

Préparation et gestion en cas d'écllosion

Contexte

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est chargé, par décret, de la préparation de plans de mesures d'urgence concernant la santé humaine, la maladie et les épidémies en Ontario. À cette fin, la Division de la santé publique du Ministère a le mandat d'intervenir dès qu'il y a une menace d'écllosion d'une maladie infectieuse.

Conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les médecins-hygiénistes et les conseils de santé locaux des bureaux de santé publique sont responsables des questions de santé publique dans leur collectivité. Les bureaux de santé publique sont financés conjointement par le Ministère et les municipalités. Toutefois, certaines écllosions de maladies infectieuses requièrent que le Ministère intervienne et coordonne les différentes mesures à cause de l'ampleur de l'écllosion, de la vitesse de propagation de la maladie et des limites des ressources locales disponibles.

À la suite de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Ontario et dans d'autres régions du monde en 2003, le Collège des médecins de famille du Canada a indiqué, après avoir mené un sondage en 2005, que la majorité des membres du public était très préoccupée par l'état de prépa-

ration des différents paliers de gouvernement pour intervenir dans le cadre d'une urgence médicale ultérieure.

Par ailleurs, d'après le Ministère et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le risque de pandémie de grippe est grave : une pandémie de grippe aurait un impact beaucoup plus important sur la société que le SARS. Contrairement à la grippe saisonnière, la pandémie de grippe se propage rapidement d'une personne à l'autre et peut causer une infection plus grave parce que la population est mal immunisée contre les nouveaux virus. D'après un modèle reconnu à l'échelle internationale, l'écllosion d'une autre pandémie de grippe en Ontario pourrait se traduire par 2 millions de consultations externes, 52 000 hospitalisations et 12 000 décès. En comparaison, l'écllosion du SRAS en 2003 dans la province s'est traduite par quelque 300 hospitalisations et 44 décès, comme l'indique la Figure 1.

Dans le cadre des efforts qu'il déploie en permanence pour s'assurer que l'Ontario est prêt à faire face à une pandémie, le Ministère a consacré environ 83 millions de dollars au cours de l'exercice 2006-2007 aux dépenses reliées à la préparation en cas d'écllosion, notamment pour l'achat et la constitution de réserves de médicaments antiviraux et d'équipement de protection personnel, aux dépenses de fonctionnement de l'Unité de gestion

Figure 1: Comparaison de l'écllosion du SRAS et de l'écllosion de pandémie de grippe en Ontario

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; Santé Canada

	SRAS	Pandémie de grippe (Impact estimatif)
Nombre de décès	44	Entre 5 000 et 12 000
Nombre d'hospitalisations	312	Entre 22 000 et 52 000
Nombre de visites dans les cliniques externes	Non disponible	Entre 1 et 2 millions
Durée	4 mois	Au moins 8 semaines
Propagation	Maîtrisé avec faible propagation dans la collectivité	Propagation générale

des situations d'urgence du Ministère et à d'autres dépenses de santé publique.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification de l'activité de la préparation et de la gestion en cas d'écllosion au ministère de la Santé et des Soins de longue durée visait à évaluer si le Ministère disposait de systèmes et de procédures adéquats pour :

- repérer rapidement les écllosions de maladies infectieuses pouvant avoir de graves répercussions sur la santé publique et intervenir au plus tôt, conformément aux lois applicables et aux pratiques exemplaires internationales;
- mesurer l'efficacité de ces activités et en rendre compte.

Cette vérification évalue si le Ministère est prêt à intervenir dans les cas d'écllosion de maladies infectieuses pouvant avoir de graves répercussions sur la santé publique, en particulier les maladies

transmissibles d'une personne à l'autre dans la collectivité, comme le SRAS, la pandémie de grippe et d'autres maladies infectieuses inconnues pour l'instant qui pourraient se propager rapidement dans la population. Les épidémies causées de façon délibérée au moyen de matériaux et d'agents chimiques, biologiques et radioactifs, par exemple, étaient exclus de la portée de notre vérification.

Les critères employés pour tirer des conclusions conformément à l'objectif de notre vérification, lesquels ont fait l'objet de discussions avec la haute direction du Ministère et ont été approuvés par celle-ci, concernaient les systèmes, les politiques et les procédures dont le Ministère devrait disposer.

Notre travail de vérification sur place comprenait des discussions avec le personnel concerné du Ministère, un examen analytique des études et des rapports d'experts sur la prévention des infections, sur la pandémie de grippe et sur le SRAS, un examen des rapports de gestion et d'autres documents pertinents ainsi qu'une étude des pratiques comparables d'autres territoires de compétence et des directives de l'OMS. Nous nous sommes également rendus dans l'entrepôt contenant la réserve de médicaments antiviraux de la province. Nous n'avons pu compter sur les travaux de la Direction des services de vérification interne du Ministère pour réduire la portée de notre vérification, car elle n'avait pas effectué de vérification récente des domaines que nous avons examinés.

Résumé

Depuis l'écllosion du SRAS en 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a mis en œuvre plusieurs initiatives afin d'améliorer la préparation de la province pour intervenir dans les cas d'écllosion de maladies infectieuses. Au nombre des changements apportés, on note l'élaboration de plans d'intervention détaillés, la consti-

tution de réserves de médicaments antiviraux et de fournitures et la création de réseaux de lutte contre les infections. Néanmoins, à l'image de beaucoup d'autres territoires de compétence, l'Ontario n'est pas encore suffisamment bien préparé pour intervenir en cas d'écllosion de maladie infectieuse, surtout s'il s'agit d'une maladie à grande échelle comme une pandémie de grippe. Plus particulièrement, nous avons relevé les points suivants :

- Le plan d'intervention du secteur de la santé élaboré par le Ministère pour gérer une pandémie de grippe était exhaustif en général pour ce qui est des lignes directrices à l'intention du secteur de la santé. Toutefois, le Ministère n'a aucune assurance que tous les membres du réseau de la santé savent ce qu'ils doivent faire au moment d'élaborer des plans pour gérer une pandémie et durant la pandémie. Même si les bureaux de santé publique dirigent les interventions dans les cas de pandémie, un sondage ministériel révèle que plus du tiers d'entre eux n'avaient pas élaboré leur plan local pour gérer une pandémie. De plus, des intervenants du réseau de la santé ne savaient pas vraiment à qui incombait la responsabilité de constituer les réserves de fournitures essentielles, une responsabilité à la fois provinciale et locale.
- Le Ministère estimait que la demande de lits dans les unités de soins intensifs et de lits pour soins en ventilation assistée dépasserait de 70 % et de 17 % respectivement la capacité actuelle au cours d'une épidémie de grippe. Le plan du Ministère pour lutter contre la pandémie de grippe comprenait un outil de triage des malades en phase critique; selon le Ministère, il s'agissait du premier outil du genre pour aider les médecins en milieu de soins actifs à prendre des décisions difficiles quant aux personnes devant recevoir des soins critiques pendant une épidémie de grippe. Malgré la recommandation de ses concepteurs, cet

outil n'a été ni mis à l'épreuve ni soumis à la consultation publique.

- Le nombre de lieux où il était possible de mettre en quarantaine ou d'isoler un grand nombre de personnes pendant une période prolongée était restreint. Le Ministère ne prévoyait aucunement de chercher d'autres lieux du genre en cas d'écllosion ultérieure, malgré l'expérience vécue en 2003 durant l'écllosion du SRAS, alors qu'il avait été incapable de trouver d'autres lieux d'isolement convenables. D'après nos recherches, au cours de l'écllosion du SRAS, d'autres territoires de compétence avaient identifié des colonies de vacances et d'autres lieux que les hôpitaux comme endroits convenables pour mettre des gens en quarantaine.
- En 2006, le Ministère a donné l'instruction aux bureaux de santé publique de mettre sur pied 750 centres d'évaluation communautaires temporaires des personnes atteintes de la grippe pour faire en sorte que les hôpitaux et autres fournisseurs de soins primaires puissent se concentrer sur la prestation de différents services de santé et sur le traitement des personnes gravement malades de la grippe ou d'autres maladies ou souffrant de blessures graves. D'après un sondage réalisé par le Ministère en 2007, les bureaux de santé publique soit n'avaient pas de plan opérationnel pour mettre ces centres sur pied, soit étaient indécis quant à la pertinence d'établir de tels centres dans leur collectivité.
- Il y avait un grand nombre de postes vacants dans le secteur de la santé publique du Ministère et dans les bureaux locaux de santé publique. Environ le tiers des bureaux de santé publique n'avaient pas de médecins-hygiénistes à temps plein. Au Ministère, il y avait près de 100 postes vacants à la Division de la santé publique et dans les laboratoires de santé publique. Certains de

ces postes étaient désignés comme postes essentiels durant une urgence sanitaire.

- Le Ministère avait conclu récemment un contrat de trois ans avec une entreprise d'entreposage privée pour entreposer à court terme ses fournitures de lutte contre la pandémie à quatre endroits précis de la province à un coût prévu de 14 millions de dollars en attendant de pouvoir élaborer des plans de distribution et d'entreposage à long terme plus détaillés. Toutefois, il n'y avait aucune documentation justifiant le choix de ces endroits. Il n'y avait aucun entrepôt à l'ouest de Toronto et celui de Toronto, dont la capacité d'entreposage était à peu près la même que la capacité combinée des deux entrepôts du Nord, devait servir une population qui était environ huit fois plus grande que celle servie par les entrepôts du Nord. Un quatrième entrepôt est situé dans l'Est de l'Ontario. Le risque que toutes les fournitures de lutte contre la pandémie pour le Sud de l'Ontario soient entreposées dans un seul endroit n'avait pas été évalué de façon formelle.
- Dans nos vérifications de 1997 et de 2003 de l'Activité de la santé publique, le Ministère nous avait dit qu'il projetait de remplacer son système d'information pour la surveillance des maladies par un nouveau système. Toutefois, le nouveau système n'a été mis en œuvre intégralement qu'en décembre 2005, et à ce moment, le gouvernement fédéral a indiqué qu'il prévoyait d'implanter un système encore plus récent. Les épidémiologistes du Ministère utilisent les données du système depuis 2005 pour effectuer une surveillance régulière, mais les médecins du Ministère ont indiqué qu'il leur était impossible d'utiliser le système pour assurer une surveillance plus rigoureuse des maladies parce que les renseignements qu'il contenait n'avaient pas été consignés de façon cohérente et pertinente et comprenaient

des cas en double. Nous craignons que le Ministère ne soit pas en mesure de corriger ces lacunes avant d'adopter un système plus récent et de transférer les données du système actuel en 2008.

- Le Ministère était incapable de joindre certains fournisseurs de soins de santé parce qu'il avait appris que les coordonnées détenues par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devaient servir uniquement dans les cas urgents. Par conséquent, le Ministère a dû acheter ces renseignements d'un tiers externe, mais ceux-ci étaient incomplets.

Par ailleurs, nous avons remarqué que le Ministère n'avait pas perçu une somme de 17 millions de dollars du gouvernement fédéral pour sa quote-part du coût de la réserve nationale de médicaments antiviraux. À la suite de notre remarque à ce sujet, le Ministère a entrepris des discussions avec le gouvernement fédéral pour recouvrer ce montant.

Nous avons envoyé le présent rapport au Ministère et nous l'avons invité à y répondre. Nous reproduisons sa réponse globale ci-après et sa réponse à chacune des recommandations après la recommandation visée.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère a pris des mesures inspirées des enseignements de la crise du SRAS et des recommandations issues des examens menés à la suite de l'écllosion du SRAS. Les conseils du vérificateur général inspireront d'autres améliorations des stratégies du Ministère et du secteur de la santé concernant la préparation et la gestion en cas d'écllosion.

Constatations détaillées de la vérification

À la suite de la crise du SRAS, le gouvernement fédéral et la province de l'Ontario ont commandé les rapports suivants :

- *Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique*, présidé par le Dr David Naylor (publié en octobre 2003);
- *Rapport du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses*, présidé par le Dr David Walker (publié en avril 2004);
- *Premier rapport provisoire de la Commission sur le SRAS*, présidée par le juge Archie Campbell (publié en avril 2004);
- *Second rapport provisoire de la Commission sur le SRAS*, présidée par le juge Archie Campbell (publié en avril 2005);
- *Rapport final de la Commission sur le SRAS*, présidée par le juge Archie Campbell (publié en décembre 2006).

Ces rapports nous ont été très utiles du fait qu'ils contenaient des recommandations et des principes pour améliorer le système de santé publique et renforcer la préparation et les interventions en rapport avec les éclosions de maladies infectieuses.

INITIATIVES PRISES PAR LE MINISTÈRE JUSQU'À MAINTENANT

Notre examen a révélé que le Ministère, à la suite de la crise du SRAS, avait mis en œuvre plusieurs initiatives concernant la préparation en prévision des situations d'urgence qui lui ont été inspirées par les pratiques exemplaires internationales ou qui lui ont été recommandées par des experts qui connaissent bien le système de santé de l'Ontario, notamment le Dr Walker et le juge Campbell. Voici un aperçu de ces initiatives :

- la création du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (qui formule des

conseils sur la prévention et la surveillance des maladies infectieuses ainsi que sur les mesures de contrôle nécessaires pour protéger la population de l'Ontario contre ces maladies);

- la création des Réseaux régionaux de lutte contre les infections (pour coordonner les activités de prévention et de lutte contre les infections dans les établissements de santé de l'Ontario);
- la création d'un outil de triage des malades en phase critique (pour aider les médecins à prendre des décisions durant une pandémie quant aux personnes devant recevoir des soins critiques);
- la création d'une nouvelle agence de protection de la santé publique (pour fournir des services de laboratoire et des services épidémiologiques et convertir la recherche et l'information en aide, en outils et en conseils utiles à l'intention des fournisseurs de soins de santé en Ontario);
- la constitution d'une réserve de médicaments et de fournitures de lutte contre la pandémie (en prévision d'une période de forte demande dans le monde entier);
- la création d'une unité de gestion des situations d'urgence (pour appuyer les activités de gestion des situations d'urgence et élaborer un plan d'intervention en cas d'urgence).

La mise en œuvre de ces initiatives est un pas important pour assurer la préparation nécessaire, mais notre examen a révélé que le Ministère, à l'instar de beaucoup d'autres administrations, n'était pas suffisamment préparé pour faire face à une éclosion à grande échelle comme une pandémie de grippe. Dans les sections suivantes, nous donnons un aperçu détaillé de quelques-unes de nos observations dans les domaines où des améliorations s'imposent.

PLANIFICATION ET COORDINATION

La préparation en cas d'écllosion est un effort provincial, axé en grande partie sur la collectivité – il fait appel à un grand nombre de personnes et d'organismes, dont le Ministère, d'autres ministères provinciaux, le gouvernement fédéral, les bureaux de santé publique, les fournisseurs de soins de santé, les organismes et services non liés à la santé et les travailleurs des services essentiels, entre autres. La Figure 2 montre en quoi ces différents intervenants participent à l'effort. Toutefois, c'est au Ministère qu'incombe au bout du compte la responsabilité de s'assurer que l'Ontario est prêt à intervenir en cas d'écllosion.

Nous avons concentré notre travail de vérification sur les responsabilités du Ministère en matière de préparation et de gestion en cas d'écllosion d'une maladie infectieuse. Ces responsabilités comprennent l'élaboration d'une politique, l'établissement d'orientations stratégiques, la surveillance de la conformité aux normes et aux lignes directrices et le contrôle du rendement et la préparation de rapports à ce sujet. À titre d'exemple d'événements faisant appel à la coordination et à l'intervention du Ministère, mentionnons l'écllosion du SRAS en 2003, l'épidémie de salmonellose (causée par des germes de soja contaminés) en 2005, l'épidémie de rubéole dans le comté d'Oxford en 2005 et l'écllosion de cas d'infections à *Salmonella* et à *E. coli* (à cause d'épinards et de croûtons contaminés) en 2006.

L'Agence de santé publique du Canada a aussi attiré l'attention sur le fait qu'il est essentiel de disposer de plans d'intervention exhaustifs pour réussir à gérer une situation d'urgence. Dans le cas de la planification de la gestion d'une pandémie, il faut que les responsabilités de tous les partenaires du secteur de la santé soient connues et acceptées longtemps à l'avance.

Plan d'intervention

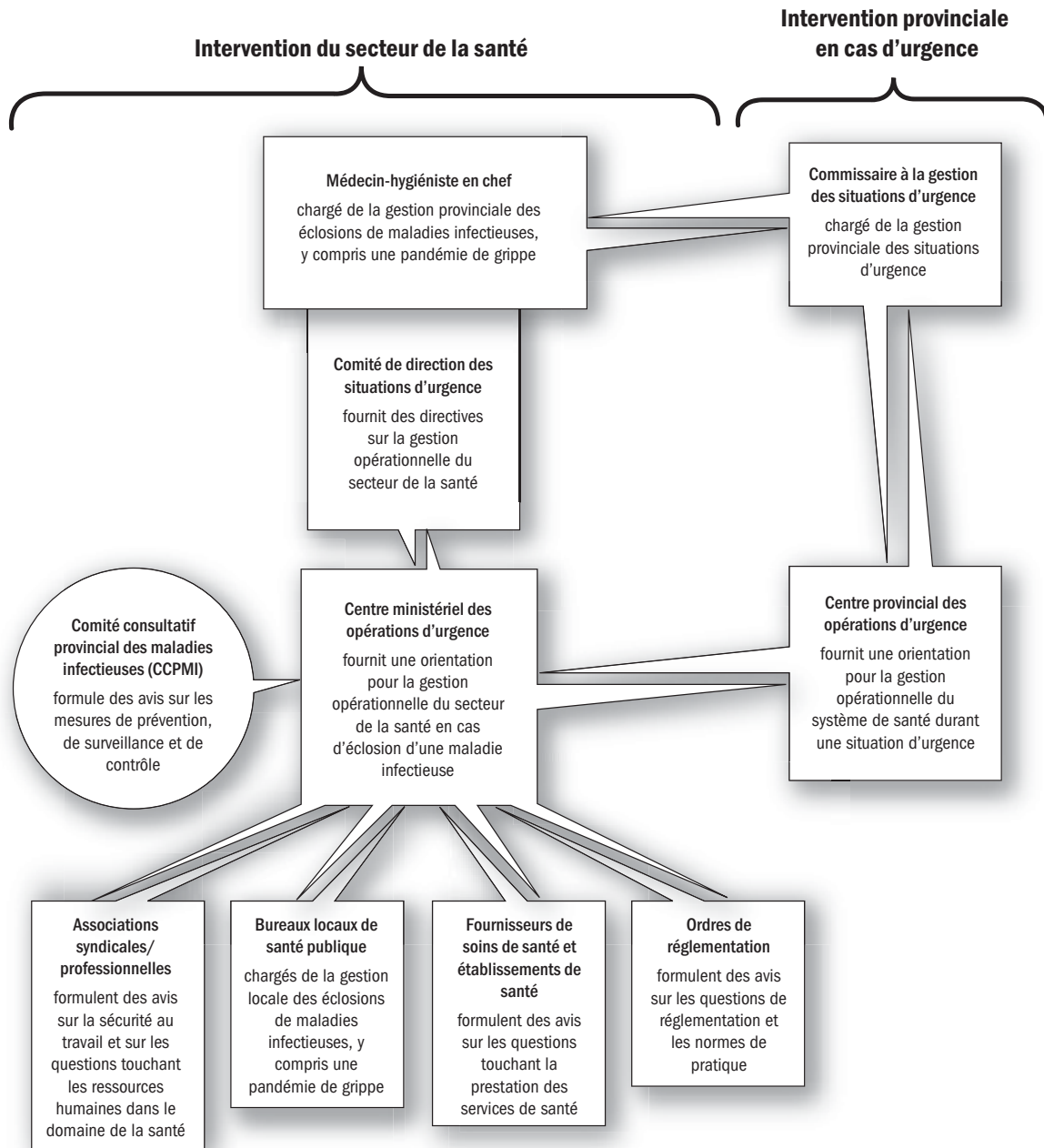
Conformément à la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, le Ministère a élaboré un Plan ministériel d'intervention en cas d'urgence (PMIU) pour ses interventions concernant les maladies infectieuses et d'autres situations d'urgence en rapport avec la santé. Mis à jour pour la dernière fois en juillet 2005, le PMIU décrit les mesures que prendra le Ministère dans une situation d'urgence qui touche le réseau de la santé et la santé de la population ontarienne. Le PMIU se veut un complément des plans propres à un incident comme le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG) qui a été adopté en 2004 et qui est actualisé tous les ans; la dernière mise à jour du POLPG a été publiée en juillet 2007 (comme notre travail de vérification sur place était terminé en juin 2007, nous avons examiné la version antérieure publiée en septembre 2006 et c'est à celle-ci que nous faisons référence dans le présent rapport). Ce plan, qui est axé sur les mesures d'intervention du secteur de la santé en cas d'urgence, décrit les pratiques opérationnelles, les cadres, les outils et les mesures pour orienter et soutenir la planification et la prise de mesures dans le secteur de la santé pour lutter contre la pandémie de grippe.

Notre examen a révélé qu'une mise à jour du PMIU s'imposait. Quant au POLPG, il était exhaustif en général pour ce qui est des lignes directrices visant à orienter les interventions du secteur de la santé, mais il ne respectait pas intégralement les lois provinciales et les lignes directrices nationales et avait besoin d'être élaboré plus à fond. Plus précisément, nous avons relevé les points suivants :

- Les mesures contenues dans le PMIU pour déterminer les dangers et évaluer les risques n'avaient pas été examinées à la lumière de l'épidémiologie actuelle des maladies infectieuses, et ce, depuis 2005. Le Ministère se fonde sur cette évaluation pour prioriser ses plans de lutte contre les maladies infectieuses,

Figure 2 : Gestion des situations d'urgence : rôles et liens

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



affecter les ressources nécessaires et orienter les efforts de planification. Le Ministère nous a dit qu'il avait prévu de revoir l'évaluation des risques en 2006, mais que d'autres priorités l'en avaient empêché.

- Le POLPG n'était pas traduit en français contrairement aux exigences de la *Loi sur les services en français*. Comme le plan est destiné

aux membres du secteur de la santé et qu'il est accessible sur le site Web public du Ministère, l'absence d'une traduction française pourrait mettre en danger la santé de la collectivité desservie par des travailleurs de la santé francophones.

- La quantité de détails fournis dans les lignes directrices du POLPG à l'intention

des différents groupes du secteur de la santé variait. Par exemple, des instructions détaillées sont données au personnel des laboratoires, des bureaux de la santé publique et des services de soins intensifs à propos de la suspension ou de la réduction de leurs services (accompagnées de suggestions) durant une écloison à grande échelle, comme une pandémie de grippe; en revanche, les directives données à d'autres fournisseurs de services de santé, comme les médecins de famille, les fournisseurs de soins à domicile et le personnel des centres communautaires de santé mentale, se résumaient à maintenir les services « clés », lesquels n'étaient pas définis. Par ailleurs, il restait à rédiger un chapitre sur les services de santé d'urgence en rapport avec les services d'ambulance.

- Le POLPG ne traitait pas de tous les aspects que le plan national de lutte contre la pandémie de grippe recommandait de prendre en compte. Les aspects non abordés comprenaient l'évaluation de la capacité du personnel et des installations de soins de santé, la détermination de la responsabilité civile des travailleurs de la santé et des bénévoles, l'évaluation de la capacité d'appoint des hôpitaux et des emplacements non traditionnels et le maintien de listes des systèmes de communication existants, y compris les ordinateurs et les logiciels.

Nous avons également constaté que le Ministère n'avait pas tenu d'exercice de simulation pour son plan d'intervention en cas d'écloison de maladies infectieuses. Il avait plutôt soumis un scénario de pandémie de grippe à une séance de discussion en février 2006. En revanche, il avait participé à deux simulations à grande échelle avec les intervenants pertinents pour des situations d'urgence nucléaire en 2005 et 2006. Nous avons remarqué que l'OMS recommande que les territoires de compétence envisagent la tenue d'un exercice de simulation axé

de préférence sur des aspects précis du plan d'intervention pour lutter contre la pandémie de grippe. Nous avons aussi noté qu'à Queensland, en Australie, plusieurs exercices d'entraînement ont été menés en 2006 pour mettre à l'essai des procédures opérationnelles. Le Ministère nous a dit qu'il n'avait pas de plan pluriannuel pour tenir ultérieurement des exercices de simulation d'écloisions de maladies infectieuses.

Clarification des rôles et des responsabilités

En mars 2007, le Ministère a publié un document intitulé *Influenza Pandemic Roles and Responsibilities for Ministry of Health and Long-Term Care Divisions—Operations*, dans lequel il décrit les activités de chaque division à différents niveaux d'urgence. Il continuait toutefois d'élaborer des politiques et des procédures de surveillance en cas de pandémie, car les responsabilités du personnel du Ministère, comme les médecins et les épidémiologistes, seraient alors très différentes de leurs fonctions habituelles. Par conséquent, il n'était pas en mesure de fournir de la formation à ce personnel sur les procédures à suivre au cours d'une pandémie.

Par ailleurs, nous avons constaté que les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé comprenaient mal leur rôle et celui du Ministère dans une situation d'urgence. Nous avons établi qu'il était nécessaire de clarifier les responsabilités des différentes parties. Par exemple :

- Le compte rendu d'une réunion de bilan tenue à la suite de l'épidémie de salmonellose en 2005 faisait ressortir le besoin de définir clairement les rôles des parties responsables, en particulier le Ministère et les bureaux de santé publique, au cours d'une écloison locale. Compte tenu de la participation intergouvernementale de différents intervenants, il est d'une importance cruciale que tout le monde

sache qui est responsable et qui prend les décisions clés.

- Dans un rapport de 2006 d'une séance de discussion sur une pandémie de grippe hypothétique, il y avait de nombreux commentaires sur le fait que tout le monde travaillait chacun de son côté et qu'il n'y avait pas d'intégration entre les différents intervenants, comme les circonscriptions sanitaires et les fournisseurs de soins de santé.
- Un sondage réalisé par le Ministère en 2006 sur la planification communautaire de la lutte contre la pandémie de grippe a révélé que les bureaux de santé publique et les groupes de fournisseurs de soins de santé ne savaient pas trop quelles étaient leurs responsabilités en matière de préparation et de gestion en cas d'écllosion de maladies infectieuses. Par exemple, plusieurs bureaux de santé publique et fournisseurs de soins de santé ne savaient pas à qui incombait la responsabilité de constituer les réserves de fournitures de soins critiques; de plus, les médecins indépendants voulaient de manière générale que le Ministère leur donne davantage de directives sur la planification de la lutte contre la pandémie de grippe dans leur secteur.
- D'après le sondage réalisé par le Ministère en 2007 sur la planification communautaire de la lutte contre la pandémie de grippe, environ 40 % des bureaux de santé publique n'avaient pas fait appel à des praticiens et des laboratoires indépendants pour l'élaboration de leurs plans locaux de lutte contre la pandémie de grippe et presque tous les bureaux de santé publique ont indiqué que les praticiens indépendants, les services de soins à domicile et les organismes de santé mentale n'avaient guère de plans pour se préparer à lutter contre une pandémie de grippe.
- Plusieurs bureaux de santé publique ont demandé, dans le cadre du sondage de 2007,

que le Ministère élabore un programme d'études pour les travailleurs de la santé; d'après le Ministère, ce programme était en voie d'élaboration.

Dans leurs rapports, le D^r Walker et le juge Campbell ont tous deux recommandé que le Ministère s'assure que tous les organismes comprennent clairement leurs responsabilités et celles des autres. Le Ministère nous a dit qu'il s'en était remis à plus de 300 intervenants et experts représentant différents secteurs du réseau de la santé, qu'il avait consultés dans le cadre de l'élaboration de son plan de lutte contre la pandémie de grippe, pour faire connaître le plan à leurs organismes respectifs. Le Ministère n'a toutefois pas l'assurance que ces organismes ont renseigné leurs membres de façon adéquate sur leur rôle au cours d'une pandémie.

Le plan fédéral de lutte contre la pandémie et l'OMS disent tous deux qu'un plan d'intervention structuré par phase pandémique et par intervenants ou organismes clés faciliterait une intervention rapide et adéquate, car chaque partie concernée saurait quoi faire et dans quel ordre. Dans le POLPG, nous avons remarqué que le Ministère avait résumé les activités de planification par phase pandémique. Toutefois, il n'avait pas résumé les mesures précises que chaque intervenant devait prendre. L'information figurait bel et bien dans le document, mais elle était répartie sur 485 pages et il serait difficile pour les intervenants de savoir exactement quelles étaient leurs responsabilités. Dans le plan de la Colombie-Britannique pour lutter contre la pandémie de grippe, nous avons remarqué la présence d'une liste de contrôle utile pour résumer les responsabilités de chaque agence provinciale de la santé par phase pandémique, de sorte que les intervenants clés sachent quelles mesures ils doivent prendre et dans quel ordre.

Planification locale de la lutte contre la pandémie de grippe

Le Ministère a décidé que les médecins-hygiénistes des bureaux locaux de santé publique assureraient la coordination des interventions locales en cas de pandémie de grippe. En tant que responsables principaux de la planification de la lutte contre la pandémie de grippe au niveau local, les bureaux de santé publique sont tenus de tenir compte de tous les aspects du réseau de la santé dans leur planification, comme tenir un registre des ressources humaines dans le domaine de la santé et mettre sur pied des centres d'évaluation des personnes atteintes de la grippe (voir ci-dessous Centres d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des personnes atteintes de la grippe).

Notre examen de l'état de préparation des bureaux de santé publique a révélé ce qui suit :

- Plusieurs bureaux de santé publique ont dit qu'ils ne seraient pas en mesure, à cause du financement inadéquat, de se préparer à lutter contre une pandémie conformément aux exigences du Ministère. Plus précisément, alors que des ressources importantes étaient nécessaires pour atteindre le niveau de préparation requis, aucun financement spécifique n'était octroyé.
- Le sondage réalisé par le Ministère en 2007 sur la planification communautaire de la lutte contre la pandémie de grippe a révélé que plus du tiers des bureaux de santé publique n'avaient pas élaboré leurs plans de lutte contre la pandémie de grippe.
- D'après notre examen des plans de lutte contre la pandémie de grippe des bureaux de santé publique qui avaient élaboré ces plans, la quantité de détails fournis dans les plans était inégale; dans l'un des plans, on se contentait de renvoyer les lecteurs au POLPG sans fournir de renseignements additionnels propres à la planification locale de la lutte contre la pandémie de grippe. Afin d'aider les

bureaux de santé publique à élaborer leurs plans de façon cohérente et économique, le Ministère pourrait élaborer un modèle à leur intention.

RECOMMANDATION 1

Pour assurer une intervention cohérente et coordonnée en cas d'écllosion de maladies infectieuses dans la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- examiner régulièrement le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG) et le Plan ministériel d'intervention en cas d'urgence et les mettre à jour au besoin;
- faire traduire le POLPG en français comme l'exige la loi;
- conformément à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, mener périodiquement des exercices de simulation pour confirmer que le plan d'intervention en cas d'écllosion de maladies infectieuses fonctionnera de façon efficace;
- apporter des éclaircissements pour que toutes les parties concernées comprennent parfaitement leurs responsabilités – par exemple, en fournissant dans la prochaine version du POLPG un résumé ou une liste de contrôle des activités de planification par phase pandémique et par organisme;
- élaborer un modèle pour aider les bureaux de santé publique à élaborer leurs plans locaux de lutte contre la pandémie de grippe.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que les plans de mesures d'urgence et les documents à l'appui doivent faire l'objet d'un examen et d'une mise à jour à intervalles réguliers. À la suite de la vérification, le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG), qui est mis à jour tous les ans,

a été publié en juillet 2007. Le sommaire du plan est traduit en français. Les feuillets de documentation à l'intention du public sont traduits en français et dans 22 autres langues. Le sous-titre identifiant ce document comme exempté de l'application de la *Loi sur les services en français* a été ajouté au POLPG de 2007. D'ici l'automne 2007, le Plan ministériel d'intervention en cas d'urgence sera modifié pour tenir compte de notre nouvelle structure organisationnelle et de la mise à jour du document *Identification des dangers et évaluation des risques*.

Le Ministère convient qu'il est important de mettre à l'essai les plans de mesures d'urgence pour s'assurer de leur pertinence. Nous avons :

- dirigé des exercices et participé à des exercices;
- mis en œuvre des plans d'intervention pour des événements communautaires (par exemple, éclosion de la maladie des légionnaires, éclosion de salmonellose, évacuation d'un hôpital et inondation);
- élaboré de nouveaux plans à la suite du bilan des événements;
 - le *Public Health Division Outbreak Response Plan*, qui décrit la mobilisation du personnel pour soutenir la lutte contre les épidémies au niveau local;
 - des lignes directrices, élaborées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), pour le document *Managing an Outbreak of a Novel Infectious Respiratory Disease* (version 2).

Le Ministère élaborera un calendrier d'exercices pour s'assurer que les interventions en cas d'éclosion, y compris les exercices sur le terrain, font l'objet d'une mise à l'essai à intervalles réguliers.

Le Ministère convient qu'il est important que toutes les parties comprennent le rôle qu'elles ont à jouer dans une situation d'urgence. Le Ministère a :

- défini les rôles et les responsabilités dans le POLPG;
- élaboré un feuillet d'information résumant les rôles et les responsabilités du point de vue d'un travailleur de la santé de première ligne;
- préparé des listes de contrôle pour des groupes précis de l'intérieur et de l'extérieur du secteur, notamment l'énumération des responsabilités du Ministère par phase ou niveau d'activation.

Le Ministère saisira au fur et à mesure les occasions d'apporter d'autres précisions.

Le Ministère souscrit à la recommandation concernant l'élaboration d'un modèle de plan de lutte contre la pandémie à l'intention des bureaux locaux de santé publique et consultera ceux-ci sur la meilleure façon de procéder tout en tenant compte du travail d'élaboration important déjà accompli localement.

RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'objet du POLPG est de réduire au minimum les maladies graves, les décès et les perturbations sociales en cas d'urgence sanitaire quand il peut s'avérer nécessaire de reporter la prestation des services existants et d'établir l'ordre de priorité des tâches. La disponibilité et l'accessibilité des ressources d'intervention auront des répercussions sur la capacité d'intervention du système de santé en cas de menace à la santé publique. Dans le POLPG, le Ministère donne des instructions aux fournisseurs des soins de santé pour élaborer un plan de lutte contre la pandémie de grippe en fonction des ressources restreintes et de l'augmentation de la demande.

Soins actifs en milieu hospitalier

Le Ministère a estimé qu'au cours d'une pandémie de grippe, la demande de lits dans les unités de soins intensifs (USI) et de lits pour soins en ventilation assistée dépasserait la capacité actuelle de 70 % et de 17 %, respectivement; le nombre actuel des deux types de lits ne suffirait pas à la demande pendant cinq semaines et trois semaines respectivement. Lors de l'écllosion du SRAS, le besoin de ventilation mécanique d'environ 80 patients atteints a dépassé la capacité de l'Ontario en matière de soins critiques; or, en cas de pandémie, plus de 1 000 patients en Ontario pourraient avoir besoin de lits pour soins en ventilation assistée.

Dans le POLPG, le Ministère formule des stratégies pour gérer une hausse subite de la demande dans les hôpitaux de soins actifs, notamment la conclusion d'ententes d'aide réciproque entre les hôpitaux, le report des interventions chirurgicales non urgentes, le recours à d'autres secteurs de soins et, en dernier recours, l'administration de soins d'urgence aux masses, ce qui nécessiterait de recourir au triage pour maximiser le taux de survie au sein de la population. Pour aider les médecins œuvrant dans les établissements de soins actifs à prendre des décisions difficiles quant aux personnes qui seront admises aux soins pour malades en phase critique pendant une pandémie de grippe, le Ministère a entrepris l'élaboration d'un outil de triage en 2006. Cet outil, qui est le premier du genre dans le monde selon le Ministère, utilise un système de notation et a été incorporé au POLPG. Toutefois, l'outil n'est pas nécessairement prêt à être utilisé, et ce, pour les raisons suivantes :

- Les concepteurs de l'outil de triage avaient recommandé de tenir des consultations publiques parce que les critères appliqués pour son utilisation pourraient être contestés. Par exemple, exiger que la personne soit « âgée de plus d'un certain âge » est un critère d'exclusion. Toutefois, le Ministère ne prévoyait

aucunement soumettre l'outil de triage à des consultations publiques.

- L'outil n'avait pas été mis à l'essai. D'après les concepteurs, puisque l'outil n'avait jamais été utilisé, il était essentiel de le mettre à l'essai pour déterminer s'il est pratique et pour l'améliorer au besoin. Ils ont indiqué que les ressources nécessaires pour gérer le triage de façon efficace devaient être planifiées, établies et mises à l'épreuve avant une pandémie.
- Même si le Ministère disposait de l'outil de triage des malades en phase critique à utiliser au cours d'une pandémie, il n'y avait aucun plan formel pour intervenir en cas d'autres écllosions s'accompagnant de hausses subites plus restreintes de la demande de soins critiques.

RECOMMANDATION 2

Pour faire en sorte que tous les Ontariens aient un accès juste et équitable aux soins actifs au cours d'une épidémie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- tenir compte de la nécessité de tenir des consultations publiques, notamment parce que l'outil de triage des malades en phase critique élaboré récemment pourrait être le premier du genre dans le monde;
- travailler en étroite collaboration avec la communauté médicale pour mettre à l'essai et perfectionner l'outil de triage des malades en phase critique;
- établir un plan d'intervention pour les différents niveaux de hausses subites de la demande de soins critiques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation de tenir des consultations publiques sur l'outil de triage des malades en phase critique et étudie la meilleure façon de discuter de ce point de façon

significative tout en tenant compte des consultations antérieures tenues avec la collectivité des soins aux malades en phase critique.

Une étude pilote financée par le Ministère a été lancée en février 2007 pour mettre à l'essai la meilleure méthode d'évaluation de l'efficacité et de l'exactitude de l'outil. Les résultats de l'étude pilote devraient être connus d'ici mars 2008 et dicteront les prochaines étapes.

Le Ministère met en œuvre un programme de gestion de la capacité d'appoint (la capacité d'absorber une hausse subite de la demande de soins) pour fournir des outils et communiquer des pratiques exemplaires. Le programme vise à répondre aux besoins des patients sans égard à la cause de la hausse subite de la demande. Le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain est le projet pilote, lequel sera axé sur le renforcement de la communication, l'amélioration des partenariats et un meilleur accès pour les patients. Le projet pilote se terminera en 2007-2008; après évaluation, les leçons tirées du projet dicteront le déploiement du programme dans l'ensemble de la province, prévu en 2008-2009.

Isolement et quarantaine

Le Ministère a déterminé que la quarantaine, qui consiste à isoler les gens qui ont été exposés au virus mais qui ne sont pas malades, ne serait pas un moyen efficace de contenir une pandémie de grippe – à cause du mode de propagation de la maladie –, mais qu'elle permettrait de contenir la propagation d'autres maladies infectieuses comme le SRAS. On a recours à l'isolement pour les personnes qui sont atteintes d'une maladie infectieuse.

Dans son rapport annuel de 2005, l'ancienne médecin-hygiéniste en chef (MHC) du Ministère a déclaré qu'il est nécessaire d'avoir une liste centrale des ressources de soins critiques, comme les cham-

bres d'isolement, parallèlement à un mécanisme de gestion des ressources limitées, de façon à faire une utilisation efficace des ressources en tenant compte des besoins de l'ensemble du système et non seulement de ceux de l'établissement individuel. Dans ce but, le Ministère a instauré un registre des lits et des ressources de soins critiques qui contient de l'information sur l'inventaire des chambres d'isolement en pression négative (des chambres à basse pression d'air servant à l'isolement des patients souffrant de maladies infectieuses à transmission aérienne) et des lits d'isolement dans l'ensemble de la province. En outre, le Ministère a implanté en février 2007 dans neuf hôpitaux un système d'information sur les soins aux malades en phase critique qui fournit aux décideurs un aperçu en temps réel de l'utilisation des ressources affectées à ces soins dans ces hôpitaux. Le Ministère prévoyait que ce système s'étendrait d'ici mars 2008 au reste des hôpitaux disposant de lits pour soins aux malades en phase critique.

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* stipule que si le MHC atteste par écrit au ministre de la Santé et des Soins de longue durée qu'il existe un risque immédiat qu'une maladie transmissible se déclare quelque part en Ontario et qu'un lieu est requis à des fins d'utilisation comme installation temporaire d'isolement, le ministre « peut exiger que l'occupant d'un lieu lui permette d'entrer en possession de l'ensemble ou d'une partie déterminée du lieu à des fins d'utilisation comme installation temporaire d'isolement ». Durant l'écllosion du SRAS en 2003, nous avons noté qu'une unité vacante dans un établissement de santé avait été retenue comme lieu d'isolement pour le personnel médical qui avait contracté le SRAS. Même si l'administrateur de l'établissement estimait qu'il n'avait pas tous les équipements nécessaires, le Ministère n'avait pu trouver un autre lieu et avait dû utiliser cet établissement. Malgré l'expérience vécue durant l'écllosion du SRAS, alors qu'il avait été incapable de trouver d'autres lieux d'isolement convenables, le

Ministère n'avait pas identifié formellement de tels lieux pour des épidémies ultérieures.

Par ailleurs, notre étude sur les établissements utilisés dans d'autres pays pour accueillir les personnes qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser a révélé qu'à peu près à la même époque, à Hong Kong, plusieurs colonies de vacances ont servi à cette fin. Même si l'État de New York n'a pas été touché de façon significative par le SRAS en 2003, l'État a tout de même donné l'instruction aux services de santé locaux d'envisager d'utiliser des emplacements autres que les hôpitaux, par exemple des écoles, des dortoirs et des hôtels, à des fins de quarantaine. Nous avons toutefois noté que le Ministère n'avait pas examiné la possibilité d'utiliser de tels lieux.

Nous craignons que la disponibilité de lieux où il serait possible d'isoler ou de mettre en quarantaine un grand nombre de personnes pendant une longue période soit limitée.

Transfert de patients atteints de maladies infectieuses

L'OMS recommande que les territoires de compétence élaborent des mécanismes pour coordonner le transport des patients. Dans ce but, le Ministère a mis sur pied en 2003 le Centre provincial d'autorisation du transfert des patients pour assurer les déplacements des patients entre les établissements de santé. Le Centre, dont l'objet est d'empêcher la propagation des maladies infectieuses, donne aux établissements qui reçoivent des patients atteints de maladies infectieuses l'instruction de prendre les précautions nécessaires quand ils se préparent à accueillir ces patients.

Toutefois, dans un autre rapport préparé par le Dr Walker, on mentionne que le Centre n'a pas été utilisé durant l'épidémie de la maladie des légionnaires en 2005. On peut lire dans le rapport « qu'il faut faire davantage pour préparer l'Ontario à faire face à des épidémies durant lesquelles beaucoup

de gens sont malades et doivent être hospitalisés ou déplacés entre différents établissements ». Par ailleurs, nous avons appris que la participation au programme du Centre était strictement volontaire.

Centres d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des personnes atteintes de la grippe

Durant une pandémie de grippe, il est important que la population de l'Ontario qui présente les symptômes de la grippe sache où aller pour obtenir un diagnostic et se faire traiter. Pour faire en sorte que les hôpitaux et les autres fournisseurs de soins primaires puissent à la fois fournir un éventail de services de santé et traiter les personnes qui sont gravement malades de la grippe ou qui souffrent d'autres maladies graves ou ont des blessures pouvant mettre leur vie en danger, le système de santé mettra sur pied des centres communautaires temporaires d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des personnes atteintes de la grippe (les Centres d'évaluation). Le POLPG de 2006 précise que la planification de l'établissement des centres d'évaluation est une responsabilité locale. Le Ministère a recommandé la mise sur pied de 750 centres d'évaluation par les bureaux de santé publique dans l'ensemble de la province.

Notre examen du sondage réalisé par le Ministère en 2007 sur la planification communautaire de la lutte contre la pandémie dans les bureaux de santé publique ainsi que d'autres documents ministériels a révélé ce qui suit :

- La moitié des bureaux de santé publique n'avaient pas de plan opérationnel pour mettre sur pied des centres d'évaluation; les autres étaient indécis quant à la pertinence d'établir de tels centres dans leur collectivité.
- Le Ministère n'avait pas encore pris de décisions quant aux aspects juridiques, aux questions touchant la délivrance des permis et l'étendue de la pratique, à la rémunération

des personnes qui travaillent dans ces centres d'évaluation et au sujet de la répartition des rôles et des responsabilités en matière de financement entre le Ministère et les municipalités.

RECOMMANDATION 3

Pour alléger le fardeau des hôpitaux au cours de l'éclosion d'une maladie infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- veiller à ce que les bureaux locaux de santé publique identifient des lieux de quarantaine convenables en dehors des hôpitaux pour les personnes qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées et déterminent si ces lieux sont équipés de façon adéquate ou comment ils seront équipés, de sorte qu'ils soient disponibles en temps opportun;
- envisager sérieusement de rendre obligatoire la participation au Centre provincial d'autorisation du transfert des patients pour prévenir la propagation des maladies infectieuses entre les établissements;
- régler les aspects juridiques, les questions touchant la délivrance des permis, l'étendue de la pratique et le financement des centres communautaires d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des personnes atteintes de la grippe et surveiller la mise sur pied des centres par les bureaux de santé publique;
- prendre d'autres dispositions à l'avance si tout indique que certains bureaux locaux de santé publique n'auront pas mis sur pied les centres d'évaluation requis.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il est important de fournir des services de prévention et de lutte contre les infections durant une épidémie locale. Nous avons amélioré les ressources en matière d'isolement au moyen des mesures suivantes :

- le financement de l'embauchage de 112 autres professionnels en prévention des infections dans les hôpitaux de soins actifs;
- la création de 180 postes de gestion des maladies transmissibles dans les bureaux de santé locaux;
- la création de 13 réseaux régionaux de lutte contre les infections;
- l'élaboration permanente de lignes directrices sur la lutte contre les infections dans le cadre de la planification et de la conception de la construction et de la rénovation des hôpitaux.

Le Ministère accepte de faire ce qui suit :

- Des lignes directrices pour les établissements de quarantaine locaux seront élaborées;
- La participation obligatoire au Centre provincial d'autorisation du transfert des patients sera évaluée;
- Les questions sur le plan juridique, de la délivrance des permis, de l'étendue de la pratique et du financement en rapport avec une épidémie importante seront prises en compte. Des décisions étayées concernant l'étendue de la pratique et le financement sont incluses dans le POLPG de 2007.

En date de mai 2007, 60 % des bureaux de santé publique travaillaient au développement de centres d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des personnes atteintes de la grippe. Le Ministère continue de surveiller leurs progrès.

Ressources humaines en santé publique

Les employés des bureaux locaux de santé publique et de la Division de la santé publique du Ministère sont essentiels pour assurer la prestation des programmes et des services, pour intervenir dans les situations d'urgence ou dans les périodes où les besoins sont accrus et pour prêter main-forte aux

autres fournisseurs de soins de santé. Nous avons remarqué qu'il y avait un grand nombre de postes vacants dans le secteur de la santé publique du Ministère ainsi que dans les bureaux de santé publique qui sont financés en partie par le Ministère. Par exemple :

- Dans notre *Rapport annuel 2003*, nous avons noté que huit bureaux de santé publique n'avaient pas de médecin-hygiéniste à temps plein contrairement aux exigences de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Or, la situation a empiré depuis. D'après le Ministère, en date de décembre 2006, environ le tiers des bureaux de santé publique n'avaient pas de médecin-hygiéniste à temps plein; la moitié de ces bureaux n'en avaient pas depuis plus de cinq ans et l'un des bureaux, depuis près de douze ans. Nous avons remarqué que l'Ontario Medical Association avait lancé un avertissement en novembre 2005 selon lequel le manque de médecins-hygiénistes mettait en péril la santé de la population de la province : « Il y a un danger que la masse critique actuelle de médecins-hygiénistes ne permette pas d'en assurer la viabilité et la durabilité. La base s'est tellement érodée au fil du temps que si on omet de prendre des mesures pour la protéger et la renforcer, elle se désintégrera et mettra la santé de la province en péril. »
- Il y avait environ 40 postes vacants dans les laboratoires de santé publique du Ministère. Par exemple, le Ministère avait été incapable de recruter un microbiologiste compétent pour fournir une aide et formuler des avis médicaux et cliniques durant les éclussions de maladies. Au cours des trois dernières années, ce poste avait été comblé à tour de rôle par différents médecins microbiologistes.
- Il y avait plus de 50 postes vacants à la Division de la santé publique du Ministère. Or, les employés qui occupent ces postes sont nécessaires pour répondre aux besoins courants

des différents secteurs. Certains de ces postes étaient décrits comme des postes essentiels en cas d'urgences sanitaires. Par exemple, sept médecins conseils principaux ont été désignés comme essentiels dans le plan de continuité des activités du Ministère, mais celui-ci n'en comptait que cinq au moment de la vérification. Par ailleurs, il n'y avait pas de médecin chef de service, maladies transmissibles, depuis deux ans.

- Le centre des opérations d'urgence du Ministère, qui deviendra le « centre de commande névralgique » durant une épidémie, a déjà compté sur le soutien de 50 employés du Ministère pour aider le personnel de la santé publique. Ces personnes ont proposé volontairement leurs services en 2004 et ont été affectées de façon informelle au centre pendant un an. Le Ministère n'avait pas de liste à jour du personnel de soutien pouvant prêter main-forte aux ressources en place. Nous avons appris que, en cas d'urgence, le personnel du centre des opérations sera recruté en fonction des besoins.

Ressources humaines dans le secteur de la santé

Durant une épidémie de maladie infectieuse, les travailleurs de la santé seront appelés, en plus de traiter les patients atteints, à maintenir la prestation des autres services de santé courants. D'après le Ministère, au cours d'une pandémie, il est possible que 25 % des travailleurs de la santé soient absents du travail soit parce qu'ils sont malades soit parce qu'ils doivent assurer le soin de proches à la maison.

En 2003, à la suite de l'écllosion du SRAS, un sondage mené par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) a révélé que 20 % des répondants avaient refusé de travailler à cause de l'écllosion du SRAS. Dans son rapport sur la maladie

des légionnaires, le D^r Walker a indiqué qu'au début de l'épidémie, un hôpital a déclaré qu'un grand nombre de travailleurs de la santé avaient refusé de se présenter au travail.

Dans son rapport sur le SRAS, le D^r Walker a recommandé que le Ministère, de concert avec les associations professionnelles et les ordres de réglementation, mette en place des registres provinciaux pour assurer un déploiement rapide des effectifs de santé; ces registres feraient l'objet d'une mise à l'essai et d'une évaluation dans les 12 mois suivant leur mise en place. De même, le plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe recommandait que les provinces fassent une estimation du nombre de travailleurs de la santé par catégorie d'emploi et par milieu de travail ainsi que du nombre d'effectifs médicaux inactifs (par exemple, parce qu'ils sont à la retraite). En décembre 2005, le Ministère a élaboré une base de données portant sur plus de 1 000 professionnels de la santé, dont des infirmiers et infirmières, des médecins, des inhalothérapeutes et des travailleurs paramédicaux, qui se sont déclarés prêts à offrir leurs services en cas d'urgence sanitaire. Toutefois, nous avons remarqué que le Ministère n'avait pas tenu cette base de données à jour depuis.

La stratégie du Ministère pour lutter contre une pandémie prévoit entre autres le recrutement de retraités du domaine de la santé et d'autres bénévoles qui, en prévision d'une pandémie, rempliraient un questionnaire du Ministère sur leurs compétences; les planificateurs locaux de la lutte contre la pandémie pourraient ainsi cerner les domaines d'expertise, de façon que ces personnes puissent prêter main-forte aux professionnels de la santé et à d'autres fournisseurs de services au cours d'une épidémie. Le Ministère n'a pas surveillé dans quelle mesure ce questionnaire avait été utilisé; il a expliqué que les responsables locaux sont les mieux placés pour utiliser ces ressources et qu'il est préférable par conséquent que l'organisation de ces ressources se fasse localement. En l'absence

d'une surveillance rigoureuse de la planification locale, nous craignons que la province ne soit pas en mesure d'assurer une dotation adéquate en professionnels de la santé pour intervenir de façon efficace en cas d'éclosion d'une maladie infectieuse.

RECOMMANDATION 4

Pour accroître la disponibilité des ressources humaines au cours d'une épidémie de maladie infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- prendre des mesures efficaces pour combler le grand nombre de postes vacants de médecins-hygiénistes dans les bureaux de santé publique et des autres postes vacants à la Division de la santé publique et dans les laboratoires de santé publique du Ministère;
- de concert avec les associations professionnelles et les ordres de réglementation, tenir des registres à jour des fournisseurs de soins de santé qui se portent volontaires pour offrir leurs services durant les épidémies;
- surveiller le succès obtenu par les bureaux locaux de santé publique dans le recrutement des retraités du domaine de la santé et d'autres bénévoles qui pourraient apporter leur aide en cas d'épidémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît le besoin de combler les postes vacants de médecins-hygiénistes au sein du système de laboratoires de santé publique et de la Division de la santé publique. De plus, il faut adopter des plans pour répondre aux besoins en matière d'effectifs de la santé dans une situation d'urgence. Le Ministère a créé la stratégie ProfessionsSantéOntario en mai 2006 et a élaboré un plan de lutte contre la pandémie pour les ressources humaines dans le domaine de la santé afin de répondre aux besoins anticipés en matière de ressources humaines dans le

domaine de la santé. Il prépare une proposition à l'intention des ordres de réglementation sur la façon dont leurs membres pourraient offrir leurs services dans une situation d'urgence et il s'attend à conclure une entente formelle à ce sujet durant l'hiver 2007-2008.

Le Ministère modifiera son prochain sondage trimestriel des bureaux de santé publique pour recueillir de l'information sur les stratégies locales en matière de ressources humaines.

INTERVENTIONS MÉDICALES

Pour se préparer à lutter contre une pandémie de grippe, le gouvernement fédéral a coordonné l'achat de vaccins et de médicaments antiviraux et contribué à leur financement. Le Ministère complète ces préparatifs en achetant et distribuant des vaccins, des médicaments antiviraux, de l'équipement de protection personnel et des fournitures cliniques.

Vaccins

La vaccination est la première intervention des services de santé publique durant une pandémie. Toutefois, pour produire un vaccin, il faut avoir la souche virale, ce qui fait qu'on ne peut pas commencer la production du vaccin avant que des personnes soient infectées par le virus pandémique. Par conséquent, il se peut qu'un vaccin pandémique ne soit pas disponible avant quatre à six mois après l'identification du premier cas de grippe pandémique. Le Canada est l'un des quelques pays au monde ayant la capacité de fabriquer des vaccins pandémiques. En 2001, le gouvernement fédéral a conclu un contrat de dix ans pour la production d'un vaccin contre la grippe avec un fabricant du Québec.

Étant donné que la quantité de vaccins disponibles est limitée dans les premières phases d'une pandémie, il est nécessaire d'établir un ordre de

priorité pour la vaccination de la population. Le gouvernement fédéral désignera des groupes prioritaires d'après les données épidémiologiques recueillies sur le virus après son apparition, et chaque province observera les recommandations du gouvernement fédéral relativement aux groupes prioritaires. Le plan fédéral de lutte contre la pandémie recommande que chaque province fasse une estimation plus précise des groupes prioritaires en prévision d'une pandémie.

Notre vérification a révélé que le Ministère n'avait ni planifié ni géré de façon adéquate la distribution des vaccins et leur administration à la population. Par exemple :

- Le Ministère n'avait pas effectué le recensement et le mappage des groupes prioritaires.
- Aucune disposition n'avait été prise pour assurer le transport sécuritaire des vaccins entre l'usine québécoise et leur destination en Ontario et après leur arrivée dans la province. Le Ministère n'avait pas encore décidé si le risque de vol ou de perte devait être assumé par le fabricant ou par le Ministère une fois que le stock a quitté l'usine du fabricant.
- Le Ministère nous a dit que les vaccins pandémiques seraient entreposés à la pharmacie du gouvernement à cause de l'efficacité de celle-ci au moment de la distribution annuelle des vaccins dans le cadre du programme de vaccination pendant la saison de la grippe. Toutefois, le Ministère n'avait pas analysé l'effet d'une pandémie sur les capacités d'entreposage et de distribution de la pharmacie du gouvernement.
- Bien que l'administration du vaccin aux populations locales relève des municipalités, le Ministère ne s'est pas préoccupé du risque prévisible de désordre public général potentiel dans les lieux de vaccination de masse. Par ailleurs, les seringues et les aiguilles utilisées pour administrer les vaccins n'étaient pas encore disponibles parce que le gouvernement

fédéral était associé à la province pour l'achat de ces fournitures. Le Ministère nous a dit que le gouvernement fédéral espérait avoir conclu un contrat d'ici 2008 pour l'acquisition de ces fournitures.

- D'après l'OMS, pour que le vaccin contre la grippe pandémique soit vraiment efficace, il peut être nécessaire d'en administrer deux doses, à au moins un mois d'intervalle. Le Ministère n'avait aucun système pour gérer les calendriers de vaccination ni pour planifier et tenir les séances de vaccination et en assurer le suivi ou celui des effets indésirables. Le Ministère nous a dit qu'il s'occupait de demander du financement pour instaurer un tel système.

Médicaments antiviraux

D'après le gouvernement fédéral, les antiviraux ou médicaments anti-grippaux constituent la seule intervention médicale spécifique dirigée contre la grippe, susceptibles d'être accessibles durant l'intervention initiale en cas de pandémie. Les inhibiteurs de la neuraminidase, un type de médicament antiviral, ralentissent la propagation de la maladie durant la vague pandémique. Ces médicaments réduisent la durée et la gravité des symptômes ainsi que les complications et le recours aux antibiotiques.

L'OMS recommande que chaque territoire de compétence crée une réserve suffisante de médicaments antiviraux pour traiter sa population. Plusieurs doses par personne sont nécessaires en cours de traitement. En Ontario, la création d'une réserve suffisante pour traiter 25 % de la population de la province, ce qui correspond à la directive nationale, était presque terminée au 31 mars 2007. La valeur totale des médicaments antiviraux en main s'élevait à 73 millions de dollars. En vertu d'une entente de partage des coûts, l'Agence de santé publique du

Canada doit rembourser à l'Ontario une partie du coût de la réserve.

D'après les fabricants, la durée de conservation des médicaments antiviraux est de cinq ans et ils sont plus efficaces quand ils sont administrés dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. La réserve d'antiviraux de l'Ontario est entreposée dans un seul endroit. Un système de distribution efficace est donc nécessaire, compte tenu du grand nombre de personnes pouvant présenter des symptômes au début d'une épidémie.

En ce qui a trait à la gestion de la réserve d'antiviraux, notre vérification a révélé ce qui suit :

- Le Ministère n'avait pas élaboré de lignes directrices pour certains aspects de la livraison et de l'administration des antiviraux tels que la sécurité, le transport et la surveillance de la distribution des médicaments.
- Cinq millions de doses d'un médicament antiviral dans la réserve d'antiviraux ont une date de péremption en 2009. Selon le plan du gouvernement fédéral pour lutter contre la pandémie de grippe, la stabilité des médicaments antiviraux peut s'étendre au-delà de la date de péremption établie, mais puisque le Ministère ne surveillait pas la température d'entreposage de sa réserve (entre 15 °C et 30 °C selon les recommandations des fabricants), il se pourrait qu'il ne puisse pas profiter de la durée de conservation potentiellement plus longue de ces médicaments.
- Le système d'inventaire utilisé pour la réserve d'antiviraux datait de près de 20 ans et ne pouvait fournir ni liste en temps réel ni liste détaillée. Il sera donc difficile d'assurer le suivi des niveaux de stock durant une pandémie.
- L'entreposage des médicaments antiviraux à un seul endroit pourrait poser un risque sur le plan de la sécurité en cas de catastrophe naturelle ou de troubles publics et pourrait compliquer la distribution.

Nous avons également remarqué que le Ministère, en date du 31 mars 2007, n'avait pas perçu une somme de 17 millions de dollars du gouvernement fédéral au titre de sa quote-part du coût de la réserve d'antiviraux. À la suite de notre remarque à ce sujet, le Ministère a entrepris des discussions avec le gouvernement fédéral pour récupérer ce montant.

Équipement de protection personnel et fournitures médicales

Au cours d'une épidémie, les travailleurs de la santé et les patients ont besoin de matériel de protection et de fournitures médicales supplémentaires pour se protéger contre le virus. Le sondage réalisé en 2003 par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, mentionné précédemment dans le présent rapport, a révélé que plus de la moitié des répondants doutaient de la fiabilité du matériel de protection qu'on leur avait remis.

Les fournitures médicales, comme les masques, les gants, les blouses et les désinfectants pour les mains, sont fabriquées en grande partie à l'étranger, dans des pays où la grippe pandémique peut avoir pris naissance et où la fermeture des frontières est possible durant une épidémie mondiale. Par conséquent, au début de 2007, le Ministère avait passé des marchés avec un certain nombre de fournisseurs pour se procurer un approvisionnement de quatre semaines de ce genre d'équipement et de fournitures à l'intention des travailleurs de la santé qui sont en contact avec des patients atteints de maladies infectieuses. Au 31 mars 2007, le Ministère avait obtenu plus de 60 % des quantités requises et prévoyait avoir la totalité des articles en réserve d'ici mars 2008.

Le Ministère nous a dit qu'il avait emmagasiné un nombre limité de respirateurs N95 qui pourraient procurer aux travailleurs de la santé une protection plus adéquate que des masques chirurgicaux en cas de besoin, mais le financement pour

l'acquisition de quantités supplémentaires n'avait pas été approuvé au moment de notre vérification.

Instructions données au secteur de la santé pour la création de réserves locales

La Ministère a indiqué dans son plan de lutte contre la pandémie de grippe qu'il incombe aux fournisseurs de soins de santé de créer leur propre réserve de quatre semaines de matériel de protection personnel de sorte que, collectivement, la province dispose de fournitures en quantité suffisante pour huit semaines, soit la durée estimative de la première vague pandémique.

Le Ministère a prévu dans le POLPG des formules de calcul des quantités afin que le secteur de la santé sache en général quelles quantités acheter. Nous avons relevé deux points dans les instructions données au secteur de la santé pour la création de réserves locales qui ont besoin d'être révisés :

- L'approvisionnement de certains articles de protection personnels comme les masques pour les patients et les blouses pour le personnel non clinique ne durerait pas pendant les huit semaines estimatives d'une pandémie, car le Ministère n'avait pas donné l'instruction aux responsables locaux du secteur de la santé d'acheter ces fournitures.
- Le Ministère n'avait pas informé les responsables du secteur de la santé qu'ils pourraient acheter leurs stocks aux prix négociés par le gouvernement quand la réserve provinciale serait complète. Il se pourrait que les fournisseurs de soins de santé qui constituaient ou qui avaient constitué leurs réserves locales aient payé un prix plus élevé pour leurs fournitures.

État de la création des réserves dans les collectivités locales

Même si le Ministère indiquait dans son plan de lutte contre la pandémie qu'il incombait aux

fournisseurs de soins de santé de créer leur propre réserve de quatre semaines d'équipement de protection personnel, un grand nombre d'entre eux n'avaient pas constitué leur réserve en date de janvier 2007, comme le montrent les résultats du sondage réalisé en 2007 par le Ministère sur la planification communautaire de la lutte contre la pandémie. Dans ce sondage, on demandait aux bureaux de santé publique :

- d'indiquer par « oui » ou « non » s'ils avaient constitué leur réserve de quatre semaines de fournitures de soins critiques pour leur emplacement;
- d'indiquer en gros, pour chaque type de fournisseur de soins de santé dans leur circonscription hospitalière (par exemple, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les hôpitaux et les praticiens de la santé indépendants), combien d'établissements/de praticiens avaient constitué leur réserve de quatre semaines.

La moitié des bureaux de santé publique n'avaient pas de réserve de quatre semaines pour leur emplacement. De plus, un grand nombre d'entre eux ont indiqué que plus de la moitié des établissements et des praticiens d'une catégorie donnée de fournisseurs de soins de santé n'avaient pas de réserve de quatre semaines. La Figure 3 montre le pourcentage de bureaux de santé publique ayant indiqué que plus de la moitié des établissements et des praticiens d'une catégorie donnée de fournisseurs de soins de santé n'avaient pas constitué la réserve de quatre semaines requise.

À cet égard, nous avons aussi noté que dès novembre 2005, un comité directeur du POLPG avait recommandé que le Ministère transmette un communiqué aux établissements de soins de santé pour attirer leur attention sur la responsabilité qui leur incombe dans le cadre du POLPG de créer une réserve de quatre semaines de matériel de protection personnel et de fournitures de soins directs.

Figure 3 : Pourcentage de bureaux de santé publique ayant déclaré des réserves incomplètes d'équipement de protection personnel, janvier 2007

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

Type de fournisseur de soins de santé	% de bureaux déclarant >50 % de fournisseurs n'ayant pas les réserves requises
Foyers de soins de longue durée	80
Centres d'accès aux soins communautaires	63
Hôpitaux	60
Praticiens indépendants	49
Fournisseurs de soins à domicile	49
Fournisseurs de soins de santé mentale	49
Laboratoires	40
Centres de santé communautaires	37
Services médicaux d'urgence	34

Toutefois, le Ministère n'avait pas donné suite à cette recommandation.

De son propre chef, au milieu de 2006, le Ministère a distribué quelque 15 000 trousse de lutte contre les infections en cas d'urgence contenant une quantité suffisante de fournitures à l'intention des fournisseurs de soins de santé autres que les hôpitaux (par exemple, médecins, sages-femmes et centres de santé communautaires) pour les sept à dix premiers jours de l'éclosion d'une maladie à transmission aérogène (une maladie qui se propage par l'air contaminé à proximité de la source, par exemple lorsque des personnes toussent ou éternuent). Toutefois, nous avons noté qu'il avait été impossible de livrer quelque 600 trousse parce que le destinataire avait changé d'adresse ou que l'adresse était incomplète ou parce que les destinataires avaient refusé les trousse. Par ailleurs, le POLPG ne contenait pas de lignes directrices pour aider les praticiens indépendants à établir les quantités à emmagasiner. Il s'ensuit que ce groupe de fournisseurs de soins de santé pourrait ne pas

avoir sous la main suffisamment d'équipement de protection personnel pour se protéger et protéger leurs patients durant une pandémie.

Entreposage et distribution

En février 2007, le Ministère a conclu une entente de trois ans avec une entreprise d'entreposage privée, à un coût prévu de près de 14 millions de dollars, pour l'entreposage à court terme de la réserve provinciale d'équipement de protection personnel à quatre endroits en Ontario, en attendant que le Ministère puisse élaborer des plans plus détaillés de distribution et d'entreposage à long terme. Notre vérification a fait ressortir les points suivants :

- Le Ministère n'avait pas documenté son analyse des solutions de rechange pouvant répondre à ses besoins d'entreposage telles que l'utilisation des biens gouvernementaux excédentaires, contrairement aux directives d'approvisionnement du Conseil de gestion.
- Le Ministère n'avait pas d'analyse documentée pour justifier la superficie d'entreposage spécifiée pour chaque lieu d'entreposage. Par exemple, la superficie combinée de deux entrepôts dans le nord de l'Ontario était à peu près identique à celle de l'entrepôt desservant la région du grand Toronto (RGT). En outre, il n'y avait pas de lieu d'entreposage à l'ouest de la RGT. La population de la RGT et du Sud-Ouest de l'Ontario représente environ huit fois celle du Nord de la province, qui est desservie par les deux entrepôts du Nord. Un quatrième entrepôt est situé dans l'Est de l'Ontario.
- Le Ministère n'avait pas décidé quelles municipalités seraient desservies par les quatre entrepôts et n'avait aucune explication rationnelle pour justifier le choix de ces quatre emplacements.
- Le Ministère n'avait pas encore élaboré de plans pour la distribution, le réapprovisionnement, le transport et la sécurité de sa réserve

actuelle d'équipement de protection personnel en cas de pandémie. Par exemple, il n'avait pas évalué formellement le risque associé à la concentration en un seul endroit des activités d'entreposage et de distribution de toutes les fournitures de lutte contre la pandémie pour le Sud de l'Ontario.

Au cours de notre vérification, le Ministère a embauché un consultant externe pour obtenir des avis sur la façon de répondre aux besoins futurs d'entreposage et de distribution. Le Ministère examinait les recommandations du consultant au moment où nous avons terminé notre vérification.

RECOMMANDATION 5

Pour faire en sorte que les vaccins, les médicaments antiviraux, les fournitures médicales et l'équipement de protection personnel pour les travailleurs de la santé soient disponibles en quantités suffisantes au moment voulu, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- entreposer, distribuer, contrôler et administrer les antiviraux, les vaccins et l'équipement de protection personnel de façon que les gens y aient accès en temps opportun;
- sensibiliser davantage le secteur de la santé à l'importance de constituer une réserve locale d'équipement de protection personnel.

Le Ministère doit également veiller à récupérer le montant que lui doit le gouvernement fédéral au titre de sa quote-part du coût de la réserve nationale d'antiviraux.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Il a entrepris une étude au printemps 2007 pour déterminer la meilleure façon de fournir les produits pharmaceutiques et les autres fournitures aux établissements locaux à partir de lieux géographiquement dispersés aux fins d'inclusion

dans le POLPG de 2008. De plus, dans le bulletin *Pandemic Planner* publié en août 2007, le Ministère rappelle le besoin de constituer des réserves locales.

Des négociations sont en cours avec le gouvernement fédéral pour récupérer les fonds dus à l'Ontario.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DE LA SITUATION

La déclaration et la surveillance des maladies infectieuses font partie intégrante de la détection et de l'analyse des épidémies. Bien que le Ministère surveille l'évolution des maladies tant en Ontario que dans les autres provinces et pays, son principal outil de surveillance consiste à surveiller et à analyser les données sur les maladies et les éclosions contenues dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les médecins et les établissements tels que les laboratoires, les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux doivent signaler certaines maladies et éclosions aux bureaux locaux de santé publique. Les bureaux de santé publique consignent les données dans le SIISP de façon que le Ministère puisse analyser et repérer les cas inhabituels et imprévus de maladies infectieuses. L'analyse est ensuite transmise aux bureaux de santé publique pour orienter leurs activités et leur suivi.

Système intégré d'information sur la santé publique

Tant dans notre *Rapport annuel 1997* que dans notre *Rapport annuel 2003*, nous avons indiqué que le système d'information alors en place sur la santé publique comportait des lacunes. Le Ministère avait répondu qu'il projetait de remplacer ce système par un système amélioré. Toutefois, le nou-

veau système n'a été implanté intégralement qu'en décembre 2005. Conçu initialement par une autre province canadienne, le nouveau système (le SIISP) a été mis à la disposition de toutes les provinces en 2001 par le gouvernement fédéral. Le Ministère a consacré 25 millions de dollars à son implantation.

Au moment où l'Ontario a implanté le SIISP, celui-ci avait déjà 15 ans. Le gouvernement fédéral a indiqué qu'il cesserait de fournir un soutien technique pour le système après 2008 et qu'un nouveau système serait mis à la disposition de l'ensemble des provinces et des territoires cette même année. Le Ministère nous a dit qu'il prenait des dispositions pour acquérir ce nouveau système à un coût estimatif de 60 millions de dollars sous réserve de l'approbation du financement nécessaire.

Notre vérification nous a permis de constater non seulement que l'implantation du SIISP avait été retardée, mais aussi que les employés du Ministère avaient relevé des problèmes de qualité importants imputables aux « échéanciers externes et irréalistes qui ne prévoyaient pas suffisamment de temps pour la réalisation des extraits exigés et ne tenaient pas compte de la complexité du projet »; de plus, le plan d'assurance de la qualité proposé avait été réduit. Par ailleurs, les employés du Ministère responsables de la surveillance des maladies et des éclosions pour la province nous ont dit qu'ils ne pouvaient pas se fier aux données du SIISP parce qu'elles étaient incohérentes et incomplètes. Notre examen du système a révélé ce qui suit :

- Le Ministère reconnaît qu'il y a eu un délai de deux à trois semaines entre le moment où les bureaux locaux de santé publique ont reçu les premiers rapports de cas et le moment de leur consignation dans le SIISP. Les épidémiologistes du Ministère utilisent les données du SIISP pour effectuer la surveillance régulière depuis l'implantation de ce système en 2005; toutefois, les médecins du Ministère responsables des activités de surveillance plus approfondie nous ont

informés que les délais les empêchaient d'assurer de façon adéquate la surveillance des maladies et des éclussions. Nous avons remarqué que les bureaux de santé locaux avaient besoin de normes pour consigner les cas en temps opportun. Le Ministère nous a dit qu'il élaborait ces normes.

- Même si le système d'information des laboratoires de santé publique contient des renseignements plus à jour, les employés du Ministère nous ont dit qu'il leur était impossible d'obtenir ces renseignements par voie électronique parce que le système d'information des laboratoires n'était pas relié au système de surveillance des maladies du Ministère. Ils devaient donc s'en remettre aux laboratoires de santé publique ou aux responsables des bureaux locaux de santé publique pour les aviser par téléphone des cas ou des éclussions de maladies dans la collectivité. Nous avons appris du Ministère qu'il s'occupait d'acquérir un système qui relierait le système d'information des laboratoires au SIISP et que ce système serait prêt d'ici la fin de 2009. Si le SIISP est remplacé par un nouveau système, le Ministère a confirmé que la technologie mise au point sera compatible avec le nouveau système.
- Le Ministère n'a pas fourni d'indications détaillées aux bureaux de santé publique quant aux renseignements à consigner dans le SIISP aux fins de la surveillance provinciale. Or, le manque d'uniformité dans l'entrée des données pourrait diminuer la capacité du Ministère à établir la fréquence des maladies et les taux d'infection et l'empêcher ainsi de prendre les mesures appropriées. Le Ministère prévoyait élaborer et publier cinq guides sur les maladies d'ici 2008. Il nous a informés qu'il avait remis récemment deux de ces guides aux bureaux de santé publique pour obtenir leurs commentaires. Toutefois, les bureaux

de santé publique ont indiqué que certaines parties des guides n'étaient pas pertinentes et qu'ils avaient dû les modifier pour qu'elles répondent à leurs besoins.

Nous avons également noté que le système d'information contenait des données incomplètes ou inexactes. Plus précisément, le système contenait beaucoup de dossiers en double remontant à l'époque de la conversion des données de l'ancien système. Par exemple, au bureau de santé publique de Toronto, il y avait 40 000 dossiers de clients en double. Le Ministère a soutenu que sa responsabilité se limitait à repérer l'existence possible de dossiers en double afin que les bureaux de santé publique puissent ensuite faire enquête à ce sujet et corriger la situation. Si le Ministère adopte un nouveau système de surveillance en 2008, nous craignons que les données inexactes donnent lieu à des analyses épidémiologiques inexactes, ce qui pourrait compromettre les décisions prises au cours d'une crise.

Notre analyse, dont un examen d'une étude du gouvernement fédéral, a également révélé qu'il pourrait y avoir une sous-notification importante des maladies par les médecins. D'après cette étude, publiée en septembre 2006, certains médecins ne sont pas au courant de l'obligation de déclarer certaines maladies ou ne savent pas quelles maladies doivent être déclarées, de quelle façon et à qui; certains estiment qu'ils ne reçoivent pas une rémunération suffisante pour déclarer les maladies, tandis que d'autres sont d'avis qu'aucune mesure utile n'est prise à la suite des notifications. Le Ministère nous a dit qu'il envisagerait de mener un programme de sensibilisation à l'intention des médecins pour renforcer l'activité de déclaration quand la liste des maladies à déclaration obligatoire sera modifiée et approuvée.

Activités de surveillance durant les épidémies

Durant une épidémie de maladie infectieuse, comme une pandémie de grippe, les activités de surveillance, à l'instar des autres services de santé, peuvent être touchées. Par exemple, il pourrait être nécessaire de modifier l'obligation de déclarer certaines maladies dans le SIISP à cause des ressources limitées et des limites du système, sans compromettre pour autant la surveillance des autres maladies dans la province. Le SIISP n'a pas été mis à l'épreuve dans un scénario pandémique. Le Ministère nous a informés qu'il élaborait des politiques et des procédures concernant le niveau de surveillance à exercer durant une pandémie et que le personnel recevrait de l'information à ce sujet en 2007.

RECOMMANDATION 6

Pour assurer une surveillance efficace et efficiente des maladies à l'échelle de la province et faire ainsi en sorte de pouvoir analyser l'étendue et la gravité de toute épidémie et de prendre des mesures adéquates, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- accélérer l'élaboration de ses normes régissant la déclaration en temps opportun des maladies ainsi que l'exhaustivité et l'intégrité des données sur les maladies que les bureaux de santé publique consignent dans le système intégré d'information sur la santé publique;
- élaborer des plans pour qu'un mécanisme approprié d'assurance de la qualité soit mis en place – par exemple en améliorant l'exactitude et l'exhaustivité des données sur les maladies contenues dans le système existant avant la conversion –, que les utilisateurs soient dûment consultés et qu'ils reçoivent une formation suffisante avant l'implantation de tout nouveau système de surveillance.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie les recommandations et souligne ce qui suit :

- Des normes ont été élaborées à la suite de consultations poussées relativement à la déclaration des maladies en temps opportun et à l'exhaustivité et à l'intégrité des données sur les maladies; les normes seront fondées sur les directives antérieures fournies aux bureaux de santé. Les guides des utilisateurs du Ministère à l'intention des utilisateurs et les initiatives en matière de nettoyage de données appuient ces normes.
- La rapidité de consignation des cas dans le Système intégré de l'information sur la santé publique s'est considérablement améliorée depuis l'implantation du système.
- Le contrôle de la qualité des données et la formation des utilisateurs sont intégrés au nouveau programme de surveillance Panorama.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

L'éclosion du SRAS a mis en lumière l'importance d'assurer un contrôle de base des infections dans les établissements de santé. En réponse au rapport du D^r Walker sur le SRAS, le Ministère a mis sur pied en 2004 le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Le CCPMI est une source d'expertise sur les maladies infectieuses en Ontario. Le Comité est composé notamment d'experts provenant de domaines pertinents du secteur de la santé, notamment la prévention des infections, la biologie médicale, la santé publique, l'épidémiologie et la santé et la sécurité au travail. Durant l'éclosion d'une maladie, les membres du CCPMI peuvent

conseiller le médecin-hygiéniste en chef relativement aux communications distribuées aux différents intervenants du système de santé. Le CCPMI conseille en permanence le médecin-hygiéniste en chef sur la prévention, la surveillance et les mesures de contrôle nécessaires pour protéger la population de l'Ontario contre les maladies infectieuses.

Le Ministère nous a dit que le CCPMI, dans le cadre de l'élaboration de ses directives et de ses pratiques exemplaires, examinerait la documentation et les études actuelles sur les sujets pertinents. Au premier trimestre de 2007, en plus d'avoir pris part à plusieurs initiatives de lutte contre les infections, le CCPMI avait produit quatre guides sur les pratiques exemplaires dans les domaines suivants :

- le nettoyage, la désinfection et la stérilisation;
- la prévention et la lutte contre la transmission de *Clostridium difficile*;
- la prévention des maladies respiratoires fébriles;
- la prévention et la lutte contre les infections à *Staphylococcus aureus* et à entérocoques résistants.

Pour profiter pleinement de cette initiative, il est important de bien définir l'ensemble des responsabilités du CCPMI. Le Ministère nous a dit qu'un protocole d'entente avec le CCPMI était en voie d'élaboration pour clarifier le rôle du Comité en cas d'urgence sanitaire.

Lutte contre les infections dans le secteur de la santé

En réponse au rapport du D^r Walker sur le SRAS, le Ministère a en outre financé et mis sur pied 13 réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI) et prévoyait en établir un autre avant la fin de 2007. Ces réseaux, dont les limites correspondent à celles des réseaux locaux d'intégration des services de santé, comprennent des professionnels en prévention des infections (PPI) de tous les domaines de la santé; les PPI renforcent les prati-

ques de lutte contre les infections en coordonnant les activités de prévention et en préconisant la normalisation de la lutte contre les infections dans les établissements de santé dans leur région et dans l'ensemble de la province.

Notre examen de la lutte contre les infections dans le secteur de la santé nous a permis de faire les constatations suivantes :

- Le Ministère ne disposait pas de données sur la quantité de ressources affectées à la prévention et à la lutte contre les infections, notamment le matériel et les ressources humaines, dont disposait chaque RRLI.
- La norme du nombre de lits par PPI dans les établissements de soins de longue durée est de 250 lits par PPI; il s'agit d'une norme nationale établie en 1980. Le Ministère n'avait effectué aucune enquête formelle au sujet du nombre effectif de lits par PPI dans les établissements de soins de longue durée.
- Dans les hôpitaux de soins actifs, la norme est de 115 lits par PPI. Le Ministère avait atteint cette cible après avoir financé l'embauchage de 112 PPI supplémentaires entre 2004 et 2007. Toutefois, si le nombre de lits par PPI dans ce secteur atteignait globalement la norme, environ 40 % des hôpitaux n'avaient toujours pas suffisamment de PPI, même après l'embauchage des PPI supplémentaires.
- Il n'y avait aucune norme indiquant le nombre de PPI nécessaire pour appuyer les autres services de santé, comme la santé publique, la santé mentale communautaire et les soins à domicile.
- Avant novembre 2006, le Ministère n'exigeait pas que les PPI employés dans les RRLI obtiennent l'agrément en prévention des infections dans les trois ans suivant leur embauchage. Le Ministère nous a informés que 30 % des PPI œuvrant dans le secteur des soins actifs avaient réussi l'examen d'agrément au moment de notre vérification.

- Le Ministère s'employait à concevoir et à tenir des séances de formation à l'intention des fournisseurs de soins de santé dans l'ensemble du secteur de la santé. Jusqu'à maintenant, trois modules sur les « compétences de base » se rapportant à la lutte contre les infections avaient été élaborés et offerts aux professionnels en soins actifs. Des modules semblables en étaient à différents stades d'élaboration pour le personnel du secteur de la santé publique et des soins non actifs.

D'après les normes établies par le Ministère en 1997, les bureaux de santé publique devaient produire leurs propres guides de politiques et de procédures sur les maladies infectieuses. Le Ministère a reconnu que cet arrangement donnait lieu à de l'incohérence sur le plan des précautions à prendre pour éviter les expositions, de l'utilisation préventive des médicaments et de la gestion des épidémies de maladies infectieuses. Pour remédier à ce problème, le Ministère a proposé dans les normes de santé publique de 2007 d'élaborer des protocoles pour les maladies infectieuses qui comprendraient des instructions sur les renseignements requis, sur la surveillance et sur la gestion par les bureaux de santé publique des maladies infectieuses représentant un danger pour la santé publique. En plus d'harmoniser l'application de ces procédures et d'être plus efficiente que l'apport d'améliorations distinctes par les différents bureaux de santé publique, la normalisation provinciale encouragerait en outre la mise en œuvre des protocoles et permettrait à la province de mieux évaluer la conformité. Le Ministère prévoyait que les protocoles de normalisation seraient prêts à la fin de 2007.

Mesures de santé publique

Les mesures de santé publique comme la fermeture des écoles et des garderies et l'annulation des grands rassemblements publics peuvent être prises durant une épidémie si l'épidémiologie de

la maladie indique que de telles mesures seront efficaces. Le Ministère nous a dit qu'il avait entrepris en avril 2007 avec les bureaux de santé publique d'établir des critères de mise en œuvre de ces mesures de santé publique. Le Ministère prévoyait inclure ces critères dans la prochaine version du POLPG censée être publiée avant la fin de 2007.

RECOMMANDATION 7

Afin de minimiser l'exposition du public durant une épidémie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- recueillir et analyser les données sur le caractère adéquat des ressources affectées à la lutte contre les infections dans tous les établissements de santé;
- instaurer des normes régissant les ressources affectées à la lutte contre les infections requises dans tous les établissements de santé et effectuer un suivi pour assurer le respect de celles-ci;
- mettre au point les protocoles de surveillance et de gestion des maladies infectieuses dans les bureaux de santé publique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux recommandations visant à renforcer la prévention et la lutte contre les infections dans le secteur de la santé. Le Ministère :

- a sollicité des avis techniques du CCPMI sur les ressources nécessaires pour lutter contre les infections dans les établissements de soins non actifs;
- élabore des modules sur 49 compétences de base pour la prévention et la lutte contre les infections; les modules seront prêts et la formation locale donnée d'ici le printemps 2008;
- élabore des vérifications pour assurer la conformité en permanence;

- a rédigé la version préliminaire des normes générales sur la santé publique de l'Ontario (*Ontario Public Health Standards*) et prévoit rédiger les protocoles à l'appui, notamment pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses, durant l'hiver 2007.

COMMUNICATION

Il est primordial de tenir le public et les fournisseurs de soins de santé informés de l'évolution de la situation durant une épidémie de maladie infectieuse.

Nous avons appris du Ministère qu'il avait soit planifié soit pris certaines mesures pour faciliter la communication efficace de l'information dans le cadre d'une urgence.

Par exemple :

- Un projet d'avertissement du public entrepris par le gouvernement, semblable au système Amber Alert (Alerte AMBRE) pour retracer les enfants enlevés, était en cours.
- Le gouvernement avait négocié avec les principaux réseaux de radiodiffusion la présentation sur avis de 24 heures d'annonces télévisées produites par le Ministère.
- La capacité de la ligne d'information publique du Ministère peut être multipliée par 10 dans un délai de 24 heures.
- Un cycle d'information de 24 heures indiquant à quel moment le Ministère communiquera et avec qui, avait été instauré.
- Le Ministère avait décidé que le médecin-hygiéniste en chef serait son principal porte-parole durant une épidémie de maladie infectieuse.

Le Ministère a reconnu qu'il lui restait à mettre sa stratégie de communication publique à l'essai auprès des autres membres du système de santé et des médias et à officialiser une entente sur l'échange de renseignements entre l'Ontario et les autres paliers de gouvernement.

Services sur demande

Le Ministère fournit un certain nombre de services sur demande, dispensés par différents secteurs du Ministère, aux bureaux de santé publique et aux organismes de santé, 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Le Ministère reconnaît l'existence de fragmentation, la possibilité de chevauchement et l'existence de lacunes dans les communications puisque ces différents services sur demande avaient été élaborés de façon parcellaire sur plusieurs années pour répondre aux besoins du moment. Afin de rationaliser et d'uniformiser le système de services sur demande, le Ministère a embauché un consultant pour examiner les services actuels et suggéré des façons de les améliorer. En janvier 2007, le consultant externe a signalé plusieurs problèmes du système actuel, notamment :

- l'utilisation de nombreux numéros de téléphone, alors que les utilisateurs d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba, n'avaient qu'un seul numéro à composer pour obtenir leurs services sur demande;
- l'absence de contrôle des délais de réponse;
- le manque de clarté parmi les membres du système de santé concernant le rôle du centre d'appels;
- le manque de médecins pour partager la responsabilité des services sur demande.

En plus des observations du consultant, notre examen a révélé que, pour l'un des services sur demande, le service de médecin de garde – service selon lequel les médecins employés par le Ministère donnent des conseils de santé publique aux personnes qui appellent après les heures ouvrables, souvent dans les urgences – le nombre d'employés ministériels disponibles était passé de huit en 2006 à quatre au premier trimestre de 2007. De plus, les employés du Ministère devaient s'en remettre à du matériel qu'ils avaient recueilli auprès de sources externes et à des manuels d'information d'autres territoires de compétence parce que le Ministère

n'avait rédigé aucun guide de procédures auquel ils auraient pu se référer.

En février 2007, le Ministère a créé un comité directeur pour superviser la conception et l'implantation d'un nouveau système d'appels pour des questions de santé publique et fournir des conseils à ce sujet. Nous examinerons la progression de ce dossier dans notre examen de suivi dans deux ans.

Avis de santé importants

C'est au moyen d'Avis de santé importants que le Ministère communique avec la collectivité des soins de santé au sujet d'événements et d'enjeux nouveaux en lien avec la santé publique. Le Ministère veut être en mesure, en cas d'urgence sanitaire, de transmettre 34 000 Avis de santé importants en deux heures au moyen d'une application Web, par courrier électronique et par télécopieur. Entre décembre 2003 et mars 2007, le Ministère a émis 26 Avis de santé importants pour alerter les intervenants du secteur de la santé. L'objet des avis dépend de la situation, et ils sont rédigés par des experts en la matière quand un besoin survient.

Nous avons remarqué que le Ministère était incapable d'obtenir les coordonnées des médecins auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, car ces renseignements sont fournis uniquement dans les cas « d'urgence sanitaire ». Il a plutôt été obligé d'acheter ces coordonnées d'un fournisseur privé; la liste contenait 800 médecins de moins que le nombre de médecins actifs en décembre 2005. Par ailleurs, plus de 5 000 médecins dont le nom figurait sur la liste achetée n'avaient pas de numéro de télécopieur ou d'adresse électronique et, par conséquent, ne pouvaient recevoir les Avis de santé importants.

Le Ministère nous a dit qu'il apportait des améliorations au système de diffusion des avis et qu'il prévoyait en avoir terminé d'ici 2008. Entre autres améliorations, le Ministère pourra savoir combien de gens lisent le message et les canaux de commu-

nication seront élargis avec la messagerie textuelle, la messagerie vocale et l'alerte par téléavertisseur.

RECOMMANDATION 8

Afin d'assurer un échange de renseignements rapide et cohérent à différents stades d'une épidémie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit mettre à l'essai sa stratégie de communication publique avec tous les membres du système de santé et les médias.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation concernant la tenue d'un exercice de communication à l'intention du secteur de la santé et d'autres intervenants. Les protocoles de communication du Ministère ont été mis à l'essai à l'interne en février 2007. On prévoit faire de même avec le secteur de la santé d'ici la fin de 2007.

RAPPORT SUR LE RENDEMENT

Le D^r Walker a recommandé que la province publie un rapport annuel sur le rendement pour la santé publique en Ontario. Dans ce rapport, il serait question des ressources humaines, de la technologie de l'information, des infections contractées dans les établissements de soins de santé, de la conformité aux programmes et services obligatoires, de la santé de la population et de la « capacité épidémiologique centrale du système de santé public ».

Conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le médecin-hygiéniste en chef rédige chaque année un rapport indépendant sur l'état de la santé publique et le remet au président de l'Assemblée législative. Le dernier rapport du genre a été déposé pour 2005. Comme le rapport annuel du médecin-hygiéniste en chef est de nature différente de celui recommandé par le D^r Walker, le Ministère nous a dit qu'un rapport distinct serait

nécessaire pour rendre compte du rendement. Toutefois, il n'avait ni recueilli de données sur les aspects que le D^r Walker mentionnait dans son rapport ni fixé de date cible pour l'élaboration de ces indicateurs. Nous avons remarqué que d'autres territoires de compétence établissent des points de référence et mesurent leur état de préparation en cas d'écllosion et leurs activités de gestion dans les domaines du perfectionnement professionnel, du matériel de communication et des études de recherche.

RECOMMANDATION 9

Pour renforcer sa capacité de présenter des rapports publics transparents et pertinents sur la préparation et la gestion en cas d'écllosion, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- recueillir des données et établir des points de référence raisonnables en matière de mesures du rendement pertinentes des activités de préparation et de gestion en cas d'écllosion;
- publier régulièrement des rapports sur ces indicateurs de rendement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation concernant les indicateurs de rendement. La mise à jour des normes pour la santé publique de l'Ontario, l'élaboration des protocoles à l'appui (deux points dont nous discutons dans les réponses antérieures) et l'instauration d'un cadre de gestion du rendement constituent les premières étapes de la communication de rapports publics réguliers sur la préparation et la gestion en cas d'écllosion.