

Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

Contexte

Les maladies chroniques sont la principale cause de décès et d'invalidité en Ontario. Une des maladies chroniques les plus courantes est le diabète, causé par l'incapacité partielle ou complète de l'organisme de produire de l'insuline, hormone qui régule le taux de glycémie, ou d'en faire une utilisation appropriée. Mal géré ou non traité, le diabète peut entraîner une insuffisance rénale, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une amputation ou la cécité. Dans le diabète de type 1, qui représente 10 % des cas, le pancréas ne produit pas d'insuline. Ce type ne peut être évité et sa cause reste inconnue. Les 90 % qui restent souffrent du diabète de type 2, où le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou l'organisme ne peut en faire une utilisation appropriée. Ce type est le plus souvent évitable : il suffit de changer son mode de vie, notamment en mangeant mieux et en faisant de l'exercice.

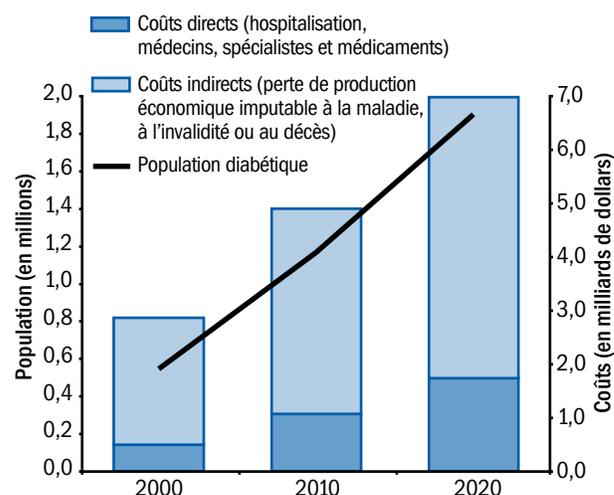
Ces dernières années, le diabète, particulièrement de type 2, a connu une croissance notable comme problème de santé en Ontario, affectant la qualité de vie des diabétiques et mettant à rude épreuve le système de santé. Les facteurs de cette croissance comprennent les taux élevés d'obésité, les modes de vie sédentaires, les mauvaises habitudes alimentaires et le vieillissement de la

population. Les statistiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et de l'Association canadienne du diabète révèlent certaines tendances alarmantes :

- On s'attend à ce que le nombre de diabétiques en Ontario passe de 546 000 en 2000 à 1,9 million d'ici 2020, soit presque quatre fois plus (voir la Figure 1). Le taux de croissance du diabète en Ontario est un des plus élevés au Canada (voir la Figure 2).

Figure 1 : Prévalence et coûts du diabète en Ontario, 2000-2020

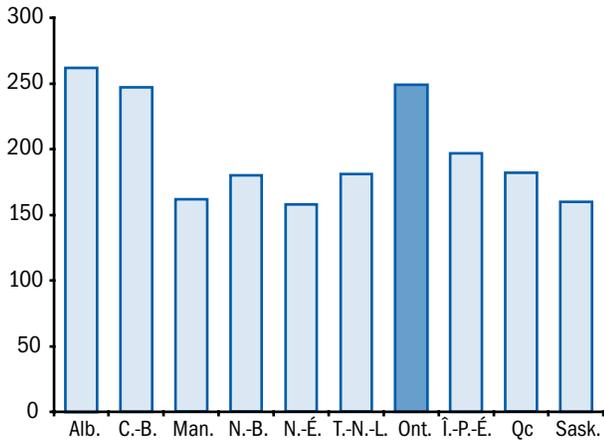
Source des données : Association canadienne du diabète



* Fondé sur les estimations de l'Association canadienne du diabète selon le modèle des coûts du diabète au Canada. Les deux principales sources de données utilisées pour les estimations et les prévisions étaient le Système national de surveillance du diabète et l'étude de Santé Canada, « Le fardeau économique de la maladie au Canada ».

Figure 2 : Croissance en pourcentage de la prévalence du diabète, 2000-2020 (%)

Source des données : Association canadienne du diabète



* Fondé sur les estimations de l'Association canadienne du diabète selon le modèle des coûts du diabète au Canada. Les deux principales sources de données utilisées pour les estimations et les prévisions étaient le Système national de surveillance du diabète et l'étude de Santé Canada, « Le fardeau économique de la maladie au Canada ».

- Les diabétiques font face à des coûts médicaux à peu près deux fois plus élevés que les non-diabétiques. Chaque diabétique coûte plus de 3 000 \$ par année au système de santé de l'Ontario, montant qui peut atteindre plus de 5 000 \$ en cas de complications. Les complications du diabète comptent pour 69 % des amputations, 53 % des cas de dialyse rénale et des greffes de rein, 39 % des crises cardiaques, et 35 % des accidents vasculaires cérébraux.

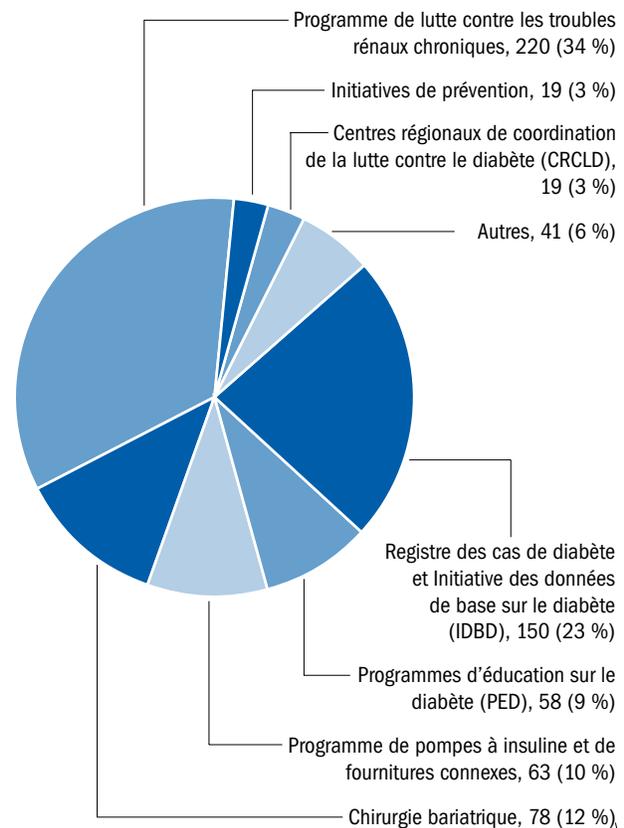
En 2008, le Ministère a annoncé un nouveau plan quadriennal de 741 millions de dollars, la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (la Stratégie), afin d'élargir les services et d'améliorer la santé des diabétiques ontariens. Il a déclaré que la Stratégie visait notamment à sensibiliser aux facteurs de risque au moyen de programmes de prévention, à constituer plus d'équipes de formation à l'intention des diabétiques pour aider les patients à mieux gérer leur maladie, et à établir un registre électronique des cas de diabète afin de suivre chaque patient et de mesurer la prévalence du diabète dans la province. Selon le Ministère, le Registre des cas de diabète est une « des principales

priorités cliniques de Cybersanté Ontario », qui travaille à son élaboration et à sa mise en œuvre en partenariat avec un fournisseur du secteur privé.

Selon l'Association canadienne du diabète, l'Ontario est une des cinq provinces à avoir adopté une stratégie officielle de lutte contre le diabète (avec l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse). Au cours des quatre exercices jusqu'à 2011-2012, le Ministère a prélevé environ 648 millions de dollars sur le budget de la Stratégie annoncé à l'origine de 741 millions et les a affectés à différentes initiatives (voir la Figure 3). Il a ensuite prolongé la Stratégie pour une période additionnelle de quatre ans et approuvé un nouveau financement de 152 millions de dollars en sus des fonds consacrés aux services pour diabétiques offerts par d'autres secteurs de programme du Ministère.

Figure 3 : Allocation du financement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète par initiative clé, 2008-2009-2011-2012 (en millions de dollars)

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



Objectif et portée de la vérification

L'objectif de notre vérification était de déterminer si le Ministère avait mis en place des politiques, procédures et systèmes adéquats pour :

- surveiller les fournisseurs de services et déterminer s'ils répondent aux besoins des diabétiques en leur offrant un accès en temps opportun à des soins appropriés et de qualité;
- s'assurer que les fonds et les ressources affectés à la Stratégie sont utilisés de façon rentable;
- mesurer périodiquement les résultats et l'efficacité de la Stratégie et en rendre compte.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné des politiques et des dossiers pertinents, analysé des données, interrogé des membres du personnel compétent du Ministère et passé en revue des études pertinentes de l'Ontario et d'autres administrations. Nous avons également interrogé des membres du personnel et examiné des documents liés au Registre des cas de diabète à Cybersanté Ontario et à Infrastructure Ontario. Nous avons réalisé des sondages auprès d'environ 10 500 médecins avec l'aide de l'Ontario College of Family Physicians (dont 580 y ont répondu) et des 152 programmes d'éducation sur le diabète (PED), avec l'aide d'une agence de sondages de l'extérieur (dont 103 PED y ont répondu). Nous avons contacté et visité des intervenants et des fournisseurs de soins aux diabétiques partout dans la province, dont six PED, cinq centres de chirurgie bariatrique, quatre centres de coordination régionaux et l'Association canadienne du diabète. Enfin, nous avons engagé un expert-conseil indépendant spécialisé dans l'étude du diabète.

Notre vérification ne couvrait aucune initiative entreprise dans le cadre de la Stratégie qui venait de commencer, qui avait récemment été modifiée ou qui avait été vérifiée par notre Bureau au cours des dernières années. Ces initiatives comprennent les centres de soins complexes aux diabétiques (qui

offrent aux diabétiques ayant des besoins complexes un seul point d'accès aux soins spécialisés), le programme de lutte contre les troubles rénaux chroniques (qui offre des services de dialyse aux diabétiques ayant une insuffisance rénale, complication courante du diabète) et le programme de pompes à insuline et de fournitures connexes (qui offre une aide financière aux diabétiques de type 1). Par ailleurs, nous n'avons pas fait appel au service de vérification interne du Ministère en vue de réduire l'étendue de notre travail de vérification, car il n'avait pas fait de vérification récente des initiatives de lutte contre le diabète en Ontario.

Résumé

Le nombre de diabétiques en Ontario est passé de 546 000 en 2000 à 1,2 million en 2010, soit plus du double, et devrait atteindre 1,9 million d'ici 2020 — soit à peu près un Ontarien sur huit. Les diabétiques utilisent le système de santé environ deux fois plus souvent que la population générale, et le coût du diabète pour le système de santé de l'Ontario devrait passer de 4,9 milliards de dollars en 2010 à 7 milliards en 2020. En 2008, reconnaissant les incidences à long terme de cette situation, le Ministère a établi la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (la Stratégie), qui est dotée de 741 millions de dollars sur quatre ans. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact à moyen et à long terme de la Stratégie, mais les résultats à court terme sont mitigés.

D'un côté, il y a certes eu une amélioration de la disponibilité des soins aux diabétiques, donnant plus d'options aux patients et leur permettant d'acquérir des connaissances pour mieux gérer l'impact de la maladie. De l'autre côté, la plupart des fournisseurs de services financés par la Stratégie sont sous-utilisés et bon nombre de ceux qui ont répondu à nos sondages étaient d'avis qu'une plus grande partie de leur financement devrait être axée sur les services de prévention.

Selon le Comité d'experts en matière de gestion du diabète établi par le Ministère en 2006, [Traduction] « la stratégie la plus rentable, la plus économique et la plus durable pour gérer la maladie chronique est de garder les gens en santé et de prévenir la maladie ». Nous avons toutefois remarqué que 97 % du financement de 741 millions de dollars devait être affecté au traitement des diabétiques existants, ce qui laisse seulement 3 % pour les initiatives de prévention. Comme 90 % des cas de diabète sont de type 2, affection qu'il est souvent possible de prévenir ou de retarder en adoptant de bonnes habitudes alimentaires et en faisant de l'exercice pour limiter le gain de poids, entre autres mesures de prévention, nous croyons que le Ministère devrait envisager de mettre davantage l'accent sur la prévention.

Nous avons également observé ce qui suit :

- Cybersanté Ontario travaille en partenariat avec un fournisseur du secteur privé pour établir et mettre en oeuvre un nouveau registre électronique des cas de diabète, initiative clé de la Stratégie, afin de permettre aux médecins et au Ministère d'accéder à des données sur les patients en temps réel et d'assurer une surveillance approfondie en ligne de la maladie. La date originale de livraison du registre était avril 2009, mais ce délai n'a pas été respecté et l'échéance proposée a été reportée plusieurs fois. Après notre travail de vérification sur le terrain, nous avons été informés que le contrat avec le fournisseur avait été résilié en septembre 2012.
- En août 2010, Cybersanté et le fournisseur retenu à la suite d'une demande de propositions ont signé un contrat de 46 millions de dollars échelonné sur six ans, qui stipulait que le fournisseur serait payé seulement après avoir terminé le Registre. Cette disposition visait à protéger l'intérêt du public et à inciter le fournisseur à livrer un système répondant aux exigences de rendement et dans les délais fixés. Au milieu de 2012, aucun paiement n'avait été versé au fournisseur, mais depuis 2008-2009, le Ministère et Cybersanté avaient engagé des coûts internes d'environ 24,4 millions de dollars directement liés au Registre. Ils ont aussi affecté 50 millions de dollars supplémentaires à des initiatives complémentaires de dossiers électroniques de santé, comme les portails électroniques vers d'autres systèmes et le Système d'information de laboratoire de l'Ontario, qui ont déjà été déployés. Cybersanté a reconnu qu'en insistant pour payer le fournisseur seulement après l'exécution du contrat, la province avait essentiellement renoncé à exercer un contrôle sur la conception, l'avancement et le délai de livraison du projet, en échange d'un prix garanti.
- Les 152 programmes d'éducation sur le diabète (PED) de la province aident les diabétiques à comprendre et à gérer la maladie. Chaque PED emploie une ou plusieurs équipes de formation à l'intention des diabétiques, qui comprennent chacune une infirmière autorisée, une diététiste et d'autres professionnels. Les équipes travaillent dans des hôpitaux et des centres de santé communautaires et au sein d'équipes de santé familiale (ESF) afin d'éduquer les diabétiques. Dans le cadre de la Stratégie, le Ministère a financé 101 nouvelles équipes, portant leur nombre total à 322 en Ontario. Cependant, de nombreux hôpitaux et ESF ont aussi mis en place leurs propres programmes d'éducation financés par d'autres sources, dont une autre direction du Ministère, ce qui a entraîné des chevauchements dans les services et une sous-utilisation d'environ 90 % des PED.
- Les PED sont tenus de vérifier périodiquement la qualité des soins offerts par leur personnel. Cependant, le Ministère n'a jamais vérifié s'ils le faisaient effectivement. Notre sondage auprès des PED révèle qu'environ 25 % disaient n'avoir fait aucune vérification ou ne savaient pas qu'elles étaient nécessaires.
- Le Ministère verse 20 millions de dollars par année à une organisation pour qu'elle gère

et finance en son nom les fournisseurs de services aux diabétiques, dont 47 PED dans le Nord de l'Ontario. Bien que le Ministère ait conclu une entente de responsabilisation avec l'organisation et mis en place un processus de production de rapports, il doit améliorer considérablement sa surveillance de cette organisation pour s'assurer qu'elle et les fournisseurs de services qu'elle finance ont utilisé les fonds du Ministère de façon appropriée et en conformité avec les politiques applicables. Depuis 2009-2010 par exemple, l'organisation a versé 105 000 \$ à une société d'experts-conseils pour [Traduction] « des conseils sur les stratégies électorales » et « l'établissement de relations avec les décideurs politiques compétents ». Nous avons également constaté que l'organisation ne pouvait pas produire de reçus détaillés originaux à l'appui des frais de repas de son personnel, contrairement à ses propres politiques et à celles établies par le gouvernement pour les organismes du secteur public financés par la province. Nous avons relevé des cas où des membres du personnel avaient demandé le remboursement de sommes excessives pour des repas et des boissons alcoolisées, ce qui est contraire aux règles applicables à la fonction publique de l'Ontario.

- Le Ministère a sensiblement élargi la capacité de l'Ontario à pratiquer des chirurgies bariatriques qui combattent le diabète de type 2 chez les obèses en leur enlevant une partie de l'estomac ou de l'intestin grêle. Cela a entraîné des économies en raison de la réduction substantielle du nombre de chirurgies pratiquées hors du pays. Le nombre de chirurgies pratiquées dans la province a sensiblement augmenté, passant de 245 en 2007-2008 à 2 500 en 2011-2012. Ce nombre n'est toutefois pas suffisant pour répondre à la demande actuelle et il est même inférieur au total de 2 900 atteint en 2009-2010, année où il y a eu plus de chirurgies effectuées à l'extérieur du Canada.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux recommandations du vérificateur général de l'Ontario et le remercie d'avoir effectué cette vérification qui arrive à point nommé. Le Ministère et le gouvernement s'emploient à concevoir et à mettre en oeuvre des initiatives et solutions novatrices pour atténuer l'impact du diabète et d'autres maladies chroniques sur la population ontarienne.

Le Ministère est reconnaissant des observations et des recommandations du vérificateur général. Sa vérification soulève des préoccupations auxquelles le Ministère a déjà commencé à répondre et renforce son engagement à relever le défi complexe du diabète.

En juin 2008, le Cabinet a approuvé un financement de 741 millions de dollars pour la première phase de quatre ans (2008-2012) de la Stratégie concertée visant à améliorer la prévention et la gestion du diabète ainsi que la santé des Ontariens touchés par le diabète. En avril 2012, le Ministère a confirmé qu'il poursuivait le financement de la Stratégie à hauteur de 152 millions de dollars de 2012 à 2016.

Dans le cadre de la Stratégie, le gouvernement a fait fond sur les investissements existants dans la prévention et les soins à l'échelle du système de santé afin de renforcer les capacités, de faciliter l'accès aux services requis et d'améliorer la qualité générale des services et soins aux diabétiques en Ontario. Il en découlera plus d'occasions de prévenir le diabète pour les personnes à risque ainsi qu'une expérience plus favorable du système de santé et une meilleure qualité de vie pour les diabétiques.

Les sommes investies dans la Stratégie contribueront à renforcer la capacité du système et à mettre en place l'infrastructure pour un vaste système de prévention et de gestion, qui pourrait être facilement élargi afin de lutter contre d'autres maladies chroniques.

Constatations détaillées de la vérification

INITIATIVES CLÉS ET PROGRÈS DE LA STRATÉGIE ONTARIENNE DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE

En 2008-2009, face à la croissance du nombre de diabétiques en Ontario et aux coûts connexes, le gouvernement a lancé la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (la Stratégie), dotée de 741 millions de dollars sur quatre ans. Le Ministère a déclaré à ce moment-là que la Stratégie avait pour but « de prévenir, de prendre en charge et de traiter le diabète ».

Le Ministère a utilisé le modèle modifié de gestion des maladies chroniques de Kaiser pour situer graphiquement les services aux diabétiques dans

le continuum de soins (voir la Figure 4). Le modèle divise les diabétiques ontariens en trois niveaux, selon la gravité de leur état, avec un quatrième niveau pour les gens qui n'ont pas la maladie mais qui sont à risque de la contracter. Le Ministère a élaboré des initiatives spécifiques à chaque niveau, ainsi que des « activateurs du système » afin d'aider à exécuter la Stratégie dans son ensemble. Depuis l'introduction de la Stratégie, le Ministère a amélioré la disponibilité des services aux diabétiques en finançant 101 nouveaux PED et en établissant 14 centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (CRCLD) à l'échelle de la province.

Le Ministère a également défini des mesures de rendement afin d'évaluer les progrès de la Stratégie à différentes étapes. Comme le montre la Figure 5, les mesures de rendement à court terme produisent des résultats mitigés, tandis que les mesures à moyen et long terme n'ont pas encore

Figure 4 : Modèle modifié de gestion de la maladie chronique de Kaiser

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

	Initiatives ou investissements clés dans le cadre de la Stratégie
<p>Niveau 3 Diabète complexe (-175 000*)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie bariatrique Centres de soins complexes aux diabétiques (CSCD) Programme de lutte contre les troubles rénaux chroniques Programme de pompes à insuline et de fournitures connexes
<p>Niveau 2 Diabète modéré (-409 000*)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programmes d'éducation sur le diabète (PED) Initiative d'autogestion Outils destinés aux personnes et aux fournisseurs de soins de santé
<p>Niveau 1 Diabète précoce (-584 000*)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de prévention à l'intention des groupes à risque élevé (p. ex. les Autochtones et les Asiatiques) Saine alimentation Ontario Accès amélioré aux soins primaires aux fins de prévention et d'identification précoce
<p>Populations à risque et population générale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de prévention à l'intention des groupes à risque élevé (p. ex. les Autochtones et les Asiatiques) Saine alimentation Ontario Accès amélioré aux soins primaires aux fins de prévention et d'identification précoce
<p>Activateurs du système</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registre des cas de diabète et Initiative des données de base sur le diabète (IDBD) Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (CRCLD)

* Fondé sur les estimations de la prévalence du diabète par l'Association canadienne du diabète.

Figure 5 : Sommaire des mesures de rendement clés pour la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

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

Mesures du rendement clés pour la Stratégie	Cible	Données		
		de base*	Oct. 2010	Oct. 2011
Mesures à court terme				
% d'Ontariens physiquement inactifs	45 ^a	52,6	51,2	51,0
% d'Ontariens en surpoids ou obèses	— ^b	51,8	51,7	53,0
% d'Ontariens diabétiques qui ont un médecin de famille attiré	— ^b	97,6	96,4	96,9
Nombre d'Ontariens diabétiques inscrits à Accès Soins	— ^b	3 744	4 768	10 335
% d'Ontariens diabétiques aiguillés vers un médecin de famille par Accès Soins	— ^b	60,5	59,8	63,0
% d'Ontariens diabétiques pour lesquels une prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète (Q040) a été facturée	— ^b	25,5	26,3	29,2
% d'Ontariens diabétiques pour lesquels une évaluation de gestion du diabète (K030) a été facturée	— ^b	27,5	28,5	32,0
% d'Ontariens diabétiques qui ont subi les trois tests clés à la fréquence recommandée	80	37,6	37,8	39,6
Mesures à moyen ou à long terme				
% de prévalence du diabète dans la population ontarienne	— ^b	8,7	9,3	9,4
Nombre de visites aux urgences pour hyperglycémie ou hypoglycémie (niveaux anormaux de glycémie) par tranche de 100 000 diabétiques	— ^b	1 185	1 115	1 063
Taux de dialyse rénale et de greffe du rein par tranche de 100 000 diabétiques	Maintenir le taux original	712	842	845
Taux d'hospitalisation pour des infections, des ulcères ou des amputations par tranche de 100 000 diabétiques	Réduire de 10 % le dernier taux déclaré	2 294	2 932	3 347
Taux d'hospitalisation pour des crises cardiaques par tranche de 100 000 diabétiques	Réduire de 10 % le dernier taux déclaré	877	1 022	1 082
Taux de chirurgies oculaires par tranche de 100 000 diabétiques	— ^b	3 500	3 612	3 365

* Les données de base ont été recueillies entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2010, selon la mesure du rendement.

a. La Stratégie n'a pas établi de cible pour cette mesure, mais la Stratégie ACTIVE2010, lancée en 2004, avait comme objectif de hausser le pourcentage d'Ontariens physiquement actifs à 55 % d'ici 2010 (ou de réduire le pourcentage d'Ontariens physiquement inactifs à 45 % d'ici 2010).

b. La Stratégie n'a pas établi de cible pour cette mesure.

donné lieu à des améliorations. En particulier, les taux d'hospitalisation des diabétiques pour cause de crise cardiaque, d'infection, d'ulcère ou d'amputation ont augmenté et n'atteignaient pas les objectifs; le Ministère a néanmoins indiqué qu'il n'avait pas établi de délais précis pour l'atteinte de ces objectifs. Dans l'ensemble, les taux se sont stabilisés ou ont diminué concernant certaines complications, les hospitalisations et les décès liés au diabète, mais

les chiffres réels demeurent élevés et devraient continuer de grimper de façon importante par suite de l'augmentation de la population diabétique.

Nous avons remarqué que, selon les données disponibles à ce jour, il est encore trop tôt pour évaluer l'impact à moyen et long terme de la Stratégie. De toute évidence cependant, il reste beaucoup à faire pour alléger le fardeau de plus en plus lourd du diabète en Ontario.

REGISTRE DES CAS DE DIABÈTE ET INITIATIVE DES DONNÉES DE BASE SUR LE DIABÈTE

Une initiative clé de la Stratégie devait être le Registre des cas de diabète, une base de données électronique contenant des renseignements sur tous les diabétiques ontariens qui vise à faciliter la prestation des soins par le personnel clinique. Le Registre, conjointement avec d'autres systèmes de base développés par Cybersanté, organisme du Ministère, serait aussi un premier pas vers l'implantation d'un dossier de santé électronique pour tous les Ontariens d'ici 2015. En attendant la livraison du Registre, le Ministère a provisoirement mis en oeuvre l'Initiative des données de base sur le diabète (IDBD) afin de fournir aux médecins des rapports imprimés renfermant les dates des trois principaux tests glycémiqes les plus récents subis par leurs patients. Le Ministère continue d'utiliser l'IDBD en l'absence d'un registre complet des cas de diabète.

Registre des cas de diabète

Le Registre est un système d'information interactif en temps réel que les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour identifier et gérer rapidement les Ontariens diabétiques, vérifier les dossiers des patients, accéder aux données diagnostiques, envoyer des avis d'alerte aux patients et suivre les soins fournis aux patients par rapport aux lignes directrices fondées sur des preuves. Le Registre est censé être utilisé pour assurer une surveillance continue et étroite du diabète à l'échelle de la province afin d'aider à planifier et à surveiller les soins. Cybersanté travaille en partenariat avec un fournisseur du secteur privé à développer et mettre en oeuvre le Registre, que le Ministère a décrit comme l'une « des principales priorités cliniques de Cybersanté ».

Calendrier de développement du Registre des cas de diabète

La date cible de la première version du Registre avait été fixée à avril 2009, mais n'a pas été

respectée. Notre examen de la documentation — qui incluait des rapports au Conseil de gestion du gouvernement et au Conseil du Trésor, la charte et le plan de projet, les ententes originales et modifiées et les procès-verbaux des réunions entre Cybersanté et le fournisseur — révèle que la date de lancement proposée a été reportée plusieurs fois. Le Registre n'avait pas encore été livré à la fin de notre travail sur le terrain en juin 2012.

La direction de Cybersanté nous a dit qu'elle pouvait seulement commenter les modifications du calendrier apportées après avril 2010, où la nouvelle direction est entrée en fonction (Cybersanté a remplacé son équipe de direction après notre vérification de l'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario en 2009). Cybersanté a ajouté que le délai de livraison officiel et contractuel sous l'équipe de direction en place était juin 2011.

Une fois terminé, le Registre devait être graduellement mis en oeuvre dans plusieurs emplacements pilotes de 2 des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province, sociétés sans but lucratif qui planifient, intègrent et financent les services de santé locaux. Les deux RLISS pilotes ont toutefois soulevé des préoccupations concernant les retards répétés et le fait que Cybersanté ne les rencontrait plus chaque semaine pour discuter de l'état d'avancement du Registre. Pour sa part, Cybersanté nous a informés qu'à l'automne 2011, il avait décidé avec les RLISS de suspendre les réunions parce qu'il n'y avait pas d'échéancier fiable pour la livraison du Registre. Comme la première version du Registre aux emplacements pilotes n'aura qu'une fonctionnalité limitée, un des deux RLISS nous a dit qu'il ne voyait pas de feuille de route claire pour les futures améliorations, tandis que l'autre remettait en question l'utilité même du Registre.

Cybersanté a donné les raisons suivantes pour expliquer les retards répétés :

- Le Conseil du Trésor a approuvé le budget du Registre en août 2008, mais l'approvisionnement a été suspendu jusqu'en mai 2009 par suite de la création de Cybersanté et de

la décision du gouvernement de demander à Infrastructure Ontario d'aider à choisir un fournisseur pour le développement et la mise en oeuvre du Registre. Cybersanté a lancé une demande de propositions et signé le contrat avec le fournisseur retenu en août 2010.

- Le contrat du Registre a été attribué à un fournisseur dont l'offre pourrait avoir sous-estimé la complexité du projet et le temps requis pour en assurer l'exécution.
- L'équipe de gestion de projet du fournisseur pourrait ne pas avoir établi d'échéancier du chemin critique ni assuré la gestion efficace de l'achèvement des composantes du projet et des résultats attendus.
- Le plan de projet élaboré par le fournisseur semblait contenir de nombreuses erreurs et omissions, qui ont entraîné des rejets et la refonte de la conception.
- Le fournisseur a passé beaucoup de temps à corriger les nombreux problèmes de qualité du Registre depuis le premier essai en septembre 2011. Il restait encore des centaines de défauts en mars 2012.

Coûts de développement du Registre

En août 2010, Cybersanté a signé un contrat de 46 millions de dollars sur six ans avec un fournisseur pour la conception, le développement, la mise en oeuvre et la gestion du Registre. Le contrat prévoyait un paiement forfaitaire d'environ 12 millions au moment où le Registre serait prêt à être utilisé et un paiement mensuel de 575 000 \$ pour 60 mois en période d'exploitation et d'entretien. Les paiements au fournisseur commenceraient seulement après développement et déploiement réussis du Registre.

Comme aucun paiement n'avait été versé au fournisseur du Registre en juin 2012, Cybersanté n'a pas dépensé la totalité des 150 millions de dollars en financement approuvé dans le cadre de la Stratégie pour le Registre et d'autres projets connexes de Cybersanté. Depuis 2008-2009, le

Ministère et Cybersanté ont engagé d'importants coûts internes pour développer le Registre et mener à bien des projets connexes. En particulier :

- Depuis 2009-2010, Cybersanté a engagé des coûts d'environ 20 millions de dollars pour des projets directement liés au Registre et une autre tranche de 50 millions pour d'autres initiatives clés des dossiers de santé électroniques. Ces initiatives comprennent les portails électroniques vers d'autres systèmes, le Système d'information de laboratoire de l'Ontario, le Registre des patients et le Registre des fournisseurs, qui ont été déployés et qui contribuent à l'amélioration des soins et de la gestion du diabète.
- En 2008-2009, le Ministère a engagé des consultants pour exécuter des projets liés au Registre à un coût total d'environ 4,4 millions de dollars. Il nous a informés que certains des projets avaient été suspendus parce que le Registre avait été transféré du Ministère à Cybersanté, qui venait d'être créé, et que des changements avaient été apportés à l'orientation stratégique de Cybersanté en réponse aux recommandations dans notre vérification de 2009 de l'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario.

Selon le contrat avec le fournisseur, il semblerait que Cybersanté puisse résilier le contrat sans être tenu de verser de paiements en l'absence de certification indépendante que le fournisseur a exécuté le projet dans le délai fixé. Le Registre était considéré comme une priorité clinique pour la mise en oeuvre de certains aspects clés de la Stratégie, mais nous avons été informés que la transition d'un nombre beaucoup plus important de médecins aux dossiers médicaux électroniques avait changé la donne et que le Registre n'était plus considéré comme une composante essentielle. Après avoir terminé notre travail de vérification sur le terrain, nous avons été avisés que le contrat avec le fournisseur avait été résilié en septembre 2012.

Processus d'approvisionnement et gestion des contrats

Les documents d'approvisionnement de Cybersanté liés au Registre que nous avons examinés en 2009-2010 indiquaient que la plupart des contrats avaient été attribués à un fournisseur unique plutôt que dans le cadre d'un processus concurrentiel ouvert sans que cette dérogation à la règle ait été approuvée. Cependant, après avoir vérifié l'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario en 2009, nous avons remarqué que tous les contrats attribués par Cybersanté en 2010-2011 et 2011-2012 l'avaient été en régime de concurrence ouverte.

Cybersanté nous a informés qu'il avait institué une méthodologie de gestion de projet pour suivre les résultats attendus et les dépenses tout au long du cycle de vie d'un projet pour que la direction puisse avoir à tout moment un aperçu ponctuel des progrès réalisés. Cette méthodologie ne s'appliquait toutefois pas au Registre, qui a été établi à l'aide du modèle de diversification des modes de financement et d'approvisionnement (modèle DMFA). C'était la première fois que le gouvernement utilisait ce modèle pour un projet de TI. Cybersanté nous a informés qu'il avait appliqué au registre une autre méthodologie de surveillance spécifique aux projets liés à la technologie DMFA.

Selon le modèle DMFA, le gouvernement client détermine la portée et la raison d'être du projet, et le travail est financé et exécuté par un fournisseur du secteur privé, lequel est payé seulement après avoir achevé le projet. Selon Infrastructure Ontario, qui a offert à Cybersanté des services de gestion de l'approvisionnement pour le projet du Registre, le modèle DMFA permet de livrer les projets de façon plus rapide et plus efficace en respectant les délais et le budget établis. Ce modèle diffère des processus d'approvisionnement traditionnels, car il vise à éviter les dépassements de coût et à transférer les risques du gouvernement au fournisseur, qui possède l'expertise et l'expérience voulues pour y faire face.

Cybersanté a reconnu que l'utilisation du modèle DMFA pour le Registre avait nécessité des

compromis : le fournisseur est payé seulement après avoir mené à bien et livré le projet, tandis que la province bénéficie d'un prix garanti en échange d'une influence minimale sur la conception, l'avancement et le délai de livraison du projet. Ainsi, la province n'a pas à payer le fournisseur s'il ne livre pas le Registre, mais elle supporte en fin de compte les autres risques et coûts associés aux retards du projet.

Infrastructure Ontario a engagé une société externe pour qu'elle analyse les risques avant que Cybersanté signe le contrat avec le fournisseur. L'analyse a cerné les risques de retard qui pourraient faire augmenter les coûts et décourager l'adoption du Registre par les utilisateurs. Infrastructure Ontario a toutefois conclu que la stipulation que le fournisseur ne serait payé qu'après certification de l'achèvement du système suffirait pour inciter le fournisseur à achever le projet.

Infrastructure Ontario a engagé un certificateur indépendant au nom de Cybersanté et du fournisseur pour qu'il surveille les progrès réalisés dans l'établissement du Registre et donne une approbation finale. Dans ses rapports mensuels, le certificateur a soulevé des préoccupations à maintes reprises parce que sa capacité à évaluer, mesurer ou contrôler l'avancement du projet était entravée. Cybersanté avait des préoccupations semblables mais il nous a informés que, selon le modèle DMFA, il était moins bien placé pour exiger du fournisseur qu'il corrige les lacunes cernées par le certificateur, y compris :

- les retards graves du projet dans son ensemble;
- le manque d'information sur le calendrier, la portée et l'avancement du projet et sur les causes des retards;
- l'absence de plan de projet approuvé et de jalons cibles;
- les délais serrés avec une marge de manoeuvre minimale;
- les préoccupations concernant la qualité, comme en témoigne le grand nombre de défauts relevés;
- une approche d'essai fragmentée, avec des plans multiples et des critères ambigus.

En avril 2011, on a essayé d'améliorer le respect des délais et de renforcer la certitude que le Registre sera livré en scindant le projet en deux phases, la première version devant être livrée en septembre 2011 et la deuxième, en mai 2012. Le fournisseur recevrait 75 % du paiement approuvé après la première livraison et les 25 % restants après la deuxième, au lieu de recevoir 100 % après avoir mis en place l'intégralité du Registre comme prévu dans le contrat original.

Cybersanté nous a informés qu'à la suite de la modification du contrat, la première version, un module clinique de base, sera livrée dans les plus brefs délais. Cependant, à la fin de notre travail de vérification sur le terrain en juin 2012, aucune des deux versions n'était prête et la date de livraison restait incertaine. Infrastructure Ontario nous a dit qu'à son avis, le fait de verser le premier paiement au fournisseur seulement après l'achèvement du projet l'inciterait à exécuter et à livrer le projet dans les meilleurs délais. Le Ministère et Cybersanté nous ont par ailleurs informés qu'ils avaient pris des mesures pour atténuer les risques associés aux retards en poursuivant l'élaboration d'initiatives complémentaires à l'appui des soins et de la gestion du diabète.

Initiative des données de base sur le diabète

Au printemps 2009, le Ministère a lancé l'Initiative des données de base sur le diabète (IDBD) comme mesure provisoire en attendant la livraison du Registre. L'IDBD fournit aux médecins des rapports imprimés renfermant des renseignements sur la date des trois tests clés les plus récents subis par leurs patients diabétiques. Cette information aide les médecins à mieux gérer leurs patients diabétiques en indiquant la date où ils devraient subir leurs prochains tests. La fréquence recommandée pour chaque test est la suivante :

- un test de glycémie au moins tous les six mois;
- un test de cholestérol au moins une fois par année;

- un examen de la rétine oculaire au moins une fois tous les deux ans.

Entre 2009 et 2012, le Ministère et Cybersanté ont affecté 5,6 millions de dollars à la mise en oeuvre de trois phases de l'IDBD et dépensé 2,6 millions de plus en paiements incitatifs pour encourager les médecins à y participer. Bien que l'Association canadienne du diabète ait qualifié l'IDBD de pratique exemplaire qui « permet de détecter plus facilement les patients qui doivent subir les trois examens », nous avons remarqué ce qui suit :

- Le Ministère a établi un objectif à long terme : faire en sorte que 80 % des diabétiques ontariens adultes subissent les trois tests clés dans les délais recommandés. Selon les résultats de l'IDBD au 31 décembre 2011, 45,6 % d'entre eux avaient subi les trois tests dans les délais recommandés, soit bien en deçà de l'objectif à long terme de 80 % et seulement un peu plus qu'au 31 décembre 2009 (43,1 %). Le Ministère nous a informés qu'il n'y avait pas de délai préétabli pour atteindre cet objectif.
- L'IDBD n'inclut pas les résultats des tests effectués en laboratoire d'hôpital, qui représentaient néanmoins environ le tiers des laboratoires de l'Ontario et réalisaient 9 % des tests de glycémie et 10 % des tests de cholestérol. Dans leurs réponses à notre sondage et leur correspondance avec le Ministère, de nombreux médecins ont indiqué que les laboratoires d'hôpital étaient les seuls grands services de laboratoire dans certaines régions rurales et du Nord. Le Ministère a reconnu cette contrainte, mais a noté que l'IDBD était une mesure provisoire en attendant la livraison du Registre.
- De nombreux médecins qui ont répondu à notre sondage et les quatre CRCLD que nous avons visités ont exprimé d'autres préoccupations concernant l'IDBD, et certains ont remis en question son utilité. Ils ont fait remarquer que l'information fournie par l'IDBD n'était pas à jour et qu'elle se trouvait déjà dans les

dossiers médicaux électroniques utilisés par 43 % des médecins de l'Ontario. Ils ont ajouté que l'IDBD était un processus manuel chronophage de mise en commun et d'examen des données sur les patients.

- La participation à l'IDBD est volontaire. En avril 2012, près de la moitié seulement des médecins de l'Ontario y participaient.

RECOMMANDATION 1

Pour permettre une surveillance efficace et efficiente du diabète au niveau provincial et évaluer les progrès de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit travailler en étroite collaboration avec Cybersanté Ontario et Infrastructure Ontario à :

- soumettre les initiatives lancées par Cybersanté pour prévenir et gérer les maladies chroniques à un processus approprié d'assurance de la qualité pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins des médecins et autres utilisateurs;
- mettre en oeuvre des mesures fondées sur les leçons tirées de l'utilisation du modèle de développement d'un système d'impartition totale pour le Registre des cas de diabète si ce processus d'approvisionnement est utilisé pour les futurs projets de TI.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

L'assurance de la qualité pour les outils électroniques de gestion de la santé est et restera une priorité du Ministère et de Cybersanté. Malgré les défis posés au fournisseur par le Registre, Cybersanté a fait d'importants progrès dans l'exécution de son obligation de développer, d'intégrer et de livrer les systèmes de base complémentaires qui sous-tendent les dossiers médicaux électroniques.

Appliquant les leçons tirées du modèle d'acquisition du Registre, Cybersanté a déjà

pris des mesures pour améliorer le processus d'approvisionnement pour les futurs projets. En particulier, Cybersanté a appliqué la structure de paiement fondée sur l'atteinte des jalons du modèle DMFA à l'acquisition du Système d'information sur les médicaments et adopté un rigoureux processus d'approvisionnement assorti de dispositions contractuelles lui permettant de suivre de près les progrès, d'approuver la stratégie de livraison du fournisseur et de tenir davantage responsable des retards.

PRÉVENTION DU DIABÈTE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Contrairement au diabète de type 1, le diabète de type 2, qui représente 90 % des cas, est évitable. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un régime alimentaire sain riche en fibres et faible en gras, combiné à au moins 30 minutes d'activité physique par jour, peut réduire de 50 % le risque de diabète de type 2. L'OMS ajoute qu'il est possible de prévenir ou de retarder le diabète de type 2 dans plus de 90 % des cas en adoptant un mode de vie combinant une alimentation saine, l'exercice régulier, la cessation du tabagisme et la gestion efficace du stress.

Selon le Comité d'experts en matière de gestion du diabète établi par le Ministère en 2006, [Traduction] « la stratégie la plus rentable, la plus économique et la plus durable pour gérer la maladie chronique est de garder les gens en santé et de prévenir la maladie ». Dans ses Lignes directrices de pratique clinique 2008 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada, l'Association canadienne du diabète soulignait que la « prévention du diabète de type 2 aurait des avantages considérables du point de vue de la santé publique, dont une baisse de l'incidence des maladies cardiovasculaires, de l'insuffisance rénale, de la cécité et des décès prématurés ».

Portée des initiatives de prévention du diabète

Le Ministère a affecté seulement 3 % des 648 millions de dollars en financement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (la Stratégie) — soit environ 19 millions — à la prévention (voir la Figure 3). Le Ministère nous a informés que les initiatives de prévention du diabète liées à la Stratégie mettaient l'accent sur la réduction des risques d'apparition de nouveaux cas de diabète. Les fonds étaient destinés aux initiatives de prévention lancées par 24 organismes locaux dans des collectivités ayant une prévalence élevée de diabète et une forte concentration de groupes ethniques à risque élevé de diabète (par exemple, les Asiatiques et les Autochtones). Nous avons remarqué ce qui suit :

- Les initiatives de prévention prévues dans la Stratégie ciblaient les régions de Toronto, de Peel, du Nord-Est et du Nord-Ouest, même si les statistiques de l'Institut de recherche en services de santé, importante organisation de recherche indépendante du Canada, indiquaient que d'autres RLSS, comme ceux du Centre-Est et d'Érié St. Clair, ont une prévalence tout aussi élevée.
- Le Ministère a atteint son objectif de joindre 40 000 personnes à risque dans des collectivités ayant une incidence élevée de diabète grâce à des initiatives de prévention primaire communautaires, mais il a reconnu qu'il avait peu de renseignements fiables sur la taille et la répartition de la population ontarienne à risque.
- Près des deux tiers des PED qui ont répondu à notre sondage étaient d'avis qu'une plus grande partie de leurs ressources devrait servir à éduquer les personnes à risque élevé de contracter le diabète, mais ils ne pouvaient le faire parce que les fonds du Ministère sont destinés aux personnes déjà diagnostiquées.

Efficacité des initiatives de prévention du diabète

Les décideurs ont besoin d'évaluations fiables de l'efficacité des initiatives de prévention pour les aider à établir les priorités. De telles évaluations comportent une analyse quantitative afin de déterminer si les initiatives de prévention aident à atténuer les facteurs de risque pour le diabète, qui comprennent les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique ainsi que le surpoids ou l'obésité.

Le Ministère nous a informés qu'il n'avait fixé aucune mesure du rendement dans le cadre de la Stratégie afin de déterminer l'étendue du problème de mauvaise alimentation dans la population ontarienne, parce que la documentation scientifique n'indiquait pas qu'il s'agissait d'un facteur de risque causal indépendant pour le diabète. Il surveille deux autres facteurs de risque, soit le poids corporel et l'inactivité physique. Bien que le Ministère n'ait pas établi de cibles pour ces deux mesures dans le cadre de la Stratégie, il a dit que sa stratégie VIE ACTIVE2010 de 2004 avait comme objectif de ramener de 52 % à 45 % la proportion de personnes physiquement inactives dans la population d'ici 2010.

Comme le montre la Figure 5, ces deux mesures sont restées relativement constantes au cours des dernières années. En particulier, le rapport d'octobre 2011 sur les mesures de rendement clés de la Stratégie précisait que [Traduction] « la proportion d'adultes en surpoids ou obèses a connu une croissance notable depuis 2003-2004 (de 49,6 à 53,0 %) » et « la proportion d'adultes inactifs ne s'est pas améliorée depuis 2003-2004, variant de 50 à 53 % ».

En mai 2011, le Ministère a fait faire une évaluation externe de ses initiatives de prévention du diabète. L'évaluation concluait que les initiatives avaient un impact limité sur la sensibilisation du public au diabète et l'adoption d'un mode de vie plus sain. En janvier 2012, en réponse à l'évaluation, le Ministère a tenu un forum sur le diabète avec les organismes locaux qu'il finance à des fins de prévention. Les organismes ont formulé

deux suggestions principales qui, à leur avis, sont nécessaires pour promouvoir le succès à long terme des initiatives de prévention :

- Le Ministère doit offrir un financement pluriannuel régulier aux organismes et éviter de retarder le transfert des fonds à durée limitée afin de réduire au minimum les délais de mise en oeuvre et la difficulté de recruter et de retenir le personnel.
- Le Ministère doit améliorer sa coordination et ses communications avec les organismes, lesquels ont indiqué qu'ils travaillaient « en vase clos ». Pour éviter le double emploi, les organismes ont laissé entendre que le Ministère devait jouer un rôle plus proactif en vue de parvenir à une compréhension commune des activités respectives et des intervenants ayant besoin de soutien supplémentaire ainsi que de faciliter l'échange des connaissances sur les pratiques exemplaires.

Le Ministère nous a informés qu'il prévoyait de faire une autre évaluation de ses initiatives de prévention du diabète en 2012-2013 et de se fonder sur les résultats de cette évaluation et sur l'information recueillie lors du forum sur le diabète pour modifier les initiatives de prévention.

Dépistage du diabète non diagnostiqué

Les personnes dont le diabète n'a pas été diagnostiqué sont celles qui ont contracté la maladie mais qui n'ont pas encore été identifiées comme diabétiques par les fournisseurs de soins de santé. Selon les Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète (l'Association), près de 3 % des adultes seraient atteints du diabète de type 2 sans le savoir. Donc, au moins 284 000 Ontariens pourraient ne pas savoir qu'ils sont diabétiques. Des études indiquent que le diabète de type 2 peut rester asymptomatique pendant dix ans et qu'au moment du diagnostic, de 20 à 30 % des patients auront déjà des complications. Le diabète non diagnostiqué représente donc un fardeau coûteux sur le système de santé à long terme.

Depuis 2008, l'Association recommande un dépistage dès 40 ans parce que cette pratique s'est avérée utile dans le dépistage du diabète non diagnostiqué. Il n'y a pas eu jusqu'ici de stratégie visant expressément à repérer les cas non diagnostiqués en Ontario par le dépistage ciblé du diabète de type 2 et du diabète précoce (un taux de glycémie plus élevé que la normale, mais pas suffisamment élevé pour un diagnostic de diabète de type 2).

Le Ministère a indiqué que, jusqu'ici, il avait mis l'accent sur le dépistage des personnes à risque de développer le diabète plutôt que sur le dépistage du diabète non diagnostiqué. Il nous a avisés à cet égard qu'il avait testé environ 4 600 personnes dans le cadre de ses initiatives de prévention communautaires pour déterminer si elles présentaient des facteurs de risque. Il a aussi mis en oeuvre le projet modèle d'Ottawa pour le diabète non diagnostiqué, qui vise à repérer le diabète non diagnostiqué chez les patients hospitalisés pour d'autres raisons et à les mettre en contact avec les fournisseurs de soins aux diabétiques de leur collectivité. Le Ministère nous a informés que ce projet visait seulement environ 500 patients dans quatre hôpitaux, mais qu'il serait étendu à d'autres hôpitaux en 2012-2013.

Élaboration d'une vaste stratégie de promotion de la santé

Selon l'OMS, un style de vie sain combinant l'alimentation saine et l'activité physique est la première ligne de défense dans la prévention du diabète de type 2. En 2005, le gouvernement a établi le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (qui a été intégré au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en octobre 2011). En 2006, le Ministère a lancé le Plan d'action de l'Ontario pour la promotion de l'alimentation saine et de la vie active (ASVA). Cependant, comme il est noté plus haut, il n'y a pas eu d'amélioration récente dans le pourcentage d'Ontariens en surpoids, obèses ou physiquement inactifs.

En mars 2011, le gouvernement a établi la Commission de la réforme des services publics de

l'Ontario pour le conseiller sur les modalités de prestation des services par le gouvernement. En février 2012, la Commission a diffusé un rapport recommandant au gouvernement :

- de faire davantage pour promouvoir un mode de vie sain;
- d'établir une stratégie provinciale de prévention des maladies chroniques;
- d'adopter une approche globale en matière de santé de la population;
- d'examiner les possibilités de réglementation de l'industrie alimentaire;
- de collaborer avec le gouvernement fédéral à la réglementation de l'alimentation;
- de reproduire l'initiative ActNow de la Colombie-Britannique.

Nous avons remarqué que plusieurs organismes respectés, dont l'OMS, le Conference Board du Canada et le Conseil canadien de la santé, ont eux aussi qualifié l'initiative ActNow de la Colombie-Britannique, à l'approche intergouvernementale et multisectorielle, de pratique exemplaire en promotion de la santé et prévention des maladies chroniques.

Nous avons noté qu'en avril 2012, Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario ont publié un rapport indiquant que les dépenses en soins de santé de l'Ontario étaient axées sur le traitement des personnes malades plutôt que les mesures visant à préserver la santé. Le rapport soulignait que quatre grands facteurs de risque — les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool — étaient étroitement liés au développement d'une maladie chronique telle que le diabète, et que l'Ontario avait seulement élaboré une stratégie concertée de réduction du tabagisme. Le rapport recommandait une stratégie globale de prévention des maladies chroniques ciblant l'ensemble de la population ontarienne et favorisant une approche pangouvernementale qui engage tous les secteurs et ordres de gouvernement, les groupes communautaires, les entreprises, les établissements d'enseignement et les médias. Les PED et beaucoup des médecins qui ont répondu à nos sondages ainsi que les experts en diabète que

nous avons interrogés mentionnaient eux aussi l'absence de stratégie ontarienne à volets multiples pour prévenir la maladie chronique et l'obésité.

Le Ministère nous a informés que le gouvernement avait introduit des initiatives de promotion d'une alimentation saine, dont le Programme de subventions du Fonds pour les communautés en santé pour la prestation des initiatives de promotion de la santé; le Programme de bonne nutrition des élèves, financé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse; et le Programme de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario, qui cible les élèves de l'élémentaire dans certaines régions du Nord de l'Ontario. De plus, en mai 2012, le gouvernement a réuni un comité d'experts pour la santé des enfants pour qu'il le conseille sur l'élaboration d'une stratégie de lutte contre l'obésité infantile. Nous avons cependant remarqué que la population adulte pourrait bénéficier d'initiatives semblables de promotion de la santé et d'une stratégie de lutte contre l'obésité.

RECOMMANDATION 2

Pour accentuer davantage les stratégies rentables de prévention et de détection précoce du diabète à long terme, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- réévaluer l'affectation de 3 % seulement du total des fonds pour le diabète aux initiatives de prévention afin de déterminer si c'est la stratégie la plus rentable à long terme;
- concevoir des moyens d'identifier plus rapidement les personnes dont le diabète n'a pas été diagnostiqué;
- élaborer des stratégies globales de promotion de la santé qui ciblent toute la population ontarienne et envisager d'adopter des stratégies semblables à celles d'autres administrations.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En plus des fonds alloués dans le cadre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète,

le Ministère a investi plus de 335 millions de dollars par année dans des programmes visant à promouvoir des habitudes alimentaires saines, à prévenir les maladies chroniques telles que le diabète et à réduire les taux de blessure et d'accoutumance. Il examinera toutefois les fonds alloués aux initiatives de prévention du diabète dans le cadre de la Stratégie.

Le Ministère s'emploie également à élaborer un cadre provincial qui éclairera une approche coordonnée de dépistage du diabète dans les organismes communautaires de soins primaires partout en Ontario.

Le Ministère continuera d'évaluer les stratégies globales de promotion de la santé et de prévention adoptées par d'autres administrations. Il siège actuellement à plusieurs comités fédéraux-provinciaux-territoriaux qui se penchent sur des questions comme le poids santé, la réduction du sodium et la lutte contre le tabagisme pour échanger l'information sur les pratiques exemplaires. L'intégration de la promotion de la santé au sein du Ministère permettra de prêter une plus grande attention à des stratégies élargies de promotion de la santé et de prévention du diabète.

PROGRAMMES D'ÉDUCATION SUR LE DIABÈTE

En 1992, reconnaissant qu'il est essentiel de fournir des renseignements appropriés aux diabétiques pour qu'ils puissent gérer leur maladie, le gouvernement a lancé des programmes d'éducation sur le diabète (PED) dans trois milieux : les hôpitaux, les centres de santé communautaires et les équipes de santé familiale (ESF). Chaque PED regroupe une ou plusieurs équipes de formation à l'intention des diabétiques (les équipes) et chacune comprend une infirmière autorisée et une diététiste autorisée. Les équipes peuvent aussi compter d'autres professionnels de la santé, comme des travailleurs sociaux,

des psychologues, des podologues, des pharmaciens et des physiothérapeutes. Les PED offrent des services de consultation individuelle et en groupe pour promouvoir l'autogestion de la santé et aider les patients à améliorer leur qualité de vie, à réduire leurs symptômes et à prévenir les complications.

Avec les fonds supplémentaires disponibles dans le cadre de la Stratégie, le Ministère a élargi les PED en ajoutant 101 nouvelles équipes depuis 2009-2010. Il finance actuellement 322 équipes dans 152 PED à travers la province. Sur ce total, 47 PED situés dans le Nord de l'Ontario étaient financés et gérés au nom du Ministère par un organisme sans but lucratif qui a reçu des fonds du Ministère et signé une entente de responsabilisation avec lui.

Surveillance des programmes d'éducation sur le diabète

Évaluation du rendement des PED : Nombre de cas repère

Le Ministère surveille les PED en fonction du nombre de cas repère, c'est-à-dire que chaque équipe (une infirmière autorisée à temps plein et une diététiste autorisée à temps plein) d'un PED devrait avoir un nombre de cas actifs de 1 000 patients ou plus par exercice. Nous avons cependant remarqué que ce repère pourrait ne plus refléter la réalité car il a été établi en 2001 lorsqu'il y avait seulement 71 PED, comparativement au total actuel de 152. La portée de programme s'est aussi élargie et a évolué depuis 2001.

Le repère a en outre été établi en supposant que chaque patient recevrait cinq heures de services par année, et que 60 % des services seraient offerts sous forme de consultation individuelle et 40 %, de consultation collective. Cependant, la plupart des PED qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que ces hypothèses ne reflétaient pas leurs activités réelles et qu'il fallait les réviser. Le Ministère nous a informés qu'il avait entrepris un examen du repère durant notre vérification et qu'il achevait le rapport d'analyse en août 2012.

Nous avons constaté qu'environ 90 % des PED n'atteignaient pas le nombre repère de 1 000 patients par exercice depuis 2008-2009 et que plus du tiers n'avaient pas atteint 50 % du nombre repère en 2010-2011. Le Ministère nous a informés qu'en juin 2011 il avait demandé à tout PED qui n'atteignait pas au moins 50 % du repère de soumettre un plan d'amélioration du rendement. Après notre travail de vérification sur le terrain, le Ministère a indiqué qu'il examinait les résultats des PED qui avaient mis en oeuvre leur plan dans le cadre de sa surveillance continue de ces programmes.

Uniformité et qualité des PED

Nous avons remarqué que le Ministère ne surveillait pas de façon adéquate l'uniformité et la qualité des services fournis par les PED dans la province, sauf pour les évaluer en fonction du nombre repère de 1 000 patients. Par exemple :

- Selon le manuel des politiques et procédures diffusé par le Ministère à l'intention des PED, ceux-ci doivent faire des vérifications périodiques de la qualité des soins fournis régulièrement et remettre au Ministère sur demande tous les renseignements recueillis sur ces vérifications. Le Ministère n'a pas donné aux PED de conseil sur l'étendue ou la fréquence des vérifications et ne leur a pas demandé les résultats des vérifications afin de déterminer s'ils se conformaient à l'exigence. Selon notre sondage des PED, la fréquence des vérifications variait et environ le quart ont dit qu'ils n'avaient pas fait de vérification ou qu'ils ne savaient pas qu'ils devaient le faire.
- Les médecins qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que le taux de roulement élevé du personnel et la formation inadéquate des nouveaux employés des PED avaient nui à la qualité des soins. Ils n'étaient pas non plus certains que les PED pouvaient donner des conseils appropriés aux patients. Les répondants mentionnaient par ailleurs qu'il arrivait souvent aux PED de promouvoir de nouveaux

médicaments qui n'avaient pas fait leurs preuves et que la qualité de leurs renseignements aux patients variait.

- Il existe un programme conférant la désignation d'éducateur agréé en diabète (CDE). Cependant, comme ce programme est volontaire, les PED n'ont pas tous des CDE parmi leur personnel. Le Ministère nous a informés qu'il encourageait les PED à recruter des employés possédant cette désignation ou à aider son personnel à l'obtenir. Cependant, il ne surveillait pas les niveaux de compétence et de qualification du personnel des PED.

Surveillance des programmes d'éducation sur le diabète dans le Nord

Le Ministère a conclu une entente de responsabilisation avec une société sans but lucratif et lui verse des paiements de transfert pour financer et administrer 47 PED pour adultes dans le Nord de l'Ontario, 35 programmes de lutte contre le diabète chez les enfants, des services aux Autochtones diabétiques du Nord de l'Ontario ainsi que des centres de coordination régionaux dans les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest. Le Ministère nous a informés que l'organisation est chargée de choisir des fournisseurs de services pour diabétiques en fonction des objectifs de financement énoncés dans son entente de responsabilisation.

L'organisation compte seulement une dizaine d'employés dans trois bureaux. Sa haute direction n'a pas changé depuis sa création en 1992. Au cours des dix dernières années, les fonds annuels versés à l'organisation par le Ministère sont passés de 7 à 20 millions de dollars en vue de l'expansion des services dans le Nord de l'Ontario. Selon son entente de responsabilisation, l'organisation doit administrer les fonds avec prudence et efficacité.

L'organisation transfère la plupart des fonds reçus du Ministère à des fournisseurs de services communautaires, dont les PED du Nord, pour qu'ils dispensent des soins aux diabétiques. Entre 2006-2007 et 2010-2011, l'organisation a versé

environ 66 millions de dollars à des fournisseurs de services et transféré la plupart de ces fonds, soit environ 44,5 millions, à des PED pour adultes. Le Ministère exige de l'organisation qu'elle signe une entente de responsabilisation avec chaque PED du Nord et obtienne de chacun des rapports trimestriels et annuels résumant le nombre de cas, les activités et les données financières. Il nous a informés que l'organisation comptabilisait le financement octroyé aux PED au moyen d'un processus annuel de règlement et de rapprochement. Or, notre examen des états financiers vérifiés de l'organisation indiquait que ses vérificateurs n'avaient pas été en mesure d'émettre une opinion sans réserve sur ces états financiers depuis 2007, parce qu'ils n'avaient pas examiné les dossiers des fournisseurs de services financés par l'organisation. Celle-ci nous a dit qu'elle supposait que les fonds versés aux fournisseurs servaient à offrir des soins aux diabétiques.

Dans notre examen des dépenses de l'organisation, nous avons également pris note de certaines pratiques douteuses, dont certaines allaient à l'encontre de ses propres politiques ou de la Directive applicable aux dépenses du secteur parapublic entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011. Voici des exemples :

- L'organisation a payé à une société d'experts-conseils un total de 105 000 \$ depuis 2009-2010, y compris une provision mensuelle de 5 000 \$ et le remboursement des frais de téléphone, de télécopieur, de repas et de taxi. En octobre 2010, elle a signé une entente formelle avec la société pour des services tels que [Traduction] « la prestation de conseils électoraux stratégiques et la mobilisation des membres » et [Traduction] « l'établissement de relations avec des décideurs compétents des milieux politiques et du secteur public ». L'organisation nous a informés que son conseil d'administration avait approuvé le recours à la société d'experts-conseils pour qu'elle lui fournisse des conseils stratégiques de haut niveau, de façon que le gouvernement soit conscient de l'existence de l'organisation. Le Ministère nous a toutefois informés qu'il n'avait jamais approuvé de budget pour des services consultatifs de ce genre et que l'organisation ne lui avait jamais demandé d'approuver la réaffectation de fonds à ces services.
- L'organisation avait des pratiques inadéquates de tenue des dossiers sur les frais de déplacement et de repas du personnel. Presque tous les frais de repas que nous avons examinés étaient étayés par des bordereaux de carte de crédit ou des notes manuscrites plutôt que par les reçus détaillés originaux, comme l'exigent les politiques de l'organisation et la Directive applicable aux dépenses du secteur parapublic. Dans bien des cas, les dossiers ne spécifiaient pas le nom des convives ou l'objet des repas.
- Les politiques de l'organisation n'étaient pas alignées sur les règles de la fonction publique de l'Ontario (FPO) concernant la consommation d'alcool et les frais de repas raisonnables. L'organisation nous a informés qu'elle n'encourageait pas les demandes de remboursement des frais de boissons alcoolisées, mais nous avons relevé des cas où ces demandes avaient été produites. Les politiques de l'organisation ne précisaient pas non plus les montants maximums par repas. Nous avons remarqué des cas où des employés avaient demandé le remboursement de repas coûtant jusqu'à 80 \$ par personne.
- Les demandes de remboursement des frais de déplacement présentées par le PDG de l'organisation s'élevaient à près de 40 000 \$ par année. Lorsqu'il devait loger à Toronto, le PDG recevait 100 \$ par jour pour l'hébergement dans une résidence privée. Ce montant était quatre fois plus élevé que le tarif journalier de 25 \$ spécifié dans les politiques de l'organisation. Bien que la Directive applicable aux dépenses du secteur parapublic ne précise pas de tarif journalier, elle stipule qu'« en raison des exigences obligatoires, et des principes de transparence et de responsabilisation, il est

clair que de telles indemnités ne seraient plus autorisées » et que « dans la fonction publique de l'Ontario, les indemnités quotidiennes ne sont désormais plus en usage ».

- L'organisation a loué un bureau à Kenora en octobre 2010, mais elle l'a fermé en juillet 2011 parce qu'elle n'avait pu trouver d'employés qualifiés. Cette fermeture a entraîné des frais de résiliation de bail d'environ 12 000 \$. Selon le Ministère, l'organisation avait discuté avec lui du regroupement de ses bureaux de Kenora et de Thunder Bay, mais il ne savait pas que le bureau de Kenora était fermé et que l'organisation avait engagé des frais de résiliation relativement élevés.
- L'organisation a payé environ 2 000 \$ pour qu'un adjoint administratif suive à Las Vegas un cours de gestion destiné à des gestionnaires, surveillants et autre personnel ayant des responsabilités de gestion.

Nous avons laissé entendre qu'une surveillance plus étroite de cette organisation s'imposait, mais le Ministère a indiqué que son rôle de surveillance des organisations du secteur parapublic qu'il finance ne s'étendait pas aux dépenses engagées par leur personnel. Il a ajouté qu'il s'attendait à ce que les organisations aient des politiques et procédures appropriées en place, mais qu'il incombait à leur conseil d'administration d'assurer la conformité aux politiques et directives applicables.

Après notre vérification, le Ministère nous a informés qu'entre autres mesures, il avait recouvré environ 40 000 \$ en dépenses non approuvées auprès de l'organisation en juin 2012. Il a également assuré un suivi concernant la non-conformité de l'organisation aux exigences de l'entente de responsabilisation du secteur parapublic en août 2012.

RECOMMANDATION 3

Pour faire en sorte que les programmes d'éducation sur le diabète (PED) fournissent aux diabétiques des soins uniformes et de qualité en conformité avec les politiques applicables,

le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit renforcer sa surveillance des PED et d'autres bénéficiaires du financement pour le diabète en :

- établissant des mesures appropriées de la prestation et de la rentabilité des services et exigeant des PED qu'ils présentent des rapports périodiques sur ces mesures;
- visitant périodiquement des organismes régionaux, communautaires et parapublics choisis qui reçoivent un financement pour le diabète.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les ententes actuelles du Ministère avec les bénéficiaires des paiements de transfert exigent des programmes locaux de lutte contre le diabète qu'ils offrent des services respectant des normes minimales. Le Ministère, de concert avec les RLISS, fera un examen de suivi de l'entente cadre afin de trouver d'autres moyens de renforcer la responsabilisation.

Outre le cadre de mesure élaboré en partenariat avec Qualité des services de santé Ontario et les centres de coordination régionaux en 2011-2012, le Ministère établira d'autres mesures du rendement et exigences de rapport pour les PED qui concorderont avec les attributs énoncés dans le cadre de mesure.

Le Ministère cherchera à assurer une surveillance plus étroite des organisations parapublics qui sont financées pour offrir des services aux diabétiques et continuera de prendre des mesures appropriées et opportunes dans les cas de non-conformité aux ententes. Il prévoit aussi d'autres activités de surveillance, notamment améliorer son processus de rapprochement annuel, élaborer un protocole pour les visites périodiques sur place, et obtenir les attestations des conseils d'administration des organisations afin d'assurer leur conformité aux ententes de responsabilisation en matière de paiements de transfert.

FOURNISSEURS DE SOINS AUX DIABÉTIQUES – COORDINATION ET ACCÈS

Coordination entre les PED

Dans le cadre de la Stratégie, la Direction des programmes provinciaux (DPP) du Ministère a financé 101 nouvelles équipes de PED dans des hôpitaux, des centres de santé communautaires et des ESF depuis 2009-2010. Le Ministère nous a informés que l'emplacement des nouvelles équipes se fondait sur les propositions des RLISS. Nous avons remarqué en même temps que le Ministère finançait d'autres programmes de lutte contre le diabète. Par exemple, des ESF ont reçu des fonds de la Direction des soins primaires du Ministère pour établir des programmes de gestion des maladies chroniques, qui comprennent des programmes de lutte contre le diabète, et les hôpitaux ont mis de côté une partie de leur financement global à cette fin. Le Ministère nous a toutefois informés que la DPP tenait des dossiers seulement pour les PED qu'elle finance et il n'a pas pu confirmer les autres ESF et hôpitaux qui financent eux aussi des services aux diabétiques.

Les PED que nous avons visités et ceux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué qu'ils n'avaient pu atteindre le nombre repère de 1 000 patients prescrit par le Ministère parce que leurs zones de desserte recoupaient celles d'autres programmes de lutte contre le diabète. Cette situation a entraîné une sous-utilisation de nombreux PED et même une concurrence entre les PED qui se disputent les patients diabétiques afin de respecter le nombre de cas repère. En fait, tous les PED que nous avons visités étaient situés près d'autres programmes de lutte contre le diabète. Par exemple :

- Un PED était situé à cinq minutes de marche de deux ESF offrant des programmes de lutte contre le diabète et à dix minutes en voiture d'un autre PED.
- Un PED était situé dans le même hôpital qu'une diététiste autorisée qui offrait aussi en clinique de l'information sur la gestion du diabète.

- Un PED considérablement sous-utilisé était situé dans une zone rurale desservie par quatre autres PED.

Coordination entre les PED et les médecins

Les Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète recommandaient une information en gestion autonome du diabète pour tous les diabétiques. En 2011, une équipe de chercheurs de deux universités ontariennes a étudié les tendances des médecins qui orientaient leurs patients vers des PED dans une région suburbaine du Sud de l'Ontario. Avec l'aide de l'Ontario College of Family Physicians, nous avons étendu cette étude à tous les médecins de famille de la province. Les résultats de l'étude de 2011 et de notre sondage montraient que de nombreux médecins ne renvoyaient pas leurs patients diabétiques aux PED. Les raisons les plus souvent citées pour les non-renvois étaient que les patients ne voulaient pas participer à ces programmes et les médecins pouvaient informer eux-mêmes leurs patients. Les principales raisons de la réticence des patients étaient les heures peu commodes, l'absence de services le soir ou la fin de semaine et les barrières linguistiques. Ces raisons cadraient avec les résultats de notre sondage auprès des PED, qui étaient presque tous fermés le soir et la fin de semaine et dont à peu près la moitié n'offraient pas de services dans d'autres langues.

Les résultats de nos sondages auprès des PED et des médecins donnaient eux aussi à penser que le manque de communication et de coordination entre ces derniers nuisait à la prestation des soins aux diabétiques. Environ 60 % des PED qui ont répondu à notre sondage faisaient remarquer que la coordination et les communications avec d'autres fournisseurs de soins de santé, surtout les médecins, représentaient un défi de taille. Alors que les résultats des tests de glycémie et de cholestérol effectués en laboratoire pouvaient aider les PED à suivre leurs patients, 43 % des PED sondés ont dit que les médecins et autres fournisseurs de soins

leur transmettaient ces résultats seulement la moitié du temps ou moins. Les médecins, pour leur part, ont souligné qu'ils ne recevaient pas souvent d'information des PED locaux concernant les progrès de leurs patients.

Prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète pour les médecins

En avril 2006, le Ministère a introduit une prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète (PEGCD) afin de promouvoir la qualité des soins aux diabétiques. La PEGCD est un paiement annuel de 75 \$ offert aux médecins pour coordonner, fournir et documenter tous les éléments de soins nécessaires à chaque patient diabétique conformément aux Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète. Les données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) montraient que le Ministère avait versé environ 95 millions de dollars en PEGCD aux médecins depuis 2006. Nous avons quand même remarqué qu'on ne savait pas vraiment si la PEGCD encourageait effectivement les médecins à offrir des services continus et coordonnés de gestion du diabète. En particulier :

- Quarante-six pour cent (46 %) des médecins qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que la PEGCD n'avait aucun impact sur la façon dont ils traitaient leurs patients. De ce nombre, environ 14 % n'étaient même pas au courant de l'existence de la PEGCD.
- Le rapport d'octobre 2011 sur les principales mesures du rendement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète montrait que, depuis 2008-2009, la PEGCD avait été demandée pour moins de 30 % des diabétiques au cours de chaque exercice, avec une faible augmentation seulement durant cette période (voir la Figure 5). Ce chiffre dénote un manque de sensibilisation à la PEGCD ou un faible taux d'utilisation de la prime.
- En avril 2012, des chercheurs de l'Université de Toronto ont publié une étude selon

laquelle il y avait peu de différence dans le rendement global avant et après la PEGCD. Ils ont constaté que les médecins qui fournissaient déjà des soins de qualité supérieure continuaient simplement de le faire tout en demandant la PEGCD, et ils ont conclu que la PEGCD [*Traduction*] « avait entraîné une amélioration minimale de la qualité des soins aux diabétiques tant dans la population que chez les patients ».

Accès aux fournisseurs de soins spécialisés aux diabétiques

Une équipe multidisciplinaire composée de différents fournisseurs de soins de santé s'est avérée efficace dans la prestation des soins aux diabétiques. Selon les Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète : « On recommande la création d'une équipe de professionnels de la santé – soit médecins, infirmières, éducatrices spécialisées en diabète, pharmaciens et autres experts des soins de santé travaillant de concert avec la personne atteinte de diabète – pour que les soins soient optimaux. » Le Comité d'experts en matière de gestion du diabète nommé par le Ministère en 2006 faisait également remarquer que [*Traduction*] « l'équipe interdisciplinaire est essentielle à une gestion réussie du diabète ».

Notre sondage des PED a révélé que les niveaux de soins et d'accès aux spécialistes variaient d'un PED à l'autre. Seulement 25 % des PED sondés ont dit qu'ils recevaient des fonds pour des spécialistes autres que le personnel infirmier et diététique autorisé. Il est peu probable qu'il y ait des fonds suffisants pour doter tous les PED de spécialistes variés, mais certains spécialistes sont essentiels pour soigner les diabétiques. Par exemple, 60 % des PED sondés ont dit que les professionnels dont ils avaient le plus besoin étaient les podologues, mais 40 % ont déclaré que leurs patients n'avaient pas facilement accès à ces spécialistes. Près de la moitié des médecins sondés ont indiqué que l'un des problèmes les plus courants était la difficulté

d'accéder en temps opportun aux podologues, car les infections des pieds sont une des principales causes d'hospitalisation des diabétiques. Selon un rapport publié en avril 2012 par l'Institut de recherche en services de santé, une importante organisation de recherche indépendante du Canada, environ 74 diabétiques ontariens sur 10 000 ont dû subir une imputation des membres inférieurs, principalement en raison d'infections aux pieds découlant d'une mauvaise circulation et de neuropathies causées par le diabète.

Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète

Après l'approbation du programme des centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (CRCLD) par le Cabinet en octobre 2009, le Ministère a établi un CRCLD dans chacun des 14 RLISS de la province afin de promouvoir l'accessibilité des services coordonnés pour les diabétiques, où qu'ils vivent en Ontario. Le Ministère et chaque RLISS ont choisi un organisme hôte (un hôpital, un centre de santé communautaire ou un centre d'accès aux soins communautaires) pour gérer le CRCLD. Les CRCLD ne servent pas directement les diabétiques, mais ils travaillent avec leur RLISS et les fournisseurs de soins de santé afin de coordonner les soins aux diabétiques dans une région donnée.

Les CRCLD étant en place seulement depuis l'exercice 2009-2010, il n'est pas encore possible d'en évaluer l'impact à long terme. Nous avons noté que les CRCLD avaient apporté certaines améliorations à la coordination régionale des services aux diabétiques. Cependant, les quatre CRCLD que nous avons visités ont soulevé les préoccupations suivantes, qui doivent être réglées afin d'accroître leur efficacité :

- Il faut clarifier et uniformiser l'interprétation dans les différentes régions des réalisations attendues des CRCLD, comme l'étendue du soutien aux fournisseurs de services. Le Ministère nous a toutefois informés que

des variations à l'échelle des CRCLD étaient nécessaires afin de répondre aux besoins locaux et régionaux.

- La communication des rôles des CRCLD au niveau provincial est limitée ou inefficace. Bien que les CRCLD aient eux aussi fait un effort pour se faire connaître, ils ont reconnu que leur rôle et leur mandat étaient encore méconnus de nombreux intervenants, particulièrement les médecins. Le Ministère a indiqué qu'il diffusait des informations officielles sur les CRCLD dans des bulletins trimestriels, à des conférences et événements et sur un site Web remanié sur le diabète.
- Les CRCLD dirigent la planification et la coordination régionales de la lutte contre le diabète en étroite collaboration avec les PED, mais les CRCLD et les PED rendent compte à différentes directions du Ministère, ce qui entrave les efforts pour évaluer leur efficacité relative.
- Malgré des téléconférences mensuelles et des réunions trimestrielles en personne, les entretiens entre le Ministère et les CRCLD demeurent limités. Par exemple, nous avons remarqué des cas où une direction du Ministère négligeait de consulter et d'informer les CRCLD lorsqu'elle apportait des changements aux PED. De plus, bien qu'une direction du Ministère ait demandé aux CRCLD d'offrir des consultations aux patients, les CRCLD ont découvert qu'une autre direction avait fait faire un sondage semblable. Les CRCLD nous ont aussi informés que le Ministère devait participer davantage aux réunions des intervenants des CRCLD afin de régler les problèmes et d'éliminer les obstacles auxquels les PED sont confrontés.
- Chaque CRCLD met au point ses propres outils et processus, comme des sondages auprès des patients, des indicateurs de rendement et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, d'où le dédoublement des efforts et les incohérences dans la mesure et le compte rendu de l'efficacité. Le Ministère nous a informés qu'en

raison des variations entre les RCCS, il faut faire preuve de souplesse afin de tenir compte des circonstances locales et régionales.

Le Ministère a reconnu ces problèmes et indiqué qu'il prenait des mesures pour les régler. En avril 2012, par exemple, le Ministère, en partenariat avec les CRCLD et Qualité des services de santé Ontario, a mis au point un cadre de mesure incluant des mesures pour surveiller le rendement régional. Le Ministère nous a avisés qu'il travaillait avec les CRCLD à définir des indicateurs communs pour ces mesures en 2012-2013 et qu'il avait formellement clarifié les attentes et les rôles respectifs des CRCLD et de leur organisme hôte.

RECOMMANDATION 4

Pour améliorer la coordination entre les fournisseurs de soins aux diabétiques et l'accès aux soins spécialisés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- tenir compte de la demande et de la disponibilité des services aux diabétiques dans les centres de santé communautaires, les hôpitaux et les équipes de santé familiale dans l'allocation des ressources financières et autres, afin d'éviter le dédoublement ou la sous-utilisation des services;
- évaluer la nécessité de la prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète, étant donné la preuve qu'elle n'encourage pas les médecins à offrir des services continus et coordonnés de gestion du diabète;
- vérifier si les diabétiques jouissent d'un accès équitable et opportun aux spécialistes très sollicités, comme les podologues, surtout en présence de preuve que le patient risque d'être hospitalisé s'il n'est pas traité en temps opportun.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera son cadre opérationnel actuel afin de repérer les occasions de réduire davantage le dédoublement ou la

sous-utilisation. Le programme existant des CRCLD tire parti de l'information sur la demande et de l'accessibilité des services aux diabétiques dans les régions afin de favoriser la coordination, l'intégration et la prestation efficaces et efficientes des services.

Le Ministère continue de compter sur des comités d'experts pour renforcer les soins primaires, qui seront étendus de manière à tenir compte des conseils du groupe d'experts sur l'efficacité des incitatifs offerts aux médecins, y compris la prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète.

Le Ministère inclura, s'il y a lieu, l'accès équitable aux spécialistes du diabète dans le cadre de ses efforts périodiques d'examen et d'amélioration de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Selon l'OMS et l'Association canadienne du diabète, environ 90 % des diabétiques de type 2 sont en surpoids ou obèses. La Fédération internationale du diabète soulignait également que le risque de contracter le diabète de type 2 est 93 fois plus élevé chez les femmes obèses et 42 fois plus élevé chez les hommes obèses que chez les personnes qui maintiennent un poids santé.

La chirurgie bariatrique en soi ne « guérit » pas l'obésité, mais elle entraîne une perte de poids substantielle et durable par l'ablation d'une partie de l'estomac ou de l'intestin grêle. Comme on pourrait s'y attendre, un suivi postopératoire et une gestion continue du diabète sont essentiels pour maintenir la perte de poids. Des études démontrent clairement que la chirurgie bariatrique est rentable pour les diabétiques gravement obèses et qu'elle stabilise le diabète de type 2 dans 60 à 80 % des cas en l'espace d'un an ou moins.

Accès à la chirurgie bariatrique et coûts connexes

Avant la Stratégie, la plupart des Ontariens nécessitant une chirurgie bariatrique se faisaient opérer aux États-Unis et OHIP couvrait les coûts. Dans le cadre de la Stratégie, le Ministère a annoncé qu'il dépenserait 75 millions de dollars pour augmenter la capacité de l'Ontario à pratiquer des chirurgies bariatriques. La Stratégie prévoyait l'établissement du Réseau bariatrique de l'Ontario, comptant six centres régionaux d'évaluation et de traitement et quatre centres d'excellence en chirurgie bariatrique dans des hôpitaux de tout l'Ontario. Le financement additionnel portait le total à environ 108 millions de dollars en 2011-2012. Le nombre de chirurgies bariatriques pratiquées en Ontario est passé de 245 en 2007-2008 à 2 500 en 2011-2012.

Depuis février 2010, le Ministère demande aux Ontariens voulant subir une chirurgie bariatrique qu'ils soient évalués dans un centre régional d'évaluation et de traitement. Les patients seraient admissibles à une chirurgie bariatrique hors Canada seulement si leurs médecins traitants présentaient une demande en leur nom et si les patients répondaient aux exigences réglementaires pour les services de santé à l'étranger. L'objectif du Ministère était de faire faire plus de chirurgies bariatriques en Ontario afin de réaliser des économies et de veiller à ce que les évaluations et les suivis soient effectués de manière adéquate.

Depuis l'expansion de la capacité provinciale, environ 5 200 chirurgies bariatriques ont été pratiquées en Ontario entre 2009-2010 et 2011-2012. Le nombre de chirurgies bariatriques effectuées en Ontario a augmenté de 180 % chaque année, passant d'environ 890 en 2009-2010 à près de 2 500 en 2011-2012. Or, le nombre total de personnes opérées, qui était de quelque 2 900 en 2009-2010, a diminué de 14 % pour s'établir à environ 2 500 en 2011-2012 (voir la Figure 6). Cette baisse est attribuable au fait que beaucoup moins de chirurgies bariatriques hors pays sont approuvées.

En février 2011, le Ministère a annoncé que l'expansion des services bariatriques en Ontario

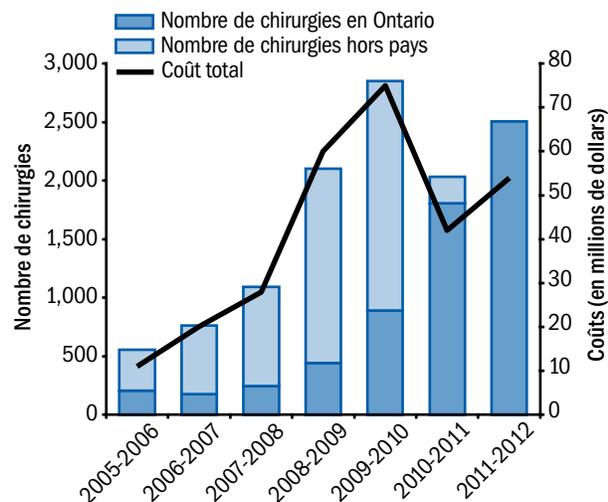
permettrait de réduire les coûts hors pays assumés par OHIP d'environ 45 millions de dollars en 2010-2011. Nous avons calculé qu'une estimation plus exacte des économies serait d'environ 35 millions après avoir tenu compte du coût des chirurgies bariatriques additionnelles pratiquées en Ontario. Ce chiffre ne reflète toutefois pas les coûts potentiels associés aux patients qui pourraient développer d'autres complications parce qu'ils ont attendu trop longtemps pour une chirurgie bariatrique en Ontario, comme il est expliqué dans les sections qui suivent.

Capacité et demande de chirurgie bariatrique

En mai 2009, le Ministère a estimé que 342 000 Ontariens seraient admissibles à une chirurgie bariatrique et supposé que 2 % (environ 6 800) d'entre eux seraient opérés avant 2013. Le Ministère a également projeté environ 3 000 nouveaux aiguillages par année en se fondant sur les données de 2005, alors les plus récentes accessibles. Les données du Ministère montraient qu'en 2011-2012, environ 2 500 chirurgies bariatriques avaient été pratiquées en Ontario (voir la Figure 6). Ce chiffre dépassait l'objectif actuel du Ministère (2 400), mais il ne correspond pas à la demande projetée.

Figure 6 : Nombre et coût des chirurgies bariatriques, 2005-2006-2011-2012

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



Nos recherches indiquaient également que la demande réelle en chirurgie bariatrique avait considérablement dépassé les prévisions. En 2011-2012, il y avait environ 8 000 nouveaux renvois ou 2,6 fois de plus que prévu par le Ministère. Par ailleurs, les listes d'attente en chirurgie bariatrique de l'Ontario donnent à penser que la demande dépasse de beaucoup la capacité. Selon les données des hôpitaux, il y a eu environ 22 000 renvois entre 2009-2010 et 2011-2012. Le Ministère nous a informés qu'environ 70 % des renvois ou quelque 15 400 patients seraient opérés, mais seulement près de 5 200 chirurgies bariatriques avaient été pratiquées. Les autres patients aiguillés attendaient de suivre ou suivaient des procédures d'évaluation et de préparation à la chirurgie. Il est probable que cet écart s'élargira si la demande continue de croître plus rapidement que la capacité. Nous avons remarqué que le temps d'attente global moyen était de 12 mois si la chirurgie était effectuée en Ontario, par rapport à 6 mois si la chirurgie approuvée avait lieu à l'extérieur de l'Ontario, surtout aux États-Unis.

Le Ministère nous a informés qu'étant donné la nature élective de la chirurgie bariatrique, il était difficile de prévoir la demande avec exactitude. Pour relever ce défi, le Ministère a fait savoir qu'il avait créé un registre clinique afin de surveiller la qualité et les temps d'attente. Il a ajouté qu'il continuerait d'accroître les ressources affectées à la chirurgie bariatrique. En 2012-2013, par exemple, il prévoit une allocation de financement ponctuelle d'environ 48 millions de dollars, et il est attendu que les hôpitaux de l'Ontario effectuent 2 580 chirurgies bariatriques et offrent des programmes médicaux ou comportementaux à 1 650 patients potentiels en remplacement d'une chirurgie.

Processus d'aiguillage en chirurgie bariatrique et temps d'attente

L'Alberta, la Colombie-Britannique, le Québec et la Saskatchewan financent eux aussi les chirurgies bariatriques pratiquées sur leur territoire. Il est

impossible de comparer les processus et temps d'attente des différentes administrations parce que leurs politiques et pratiques varient. Par exemple, les Ontariens qui veulent subir une chirurgie bariatrique doivent suivre un processus d'aiguillage centralisé standard afin d'aider à uniformiser l'évaluation et la priorisation des patients, comme le montre la Figure 7. D'autres provinces n'ont pas centralisé leur processus d'aiguillage et chaque chirurgien gère sa propre liste d'attente.

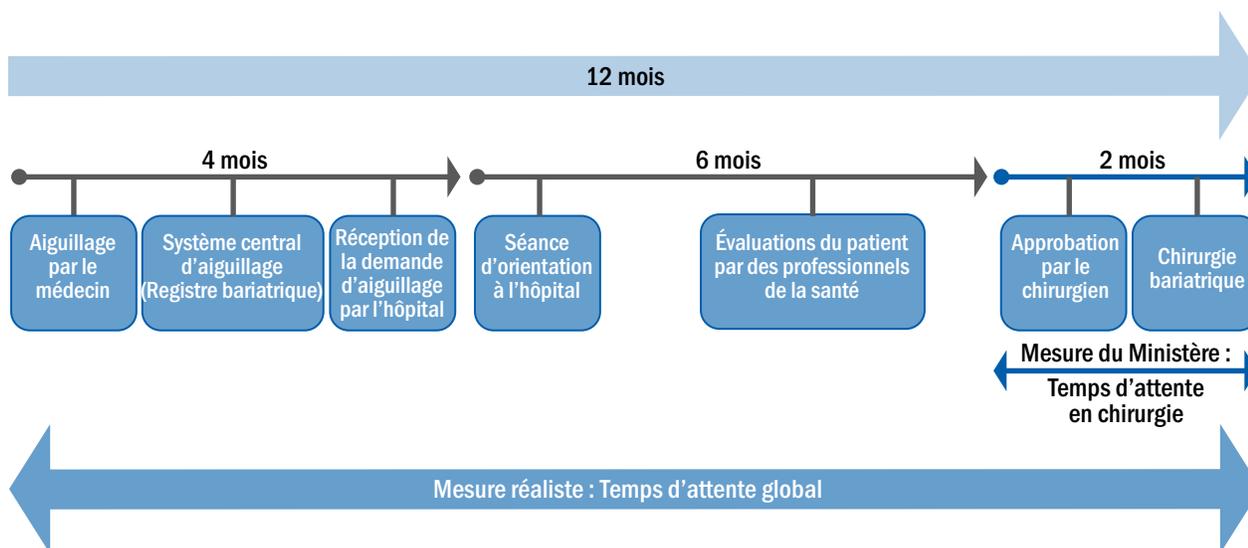
Le Ministère a recueilli des données sur les temps d'attente en chirurgie bariatrique auprès des hôpitaux. Nous avons remarqué que deux hôpitaux ont déclaré des temps d'attente identiques pour chaque mois de décembre 2010 à novembre 2011, mais ils n'ont pu présenter de documents étayant les temps d'attente déclarés. Le Ministère a indiqué que cette situation était probablement attribuable à la transition d'un processus d'aiguillage sur papier à un système électronique centralisé. Quoiqu'il en soit, nous nous sommes demandé si les données sur les temps d'attente recueillies par le Ministère étaient fiables et nous avons donc mesuré les temps d'attente en examinant les dossiers des patients hospitalisés.

Comme le montre la Figure 7, le Ministère mesurait seulement les temps d'attente entre l'approbation par le chirurgien et la chirurgie même, sans compter la période précédant l'approbation. Selon le Ministère, cette façon de mesurer les temps d'attente pour les chirurgies est la norme en Ontario. Si l'on utilise la mesure ministérielle, le temps d'attente moyen était de seulement deux mois. Or, nous avons constaté que les patients attendaient 12 mois en moyenne si le temps d'attente était mesuré depuis l'aiguillage initial par le médecin jusqu'à la chirurgie même (voir la Figure 7).

Notre examen des dossiers des patients et des données des hôpitaux montrait que l'arriéré considérable en chirurgie bariatrique n'était pas dû à un manque de chirurgiens ou de salles d'opération mais plutôt à la longue période d'attente entre l'aiguillage par le médecin traitant et l'approbation par le chirurgien. En particulier :

Figure 7 : Processus d'aiguillage en chirurgie bariatrique en Ontario

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



- Les patients attendaient de deux à sept mois pour suivre la séance d'orientation obligatoire à l'hôpital, peut-être parce que ces séances étaient peu nombreuses ou peu fréquentes ou en raison de la confusion des médecins au sujet du processus d'aiguillage; les médecins envoyaient parfois par erreur les formulaires d'aiguillage aux hôpitaux plutôt qu'au système d'aiguillage central. Les données des hôpitaux révélaient qu'environ 2 600 patients (soit près de 12 % du nombre total de patients aiguillés entre 2009-2010 et 2011-2012) attendaient d'assister à une séance d'orientation au 31 mars 2012.
- Les patients attendaient de cinq à huit mois avant d'être évalués par un spécialiste. Les temps d'attente dépendaient de la disponibilité des ressources hospitalières et du niveau des besoins des patients, certains patients devant être évalués plus d'une fois avant d'être opérés. Les données des hôpitaux montraient qu'environ 10 500 patients (soit près de 48 % du nombre total de patients aiguillés entre 2009-2010 et 2011-2012) attendaient ou étaient en train d'être évalués au 31 mars 2012.

Le Ministère mesure les temps d'attente en chirurgie bariatrique de la même façon que pour n'importe quel autre type de chirurgie en Ontario. Nous croyons toutefois que des renseignements additionnels sur les temps d'attente pour l'orientation et l'évaluation permettraient au public de mieux comprendre le processus d'aiguillage et de savoir à quoi s'attendre. La plupart des autorités de santé définissent le temps d'attente comme la période écoulée entre l'approbation par un chirurgien et l'admission à l'hôpital ou la chirurgie même. Cependant, selon une étude du Centre universitaire de santé McGill publiée par l'Association médicale canadienne en juin 2009, [Traduction] « cette définition n'est pas appropriée pour la chirurgie bariatrique parce que le très grand nombre de patients qui demandent cette chirurgie porterait à un niveau cliniquement inacceptable la période écoulée entre la déclaration de l'admissibilité du patient et l'intervention même. Le temps d'attente réaliste pour une chirurgie bariatrique doit être défini comme le temps d'attente global. »

Qualité des services bariatriques

Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas mis en place de procédures adéquates pour déterminer si le processus d'aiguillage en chirurgie bariatrique fonctionnait comme prévu et si les patients recevaient des soins de qualité. Nous avons remarqué par exemple que, depuis 2009-2010, 29 chirurgies bariatriques ont été pratiquées dans des hôpitaux non désignés comme centres d'excellence en chirurgie bariatrique. Le Réseau bariatrique de l'Ontario nous a également informés qu'il avait soulevé des questions auprès du Ministère au sujet de la qualité des services fournis par les hôpitaux non désignés.

Étant donné la fréquence accrue de la chirurgie bariatrique, on se préoccupe de plus en plus des différences de qualité entre les hôpitaux. Aux États-Unis, les hôpitaux qui pratiquent des chirurgies bariatriques reçoivent l'agrément du Bariatric Surgery Center Network de l'American College of Surgeons et de l'American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Par contraste, aucun organisme médical professionnel canadien n'offre d'agrément semblable en chirurgie bariatrique. Bien qu'ils puissent obtenir l'agrément des autorités d'accréditation américaines, seulement deux des huit centres ontariens de chirurgie bariatrique ont été agréés par l'American College of Surgeons. Le Ministère a fait savoir qu'il n'appuyait pas l'agrément octroyé par les autorités américaines, car celles-ci exigent qu'on leur présente des données, ce qui imposerait des coûts et des fardeaux administratifs aux hôpitaux de l'Ontario. Il a ajouté qu'en l'absence d'agrément canadien, le Réseau bariatrique de l'Ontario a établi des normes et protocoles provinciaux en vue d'une amélioration continue de la qualité et de la surveillance des services bariatriques en Ontario.

RECOMMANDATION 5

Pour s'assurer que les gens reçoivent des services de chirurgie bariatrique adéquats et de qualité en temps opportun partout dans la province,

le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- examiner les tendances de la demande et de la capacité en chirurgie bariatrique afin de déceler les lacunes et les besoins, particulièrement sur une base régionale;
- envisager de fournir des renseignements au public sur le temps moyen écoulé entre l'aiguillage par un médecin et la fin des évaluations préchirurgicales requises;
- surveiller périodiquement les résultats chirurgicaux afin de déterminer si les hôpitaux qui pratiquent des chirurgies bariatriques doivent passer par un processus d'agrément semblable à celui aux États-Unis.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Réseau bariatrique de l'Ontario examine périodiquement les tendances de la demande et de la capacité et présente des mises à jour et des recommandations au Ministère. En 2009-2010, le Ministère a établi le Registre bariatrique afin de disposer de données fiables et de suivre le cheminement clinique et les mesures du rendement, et il continuera d'affiner l'utilisation de ces données. En partenariat avec les hôpitaux et le Réseau, il apporte constamment des ajustements, par exemple en transférant les patients entre les centres afin de réduire les temps d'attente, en modifiant les zones d'aiguillage et en affectant des ressources supplémentaires, s'il y a lieu, en vue d'accroître le volume des interventions chirurgicales.

Les patients sont avisés du processus d'aiguillage (y compris tous les temps d'attente) et de ce à quoi ils peuvent s'attendre durant les séances d'information auxquelles tous les patients doivent assister. Le Ministère envisagera des moyens d'informer le public de tous les temps d'attente à compter de la date d'aiguillage initiale. Il publie actuellement les temps d'attente en chirurgie bariatrique dans le Système

d'information sur les temps d'attente de l'Ontario. Entre avril 2012 et juin 2012, les patients devaient attendre 85 jours après approbation de l'intervention bariatrique par un chirurgien, ce qui est bien inférieur à l'objectif général de 182 jours pour une chirurgie.

Le Ministère continuera de surveiller périodiquement les résultats chirurgicaux de ce programme, notamment en examinant les normes de qualité et les plans d'amélioration comme il doit le faire pour n'importe quel centre bariatrique.