues par un tiers au titre d'un régime de retraite	-	-	-	416	416
Montant à payer	123 116	12	21 743	60	144 931

annexes

CONSEIL DE DIRECTION

Neil Stuart, Président

(1er juin 2010 – 31 mai 2013)

Ratan Ralliarum, Président intérimaire

(15 novembre 2006 – 14 novembre 2015)

D. Scott Campbell

(18 avril 2012 – 17 avril 2015)

Kevin Conley

(27 juin 2007 – 26 juin 2014)

Malcolm Heins

(25 février 2009 – 24 février 2015)

Shoba Khetrapal

(21 décembre 2006 – 20 décembre 2016)

Marilyn Knox

(23 mars 2011 – 22 mars 2017)

Patricia Lang

(20 juin 2007 – 19 juin 2016)

Dr Andreas Laupacis

(23 mars 2011 – 22 mars 2017)

Stephen Roche

(20 septembre 2006 – 30 juin 2015)

David Ross

(29 mai 2013 – 28 mai 2016)

Dr Walter Rosser

(27 juin 2007 – 26 juin 2014)

Dianne Salt

(7 avril 2010 – 6 avril 2016)

Dr Mamdouh Shoukri

(24 septembre 2008 – 23 septembre 2015)

Betty-Lou Souter

(20 juin 2007 – 19 juin 2016)

Harvey Thomson

(18 avril 2012 – 17 avril 2015)

David Williams

(18 avril 2011 – 17 avril 2017)

DIRECTION GÉNÉRALE

Michael Sherar, PhD

Président et Chef de la direction

Rebecca Harvey

Vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario

Paula Knight

Vice-présidente, Personnel, Stratégie et communications

Garth Matheson

Vice-président, Planification et Programmes régionaux

Dr Linda Rabeneck

Vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer

Elham Roushani

Vice-président, Finances, et Directeur financier

Ken Sutcliffe

Vice-président intérimaire, Directeur de l'information

Dr Pdraig Warde

Vice-président intérimaire, Programmes cliniques et Initiatives sur la qualité