

3.09 – Activité de la santé publique

CONTEXTE

La Direction de la santé publique du ministère, à la tête de laquelle se trouve le médecin-hygiéniste en chef, est chargée de gérer l'Activité de la santé publique. Elle est principalement régie par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* qui prévoit l'organisation et la prestation de programmes et services de santé publique, la prévention des maladies et la promotion et la protection de la santé de la population ontarienne. Les autres lois qui régissent l'Activité de la santé publique sont la *Loi sur l'immunisation des élèves*, la *Loi sur les garderies* et la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*.

Les services de santé publique sont principalement confiés à 37 bureaux de santé répartis à travers la province. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* confère au ministère le pouvoir de créer les bureaux de santé locaux qui desservent de 37 000 à 2,5 millions d'habitants selon l'endroit. Chaque bureau de santé est régi par un conseil de santé local dont relève un médecin-hygiéniste. Un conseil de santé peut être une société autonome, dont les représentants sont les municipalités qui la constituent, ou il peut faire partie d'une municipalité régionale.

Au cours de l'exercice 2001-2002, le ministère a versé environ 222 millions de dollars en paiements de transfert aux bureaux de santé, principalement pour la prestation des programmes et services de santé qu'il leur avait confiés. Chaque bureau de santé est chargé de fournir les programmes et services de santé publique conformément à la législation en vigueur. En outre, il est responsable des problèmes de santé publique qui peuvent se présenter, comme les maladies dues à la bactérie *E. coli* ou au virus du Nil occidental, ou le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification de l'Activité de la santé publique avait pour objectif de déterminer si :

-
- les attentes du ministère en matière de santé publique étaient réalisées de façon économique;
 - le ministère avait recours à une méthode adéquate pour s'assurer que les bureaux de santé se conforment à la législation et aux politiques en vigueur.

Notre vérification portait principalement sur la surveillance et le financement des bureaux de santé pour les programmes et services obligatoires, la surveillance médicale et les maladies pouvant être évitées grâce à la vaccination. Nous avons également étudié l'état actuel des recommandations faites lors de notre vérification de l'Activité de la santé publique en 1997.

Au cours de notre vérification, nous avons examiné les dossiers, les politiques et les procédures administratives, interviewé le personnel compétent du ministère, examiné la documentation pertinente et effectué des recherches sur la prestation des programmes de santé publique dans d'autres territoires de compétence. Bien que notre vérification ait porté principalement sur le ministère, nous avons aussi visité un certain nombre de bureaux de santé pour connaître leurs points de vue sur leurs responsabilités et fait un sondage auprès des autres à propos d'activités précises.

Notre vérification, pratiquement terminée en mars 2003, a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les tests et autres procédures que nous jugions nécessaires dans les circonstances. Nous avons déterminé avec la direction du ministère les critères qui nous permettraient de conclure notre vérification, critères qui ont été acceptés par le ministère et qui portaient sur les systèmes, politiques et procédures qui devaient être mis en place.

Vers la fin de notre vérification, le ministère et les prestataires de services de santé faisaient face au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Étant donné que nos travaux sur le terrain étaient quasiment terminés avant le déclenchement de la maladie, nous n'en avons pas tenu compte.

La Direction des services de vérification interne du ministère avait mené quelques travaux de vérification sur l'Activité de la santé publique, mais ils ne portaient pas sur notre mission de vérification et, par conséquent, n'ont eu aucune influence sur elle.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Le ministère n'avait pas adopté de procédures satisfaisantes pour s'assurer que l'on répondait de façon efficace sur le plan des coûts à ses attentes en matière de santé publique. Cela revêt d'autant plus d'importance face à l'émergence de nouvelles maladies, comme celles causées par le virus du Nil occidental ou le syndrome respiratoire aigu sévère. Le ministère doit pouvoir compter sur la réaction rapide et adéquate des bureaux

de santé face à ces maladies tout en continuant de minimiser l'impact sur la santé des maladies existantes et en continuant d'offrir les programmes et services obligatoires.

Un grand nombre des problèmes et inquiétudes soulevés au cours de la présente vérification l'étaient déjà dans notre vérification de 1997. Nous nous inquiétons particulièrement, à ce moment-là, du fait que le ministère n'avait pas analysé les différences de services de santé ou de risques selon l'endroit où l'on vit en Ontario. Plus précisément, le ministère ne s'était pas demandé si le financement des programmes et services de santé obligatoires était basé sur des besoins évalués ou sur l'engagement ou la capacité d'une administration de payer les programmes et services. À cet égard, disons que le financement par habitant en 2002 pour les programmes et services obligatoires variait d'environ 23 \$ à 64 \$ selon celui des 37 bureaux de santé auquel on avait à faire (la moyenne provinciale était de 37 \$).

En outre, bien que le ministère ait distribué un questionnaire permettant aux bureaux de santé de déclarer leur propre rendement, il n'avait pratiquement fait aucune évaluation régulière des bureaux au cours des cinq dernières années pour savoir s'ils respectaient les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Ces évaluations ont été recommandées dans le *Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton : Les événements de mai 2000* (Partie 1 du Rapport Walkerton). Nous avons également relevé ce qui suit :

- Aucun des 33 bureaux de santé faisant rapport au ministère n'avait mené les inspections nécessaires de tous les services d'alimentation dans leur territoire. De fait, 13 des 33 bureaux de santé avaient effectué seulement les inspections requises dans moins de 50 % des établissements de services d'alimentation à haut risque de leur territoire. Quatre n'avaient pas envoyé leur rapport.
- Dix-sept des 25 bureaux de santé qui ont fourni au ministère des renseignements ont signalé que moins de la moitié des services d'alimentation à haut risque de leur territoire employaient des préposés à la manutention des aliments ayant la formation requise pour aider à reconnaître et à prévenir les risques d'intoxication alimentaire.
- En 2001, les bureaux de santé n'avaient inspecté qu'environ 60 % des débits de tabac pour vérifier qu'ils se conformaient aux dispositions contenues dans les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires concernant la vente de tabac aux moins de 19 ans. En outre, seulement 60 % des marchands, qui avaient reçu un avertissement ou qui avaient été accusés de ne pas observer les lignes directrices au cours des deux années précédentes, avaient passé les inspections semestrielles requises.
- Les bureaux de santé informaient que, en 2001, seulement 65 % des personnes identifiées par Citoyenneté et Immigration Canada comme nécessitant une surveillance médicale pour la tuberculose, avaient été contactées et traitées conformément au protocole de lutte contre la tuberculose du ministère.

- Selon les lignes directrices fédérales, les immigrants ayant une tuberculose latente, placés sous surveillance médicale, doivent subir un examen médical complet, y compris une radiographie, à leur arrivée au Canada. On leur demande d'obtenir une lettre d'un bureau de santé attestant qu'ils se sont conformés aux exigences fédérales. Toutefois, selon le ministère, le gouvernement fédéral exige seulement qu'ils prennent contact avec un bureau de santé. Neuf des 21 bureaux de santé ayant fourni des lettres indiquaient qu'ils exerceraient cette surveillance dès que la personne se mettrait en contact avec eux, qu'elle ait ou non subi un examen médical ou passé une radiographie. À de rares exceptions près, on ne peut obliger un immigrant à passer un examen médical ou une radiographie. Par conséquent, la production de lettres basées uniquement sur le contact diminue la capacité du bureau de santé de veiller à la conformité aux lignes directrices fédérales et pose un risque accru pour la collectivité.
- D'après les renseignements limités dont disposait le ministère quant à l'immunisation, au moins 14 % des enfants n'avaient pas reçu tous leurs vaccins à l'âge de sept ans.
- Le ministère ne possédait pas de données exactes et opportunes sur les maladies transmissibles, les réactions adverses aux vaccins (c'est-à-dire les effets indésirables, comme les maladies survenant à la suite d'un vaccin) et l'immunisation, ce qui limite sa capacité de déceler les problèmes éventuels et de prendre les mesures nécessaires pour en diminuer l'impact.
- Le ministère n'avait toujours pas mis au point de processus afin de s'assurer que tous les bureaux de santé procédaient à des évaluations des risques et prenaient les mesures nécessaires pour diminuer les cas d'infection par le virus du Nil occidental.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

FINANCEMENT

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la Loi) exige que les municipalités au sein du territoire de compétence d'un bureau de santé couvrent les coûts de celui-ci lorsqu'il assume ses responsabilités législatives. Le ministère verse des subventions pour aider à couvrir les coûts des services et programmes de santé obligatoires (les programmes obligatoires). Selon la Loi, le ministère peut élaborer et publier des lignes directrices touchant les programmes obligatoires et exiger que chaque conseil de santé s'y conforme.

Lors de notre *Rapport annuel 1997*, nous avons recommandé ceci : « Pour veiller à l'attribution équitable du financement de tous les programmes de santé publique obligatoires, le ministère devrait recourir davantage à des indicateurs du coût des services et des besoins relatifs des collectivités en matière de santé ». L'attribution équitable des fonds – c'est-à-dire basée sur les besoins évalués – contribue à ce que les personnes ayant des besoins semblables aient accès à des services semblables, peu importe les endroits où elles vivent.

À l'époque de notre vérification de 1997, le ministère venait de lancer sa « stratégie de financement équitable » qui devait permettre que toute réduction du financement des bureaux de santé publique se fasse de façon rationnelle en utilisant les indicateurs des besoins communautaires en matière de santé et des coûts des services. Le ministère et les municipalités se partageaient le coût des programmes et services obligatoires de santé publique. Selon le programme, la part de la province allait de 40 % à 100 % du coût. En 1998, dans le cadre de la réorganisation des services locaux, on a transféré aux municipalités le financement et la responsabilité des programmes et services obligatoires de santé publique. Depuis 1999, le ministère finance, en général, la moitié des coûts des bureaux de santé jusqu'à un maximum de 50 % de leur budget approuvé localement pour la prestation des programmes et services obligatoires figurant dans les Lignes directrices du ministère.

En 2001, la Direction de la santé publique a constitué un groupe d'étude chargé de trouver une formule pour l'affectation des subventions provinciales aux conseils de santé responsables de la prestation des programmes et services obligatoires de santé publique. Dans son rapport de septembre 2001, le groupe d'étude, qui comprenait des représentants de l'Association of Local Public Health Agencies et l'Association des municipalités de l'Ontario, déclarait, en substance, que le concept du financement fondé sur la situation démographique et l'état de santé est relativement bien établi dans le secteur de la santé d'autres territoires de compétence. Il recommandait la formulation d'un modèle comprenant trois éléments de financement : de base, par habitant et selon les besoins, tout en faisant remarquer que la mise en oeuvre d'un modèle équitable de financement est difficile lorsque deux bailleurs de fonds opèrent selon des règles différentes. Dans le modèle actuel de financement, la contribution de la province dépend du budget approuvé au niveau local.

Le groupe d'étude notait aussi que, traditionnellement, le financement provincial de la santé publique se faisait sur la base du partage des coûts du budget du conseil de santé approuvé au niveau local et que, par conséquent, les subventions locales peuvent être calculées non seulement en fonction des besoins, mais aussi de l'engagement au niveau local à l'égard de la santé publique et de la possibilité de payer les services à partir de l'assiette fiscale municipale. Le groupe soulignait que, en 2000, il existait une différence légèrement supérieure au triple du financement par habitant entre les conseils recevant la subvention la plus élevée et ceux recevant la subvention la plus faible. Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous faisons cette remarque : « Des écarts de financement importants se sont creusés au fil du temps, le financement par habitant de certains conseils étant trois fois supérieur à celui d'autres conseils. »

Selon une analyse récente du ministère, des écarts importants existent toujours dans le financement par habitant des programmes obligatoires dans les bureaux de santé. Alors que la moyenne par habitant en 2002 pour la province était d'environ 37 \$, le financement allait d'environ 23 \$ à 64 \$ selon le bureau de santé. Au moment de notre vérification, le ministère n'avait pas étudié le fait que ces variations puissent aboutir à des

niveaux de services différents pour les personnes ayant des besoins semblables selon l'endroit où elles habitaient en Ontario. Nous avons également remarqué que les programmes de santé publique dans les territoires non organisés, intégralement financés par la province, reçoivent à peu près le même montant qu'en 1991 (3 millions de dollars). Selon le ministère, dans la plupart des régions du Nord, le financement par habitant dans les régions non organisées est bien inférieur au taux par habitant dans les municipalités.

Le ministère n'avait pas non plus défini ce qui constitue une « dépense admissible » – en particulier, quels étaient les frais généraux et les frais administratifs admissibles – en dehors du fait que les dépenses admissibles doivent être engagées pour se conformer aux Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.

Sans être obligés de le faire, la plupart des bureaux de santé ont soumis au ministère dans leur budget la ventilation par programme ou service obligatoire. À la fin de l'exercice, les bureaux de santé doivent soumettre leurs états financiers vérifiés, mais ne sont pas obligés de faire la ventilation par programme ou service. À l'occasion de notre vérification actuelle, nous avons noté qu'il y avait des différences significatives dans la répartition des allocations de financement des bureaux de santé par programme ou service. Par exemple, dans le budget de 2002, les dépenses des bureaux de santé pour le programme obligatoire de vaccins pour prévenir les maladies transmissibles allaient de 5 % à 21 % du financement de chaque bureau de santé pour les programmes obligatoires. Le ministère ne s'était pas interrogé sur la raison de cet écart.

Recommandation

Pour répondre à ses objectifs dans le domaine de l'Activité de la santé publique, le ministère doit s'assurer que les personnes ayant des besoins et des risques semblables reçoivent un niveau de service semblable, peu importe l'endroit où elles habitent dans la province.

Pour que le financement provincial soit affecté de façon cohérente, le ministère doit donner des directives claires sur ce qui constitue une dépense de santé publique admissible.

Réponse du ministère

Le ministère signale que les niveaux de service et de financement dans la province sont liés au cadre législatif et de financement du moment. Néanmoins, il mènera une analyse des risques et besoins comparés en relation avec les niveaux de service actuellement offerts partout dans la province. À la lumière des résultats de cette analyse, il examinera les options, y compris la modification du cadre législatif et de financement pour remédier à tout manque de cohérence dans les niveaux de service en Ontario.

Le ministère définira plus clairement pour les bureaux de santé les dépenses admissibles lorsqu'il présentera le nouveau système de budget des programmes.

CONFORMITÉ À LA LÉGISLATION ET AUX LIGNES DIRECTRICES

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Lignes directrices) révisées pour la dernière fois en décembre 1997, se composent de trois normes générales et de 14 normes de programme qui définissent les exigences minimales des programmes obligatoires. Les normes générales – traitant de l'égalité d'accès, la recherche des dangers pour la santé, et la planification et l'évaluation des programmes – indiquent les facteurs à considérer ou les activités à mener lorsque l'on planifie les programmes obligatoires. Les normes de programme, qui sont regroupées par catégorie – maladies chroniques et blessures, santé familiale, et maladies infectieuses – indiquent quelles sont les exigences minimales de chaque programme afin de contribuer à la réalisation des objectifs provinciaux, déclarés, de santé publique. Elles transforment les orientations vagues en objectifs, avec un calendrier, et précisent quelles sont les activités que doivent mener les conseils de santé pour atteindre les objectifs déclarés. Au moment de notre vérification, nous avons été prévenus que le ministère revoyait six des normes de programme.

Objectifs des programmes dans les Lignes directrices

Nous avons relevé plusieurs problèmes concernant les objectifs des programmes dans les Lignes directrices. Tout d'abord, un grand nombre d'objectifs doivent être mis à jour. Par exemple, les Lignes directrices font allusion au protocole de conformité des marchands de tabac datant de 1998, alors qu'il a été révisé en 2000. De plus, certains des objectifs se rapportent toujours à une date cible de l'an 2000. Nous avons aussi remarqué que d'autres objectifs n'ont pas de calendrier précis. Par exemple, un objectif du programme de prévention des maladies chroniques est d'augmenter la proportion d'habitations sans fumée d'ici 2010; mais il n'y a pas de calendrier. Nous avons aussi remarqué que, dans certains cas, le ministère ne possédait pas de données fiables qui permettraient de déterminer si les conseils de santé atteignaient leurs objectifs en temps opportun. Par exemple, le programme des maladies pouvant être évitées par la vaccination comprend un objectif à atteindre d'ici l'an 2000, soit un pourcentage d'immunisation des enfants contre certaines maladies avant leur deuxième anniversaire de 95 %. Cependant, comme le ministère ne recueille pas de renseignements sur l'immunisation de tous les enfants avant leur deuxième anniversaire, il ne peut déterminer s'il a atteint son objectif qu'en utilisant les données fournies lorsque les enfants sont inscrits dans une garderie agréée ou, dans de nombreux cas, lorsqu'on les inscrit à l'école – c'est-à-dire trois ans après leur deuxième anniversaire.

Évaluation de la conformité

En vertu de la Loi, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée peut chercher à savoir si les bureaux de santé fournissent des programmes et des services de santé conformément aux Lignes directrices ou en garantissent la prestation. De plus, on recommandait dans la Partie 1 du Rapport Walkerton, publié en janvier 2002 (rapport découlant de l'enquête de Walkerton, demandée en juin 2000, après l'infection colibacillaire de Walkerton, en Ontario), que le ministère procède à des évaluations, au hasard mais régulièrement, pour s'assurer que les bureaux de santé observent les Lignes directrices. On demandait aussi dans le rapport que le ministère suive annuellement les tendances au non-respect des Lignes directrices afin de savoir s'il était nécessaire d'apporter des changements aux programmes obligatoires et si les ressources devaient être modifiées pour garantir une conformité totale.

Le personnel du ministère nous a fait savoir que, depuis 1998, il n'y avait eu qu'une évaluation d'un bureau de santé et, qu'en mars 2003, le ministère avait commencé à procéder à des évaluations limitées de certains programmes obligatoires dans cinq bureaux de santé.

Au moment de la révision des Lignes directrices, en 1997, le ministère avait estimé qu'il faudrait trois ans pour parvenir à la conformité totale. En 1998, il envoyait son premier questionnaire annuel sur les indicateurs des programmes obligatoires, dans lequel les bureaux de santé devaient répondre à une série de questions portant sur les Lignes directrices. Il utilisait ces réponses pour évaluer la conformité aux exigences du programme. Au moment de notre vérification, le ministère revoyait les questionnaires portant sur l'année 2001.

Nous avons mis en doute le fait que le ministère se servait uniquement du questionnaire pour ses évaluations, étant donné que les données ne comprenaient que les réponses données par les bureaux de santé eux-mêmes et que le ministère n'avait aucun moyen de vérifier leur fiabilité. À ce propos, en 2000, le groupe d'étude sur l'évaluation des programmes obligatoires, comprenant des représentants de la Direction de la santé publique et de l'Ontario Association of Local Public Health Agencies, recommandait d'évaluer la validité du questionnaire pour se renseigner sur la conformité des bureaux aux programmes obligatoires. Au moment de notre vérification, l'évaluation n'avait toujours pas eu lieu.

Après avoir passé en revue les questionnaires pour l'an 2000, le ministère a conclu à un taux de respect des Lignes directrices de 78 %, calculé en faisant la moyenne du pourcentage global de conformité pour chaque région des 37 bureaux de santé où avait été distribué le questionnaire. Cependant, nous estimons que ce calcul n'était pas une mesure significative de la conformité, et donc, pas non plus un indicateur du rendement réel ni de l'efficacité globale des programmes de santé publique dans la province. Plus précisément, nous avons relevé les lacunes suivantes dans le calcul et dans le questionnaire lui-même.

- Le ministère a calculé la conformité globale sans prendre en compte la taille relative des bureaux de santé (la population desservie par le plus grand bureau est de 60 fois supérieure à celle desservie par le plus petit bureau).
- La conformité a été évaluée en termes absolus « soit/soit », plutôt qu'en prenant en compte le degré de conformité. Par exemple, un bureau se conformait à 10 % à un programme obligatoire et un autre à 70 %, et pourtant on avait décrété qu'ils ne s'y conformaient ni l'un ni l'autre.
- Le questionnaire ne révélait pas les données de conformité pour tous les programmes et services obligatoires. Par exemple, il est prévu dans les Lignes directrices un taux de vaccination des enfants contre l'hépatite B de 95 % avant la fin de la 7^e année, mais le questionnaire ne mentionnait pas le taux de vaccination contre l'hépatite B.

D'autres bureaux de santé avaient eu l'idée d'autres outils d'évaluation que le ministère pourrait prendre en considération. Par exemple :

- Quatorze des 37 bureaux de santé avaient choisi d'évaluer leurs fonctions organisationnelles et administratives – notamment la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des programmes – par rapport aux normes et aux principes établis par leurs collègues de l'Ontario Council on Community Health Accreditation. Néanmoins, le ministère ne recevait ni ne demandait de copie des rapports. Nous avons relevé que le groupe d'étude sur l'évaluation des programmes obligatoires avait aussi manifesté son soutien à l'agrément comme validation de la conformité aux programmes obligatoires.
- Le ministère et d'autres groupes d'intervenants mènent ensemble des projets pilotes afin de trouver des critères de comparaison dans différents domaines de la santé publique, comme l'immunisation générale contre la grippe et l'inspection des services d'alimentation.

Le ministère n'avait évalué aucune de ces initiatives pour déterminer si elles rendaient compte de la conformité aux Lignes directrices ou si elles devraient être reprises dans toute la province pour évaluer la conformité.

Obligation de nommer un médecin-hygiéniste à temps plein

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* oblige les bureaux de santé à employer un médecin-hygiéniste ayant reçu une formation appropriée. Dans la Partie 1 du Rapport Walkerton, on recommande de modifier la loi pour obliger les conseils de santé et le ministre à combler rapidement tout poste vacant de médecin-hygiéniste en engageant un médecin-hygiéniste à temps plein. En décembre 2002, la modification suivante à la Loi avait reçu la sanction royale : « Si le poste de médecin-hygiéniste d'un conseil de santé devient vacant, le conseil et le ministre, agissant de concert, veillent promptement à combler la vacance en engageant un médecin-hygiéniste à temps plein. » Selon le ministère, il existe, à l'échelle nationale, une pénurie de médecins ayant une formation en

médecine communautaire pour combler les vacances, et, en janvier 2003, huit conseils n'avaient pas de médecin-hygiéniste à temps plein. Bien que des personnes aient occupé le poste de médecin-hygiéniste, selon le ministère, il n'était pas sûr qu'elles aient toutes les qualités requises pour le poste. Cinq conseils de santé employaient depuis plus de trois ans des médecins-hygiénistes intérimaires.

À la fin de la vérification, le ministère avait mis des annonces pour attirer des candidats. Nous avons aussi été informés qu'il avait demandé que les médecins communautaires soient une priorité pour le programme de recrutement, de maintien en poste et de recyclage du ministère.

Recommandation

Pour assurer la conformité à la Loi et aux Lignes directrices sur les programmes et services de santé obligatoires, le ministère doit :

- établir des mesures plus valables d'évaluation du rendement et de l'efficacité globale des programmes et services de santé publique dispensés par les bureaux de santé;
- vérifier régulièrement la fiabilité des renseignements en matière de conformité rapportés par les bureaux de santé;
- s'assurer que chaque bureau de santé est doté d'un médecin-hygiéniste à temps plein comme le veut la législation.

Lorsque les bureaux de santé utilisent d'autres instruments d'évaluation, comme l'agrément, le ministère doit :

- obtenir les rapports et analyses qui en résultent;
- déterminer si l'un de ces outils pourrait être utilisé par tous les bureaux de santé.

Réponse du ministère

Le ministère réexaminera les instruments d'évaluation actuels en vue d'améliorer l'évaluation du rendement.

Sous réserve de l'approbation du financement, le ministère lancera un programme d'évaluation pour vérifier les renseignements sur la conformité que lui communiquent les bureaux de santé. En plus des évaluations limitées de 2002-2003, la Direction de la santé publique procède actuellement à l'évaluation d'un bureau de santé.

Le ministère poursuivra ses efforts afin de s'assurer que chaque bureau de santé a son médecin-hygiéniste à plein temps par la promotion et l'expansion du programme de bourses de formation de médecin-hygiéniste et la campagne nationale de publicité, sous réserve de l'approbation du financement du programme de bourses.

Le ministère consultera les bureaux de santé, l'Ontario Council on Community Health Accreditation et d'autres intervenants pour savoir si l'agrément constitue une source de données acceptable pour l'évaluation par le ministère des bureaux de santé en question.

SALUBRITÉ DES ALIMENTS

Selon les Lignes directrices, l'objectif du programme de salubrité des aliments est d'améliorer la santé de la population en réduisant la fréquence des intoxications alimentaires. Les objectifs du programme sont de s'assurer que la nourriture est préparée, conservée et servie conformément aux pratiques de santé publique acceptées et d'arrêter la vente ou la distribution d'aliments qui ne doivent pas être conservés en raison de leur contamination, adultération, impureté ou autre.

Inspections des services d'alimentation

Selon les Lignes directrices, les bureaux de santé doivent évaluer tous les services d'alimentation au moins une fois par an et déterminer le niveau de risque qu'ils présentent (élevé, moyen ou faible) en se basant sur les critères d'évaluation des risques précisés dans le protocole intitulé Système de l'analyse des risques – points critiques pour leur maîtrise (HACCP). Les inspections sont obligatoires dans les services à haut risque au moins tous les quatre mois, dans les services à risque moyen au moins une fois tous les six mois, et dans ceux à faible risque au moins une fois par an. Les services à haut risque doivent également faire l'objet d'une vérification annuelle selon le protocole susmentionné, vérification qui porte sur les étapes de la préparation alimentaire pendant lesquelles l'on peut maîtriser ou éliminer les risques pour la salubrité des aliments. Les inspections se concentrent sur les exigences réglementaires, comme l'hygiène élémentaire.

Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous recommandions que le ministère détermine si les conseils de santé avaient pleinement appliqué le protocole (HACCP) et pris les mesures correctrices nécessaires. Le ministère avait répondu qu'il fixerait des normes de programme, en surveillerait l'observation et prendrait les mesures appropriées pour les mettre en application. Dans notre vérification actuelle, nous avons remarqué que, selon les renseignements rapportés au ministère pour 2002, environ 60 % des bureaux de santé avaient effectué moins de la moitié des inspections annuelles (HACCP) requises. Nous avons aussi découvert que le ministère n'avait pas examiné l'application des critères d'évaluation de risque du HACCP par les bureaux de santé et, par conséquent, n'avait aucune garantie que le niveau de risque évalué avait été affecté aux services d'alimentation de façon cohérente à l'échelle de la province.

Ayant passé en revue les renseignements soumis au ministère par 33 des 37 bureaux de santé, nous avons conclu qu'aucun d'eux n'effectuait la totalité des inspections requises pour les services d'alimentation de leur territoire. En fait, en 2002, parmi les services d'alimentation dont le risque avait été considéré comme élevé :

- seulement 6 des 33 bureaux de santé avaient inspecté plus de 90 % des services;
- 14 avaient inspecté de 50 % à 90 % des services;
- 13 avaient inspecté moins de 50 % des services.

Les taux d'inspection étaient les mêmes pour les services à risque moyen ou faible.

Recommandation

Pour minimiser le risque d'intoxication alimentaire, le ministère doit s'assurer que les bureaux de santé locaux effectuent les inspections requises et appliquent le Système de l'analyse des risques – points critiques pour leur maîtrise, afin de se rendre compte si les services d'alimentation se conforment aux méthodes acceptables d'hygiène.

Réponse du ministère

Le ministère inclura le programme obligatoire pour la salubrité des aliments dans le programme d'évaluation des bureaux de santé sous réserve de l'approbation du financement.

Formation des préposés à la manipulation des aliments

Un autre élément qui vise à garantir la salubrité des aliments est la formation adéquate des préposés à la manipulation des aliments. La formation les aide à reconnaître et à prévenir les risques d'intoxications alimentaires.

Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous recommandions que le ministère détermine si les bureaux de santé avaient mis en oeuvre intégralement le programme de formation des préposés à la manipulation des aliments. En janvier 1998, le ministère publiait le protocole de formation des préposés à la manipulation des aliments précisant dans quelle situation un préposé formé doit se trouver en tout temps dans les locaux des services d'alimentation. Les Lignes directrices exigent que les bureaux de santé veillent à ce que des cours de formation soient donnés conformément au protocole aux préposés employés dans les services à risque moyen ou élevé. Le programme de formation devait être intégralement mis en oeuvre d'ici 2002.

Le ministère n'impose pas la présence de préposés formés dans les services dont le niveau de risque a été évalué, lorsque moins de trois employés préparent les aliments en même temps. Cependant, il ne possède aucune preuve que les établissements où les préposés sont peu nombreux sont moins vulnérables. À titre de comparaison, la Colombie-Britannique a voté un texte législatif obligeant tous les établissements de services alimentaires à employer sur place à tout moment une personne formée dans la manipulation des aliments.

Plusieurs bureaux de santé ont dit avoir eu de la difficulté à obliger les préposés à avoir une formation adéquate. En 2002, 17 des 25 bureaux de santé qui ont fourni des renseignements au ministère ont indiqué que moins de la moitié des services alimentaires à haut risque de leur territoire employaient des préposés formés, et 91 % ont indiqué que moins de la moitié des établissements à risque moyen employaient des préposés formés.

Un certain nombre de bureaux de santé ont fait savoir que, en faisant de la formation une obligation légale, on les aiderait à imposer la formation des préposés à la manipulation des aliments.

Recommandation

Pour minimiser le risque d'intoxications alimentaires, le ministère doit :

- **s'assurer que les bureaux de santé se conforment aux exigences de formation des préposés à la manipulation des aliments;**
- **évaluer le risque qu'il coure en n'obligeant pas les établissements employant moins de trois employés pour préparer la nourriture à faire appel à des préposés formés;**
- **déterminer s'il faudrait faire de la formation des préposés à la manipulation des aliments une obligation.**

Réponse du ministère

Le ministère continuera à surveiller que les bureaux de santé s'assurent que les préposés à la manipulation des aliments sont formés. De plus, il fera la promotion des programmes de formation par le biais des bureaux de santé et des organismes professionnels de l'industrie alimentaire.

Le ministère est en faveur de la formation de préposés dans tous les établissements à risque moyen ou élevé, quelle que soit leur taille.

Le ministère continuera à demander l'approbation de règlements exigeant la présence d'un préposé à la manipulation des aliments agréé dans tous les établissements de services alimentaires à risque moyen ou élevé en Ontario.

RÉGLEMENTATION DE L'USAGE DU TABAC

Le Programme de prévention des maladies chroniques du ministère, qui comprend la réglementation de l'usage du tabac, est destiné à réduire les taux de mortalité et de morbidité prématurées dues à des maladies chroniques pouvant être évitées, comme les accidents cérébrovasculaires, le cancer du poumon et le cancer buccal. La *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* a été promulguée principalement en vue d'apporter un soutien législatif à la lutte contre le tabagisme et à protéger les Ontariens de la fumée secondaire.

Les objectifs des Lignes directrices comprennent : la réduction de la consommation de tabac des adolescents et des adultes qui fument quotidiennement, l'augmentation du nombre de lieux publics et de travail sans fumée et la réduction de la vente de tabac aux moins de 19 ans. Dans ces objectifs, on précisait que la proportion de jeunes de 12 à 19 ans qui fument tous les jours devait être réduite de 10 % d'ici l'an 2005, et la

proportion de marchands de tabac qui vendent du tabac aux mineurs (de moins de 19 ans) devait diminuer de 10 % d'ici l'an 2000. Selon Statistique Canada, au cours de l'exercice 2000-2001, environ 11,4 % des Ontariens de 12 à 19 ans fumaient tous les jours.

L'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario (URTO) – un organisme financé par le ministère et se consacrant à la recherche sur les problèmes de santé liés au tabac en Ontario – notait qu'en 2001 35 % des jeunes Ontariens déclaraient avoir acheté du tabac sans qu'on leur demande une pièce d'identité avec photo, la situation n'avait donc pas changé depuis 1995. En décembre 2002, l'URTO faisait remarquer que des progrès avaient été faits pour limiter l'accès aux mineurs dans certains endroits, mais que cela était inégal et que, en général, il n'y avait pas d'amélioration sur le plan de la conformité. Cependant, il ressort des questionnaires sur les indicateurs des programmes obligatoires de 2001 que, globalement, la conformité à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs était de 87 %. Cela paraît un taux de succès relativement élevé, mais nous avons remarqué que le ministère n'avait pas agi suite à la conclusion de l'URTO indiquant qu'il n'y avait pas d'amélioration sur le plan de la conformité. En 2002, Santé Canada a commandé une évaluation nationale sur le comportement des marchands de tabac vis-à-vis de certaines restrictions concernant les jeunes. Les résultats, d'après sept grandes villes ontariennes, révèlent que le taux global de conformité des marchands avoisinait 75 % .

Inspections et vérifications du respect de la Loi

Les bureaux de santé sont tenus d'inspecter tous les débits de tabac au moins une fois par an et de veiller au respect de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*. Pour un échantillon de marchands, les bureaux de santé sont également tenus de faire des vérifications en envoyant dans un débit de tabac un enquêteur-acheteur de 15 à 17 ans pour voir si on l'autorisera à acheter du tabac. En cas de non-respect de la Loi, on donne un avertissement. Si lors d'une visite subséquente le marchand ne respecte toujours pas la Loi, il est inculpé. Ceci peut se solder par une amende ou l'interdiction de vendre du tabac.

Le ministère communique ses exigences quant à la fréquence des inspections et des vérifications du respect de la loi dans les Lignes directrices et le protocole de réglementation de l'usage du tabac. Cependant, bien qu'il ait revu son protocole concernant le respect de la loi par les marchands de tabac en 2000, pour exiger que la plupart des bureaux de santé augmentent le nombre de vérifications à l'aide des enquêteurs-acheteurs dans les bureaux de tabac, les Lignes directrices continuent à faire référence au protocole de 1998. Nous avons relevé de nombreux cas dans lesquels les bureaux de santé n'effectuaient pas les vérifications concernant le respect de la Loi pour un nombre suffisant de marchands conformément au protocole de 2000.

Selon les renseignements soumis au ministère dans leur questionnaire de 2001 sur les indicateurs des programmes obligatoires, les inspections n'étaient pas aussi rigoureuses qu'elles auraient dû l'être. Plus précisément :

- Seulement 10 des 36 bureaux de santé ayant fourni au ministère des renseignements sur les inspections indiquaient avoir inspecté la totalité des marchands pendant l'année. Au total, environ 40 % des marchands de tabac de la province n'avaient pas eu d'inspection annuelle comme l'exigeaient les Lignes directrices.
- Seulement 60 % de ceux qui avaient reçu un avertissement pour le non-respect de la loi ou qui avaient été accusés au cours des deux années précédentes avaient eu les inspections semestrielles requises en 2001.

Application de la Loi

En décembre 1998, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait nommé un groupe consultatif d'experts pour recommander comment être plus efficace dans la lutte contre le tabagisme. À l'époque, les marchands inculpés en vertu de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* pouvaient se voir interdire la vente de tabac pendant six mois ou devoir payer une amende, soit en vertu de cette Loi, soit en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*.

Dans son rapport de 1999, le groupe d'experts sur le renouvellement de la Stratégie antitabac de l'Ontario mettait en lumière neuf domaines auxquels le gouvernement devrait s'intéresser. Il s'agissait des ressources pour la mise en application de la Loi, des amendes et pénalités pour les marchands qui ne respectent pas la Loi, d'un nombre accru d'espaces sans fumée et d'une augmentation du prix du tabac. Il recommandait également que l'on modifie la Loi pour faciliter la poursuite des marchands de tabac et qu'elle soit rationalisée et clarifiée pour éviter que les tribunaux supérieurs n'en modifient l'esprit. En 1999, on a augmenté les amendes en vertu de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*, mais aucun autre changement important n'a été apporté à la Loi.

Le ministère ne s'était pas renseigné auprès des bureaux de santé pour savoir si l'augmentation des amendes avait eu un effet sur le respect de la Loi. Bien que conservant le sommaire des accusations et condamnations résultant d'infractions à la Loi, il n'en avait pas suivi la courbe.

La *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* stipule qu'un marchand perd automatiquement le droit de vendre du tabac pendant six mois s'il est accusé deux fois dans l'espace de cinq ans de vendre du tabac à un mineur de 19 ans. Pour aider à obtenir l'interdiction de vente de tabac, le cas échéant, le guide de 1994 du ministère sur la Loi indique que, si possible, il faut inculper le propriétaire en plus du vendeur. Néanmoins, 80 % des bureaux de santé auprès desquels nous avons fait notre enquête ont indiqué qu'ils s'étaient heurtés à des problèmes pour faire appliquer la Loi, notamment la difficulté d'obtenir l'interdiction de vente de tabac.

Le groupe d'experts a aussi recommandé que le gouvernement fasse de tous les lieux publics couverts des endroits totalement sans fumée. Cela correspond à l'un des objectifs des programmes obligatoires voulant que l'on porte à 100 % le pourcentage de lieux publics et de travail sans fumée d'ici 2005. Néanmoins, la *Loi de 1994 sur la*

réglementation de l'usage du tabac en délègue la responsabilité en partie aux municipalités. L'URTO a conclu dans son rapport de décembre 2002 que cet objectif risque peu d'être atteint sans législation provinciale. Un grand nombre des bureaux de santé qui ont répondu à notre enquête se sont aussi montrés favorables à une loi provinciale pour parvenir aux objectifs locaux de lieux et d'endroits publics sans fumée.

Recommandation

Pour améliorer la réglementation de l'usage du tabac en Ontario et ainsi aider le ministère à réduire la mortalité et la morbidité prématurées dues à des maladies chroniques pouvant être évitées, le ministère doit :

- **s'assurer que les bureaux de santé s'efforcent de réduire le nombre de mineurs ayant accès au tabac en effectuant le nombre requis d'inspections et de vérifications du respect de la Loi;**
- **déterminer si des modifications de la Loi pourraient aider le ministère et les bureaux de santé à atteindre les objectifs de réglementation de l'usage du tabac.**

Réponse du ministère

Les évaluations au hasard des bureaux de santé par le personnel du ministère relativement à l'application de la législation sur le tabac ont débuté en 2003. Ces évaluations permettront d'améliorer le respect des normes de programme par les bureaux de santé (notamment le nombre de vérifications) précisées dans les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.

Pour ce qui est de la Stratégie antitabac de l'Ontario, on réexamine les besoins de formation du personnel des bureaux de santé responsable de faire appliquer la Loi afin de renforcer l'application et d'assurer la conformité aux Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.

La Direction de la santé publique continuera de tenter d'obtenir une stratégie globale de réglementation de l'usage du tabac, et notamment de renforcer la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la tuberculose frappe un tiers de la population mondiale, particulièrement les pays en voie de développement. On estime que 8,4 millions de personnes contractent la maladie chaque année dans le monde entier, et 1,9 million d'autres en meurent. Par ailleurs, l'OMS estime que 50 millions de personnes sont infectées par des souches tuberculeuses résistant à un ou plusieurs médicaments d'emploi courant.

Les personnes atteintes qui ont un système immunitaire sain ont 10 % de risques de développer des symptômes actifs de tuberculose. Mais une personne atteinte de tuberculose pulmonaire active peut en contaminer d'autres. Les personnes atteintes de tuberculose latente peuvent prendre des médicaments pour éviter qu'elle ne devienne active.

Selon les données du ministère, l'incidence de tuberculose est en baisse en Ontario, passant de 6,8 pour 100 000 en 1997 à 5,8 pour 100 000 en 2001. Un objectif du programme obligatoire de lutte contre la tuberculose est de réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose pulmonaire active à 3,5 pour 100 000 d'ici 2005.

Surveillance médicale

La plupart des cas de tuberculose en Ontario se produisent chez les immigrants vivant dans les grands centres urbains. Le risque est le plus élevé au cours des cinq premières années de leur arrivée au Canada. Les cas de tuberculose active ou de rechute chez des personnes nées à l'étranger représentaient plus de 80 % de tous les cas en Ontario en 2001.

Les candidats à l'immigration et quelques visiteurs sont tenus de passer un examen médical. À partir de l'âge de 11 ans, l'examen comprend une radiographie des poumons. Les personnes atteintes de tuberculose active ne sont pas autorisées à immigrer au Canada jusqu'à ce qu'elles aient terminé leur traitement. Celles ayant une tuberculose pulmonaire latente doivent se présenter au bureau de santé pour un suivi médical dans les 30 jours suivant leur arrivée au Canada. On procède ainsi pour s'assurer que leur tuberculose n'est pas devenue active et déterminer si le traitement médical qu'elles suivent leur convient. Le ministère fournit aux bureaux de santé des renseignements provenant de Citoyenneté et Immigration Canada concernant ces personnes.

Les lignes directrices nationales pour l'investigation et le suivi des immigrants ayant une tuberculose latente, qui doivent se soumettre à une surveillance médicale, se trouvent dans les normes canadiennes pour la tuberculose; au moins un examen médical complet est prescrit pour ces personnes. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de la personne, un examen médical, des analyses et une radiographie des poumons. Cela est conforme aux exigences du protocole de lutte contre la tuberculose du ministère qui donne des instructions aux bureaux de santé. Il est aussi précisé dans les lignes directrices nationales que les personnes placées sous surveillance médicale doivent fournir à Citoyenneté et Immigration Canada la preuve qu'elles se sont soumises à la surveillance médicale du bureau de santé afin que soient levée l'exigence de surveillance médicale. Conformément au personnel de la Direction de la santé publique, les conditions de Citoyenneté et Immigration Canada concernant la preuve du respect des règlements sont satisfaites dès que les personnes prennent contact avec un bureau de santé. Cependant, excepté dans de rares circonstances, le bureau de santé ne peut obliger une personne à subir un examen médical ou à passer une radiographie.

Nous avons été informés que le ministère ne suit pas le nombre de personnes que Citoyenneté et Immigration Canada a recommandées pour une surveillance médicale.

Mais, grâce aux renseignements fournis au ministère par les bureaux de santé, nous avons calculé que cela représentait environ 6 100 personnes en 2001. Parmi les 21 bureaux de santé auprès desquels nous avons fait enquête et qui délivraient des lettres de preuve de conformité pour Citoyenneté et Immigration Canada, neuf ont indiqué qu'ils délivraient les lettres lorsque les personnes avaient pris contact avec eux et, dans certains cas, même si ce n'était que par téléphone. En dépit du fait que les bureaux de santé doivent continuer à assurer la surveillance de ces personnes, une fois qu'elle a sa lettre, la personne peut décider de ne pas subir l'examen médical ni passer la radiographie. Les 12 autres bureaux de santé ont indiqué qu'ils ne délivraient la lettre qu'après l'examen médical ou la radiographie. Les lignes directrices nationales mentionnent le fait que les personnes sous surveillance médicale qui ne respectent pas le traitement prescrit pour la tuberculose latente s'exposent à des risques, car cela est souvent ainsi que les réfugiés contractent la tuberculose.

Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous recommandions au ministère d'améliorer sa capacité de suivi des personnes sous surveillance pour la tuberculose latente. À l'époque, nous avons remarqué que la Direction de la santé publique avait mentionné qu'environ 35 % des personnes devant être soumises à une surveillance médicale par les conseils de santé pour tuberculose latente et, notamment, signifier aux autorités compétentes leur changement d'adresse, ne pouvaient faire l'objet d'un suivi, car l'on ne possédait pas de renseignements sur elles ou on possédait de faux renseignements, comme une adresse inexacte. Le personnel du ministère avait indiqué à la même époque que le personnel de la Direction de la santé publique pourrait utiliser la base de données des personnes inscrites au Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis par les bureaux de santé au ministère pour l'année 2001 indiquaient que seulement 65 % des personnes qui leur avaient été adressées avaient pu être contactées et prises en charge par le bureau, conformément au protocole de lutte contre la tuberculose du ministère. On nous a dit que le bureau de santé devait informer le ministère lorsqu'il ne pouvait pas contacter certaines personnes. Cependant, le ministère ne savait pas si les bureaux se pliaient à cette exigence. On n'avait pas non plus utilisé la base de données sur les personnes inscrites au Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour tenter de retrouver les personnes qui ne s'étaient pas présentées au bureau de santé et n'avaient pas subi d'examen médical ni passé de radiographie.

Recommandation

Pour réduire l'incidence de tuberculose active, le ministère devrait renforcer l'efficacité de la surveillance médicale par les moyens suivants :

- **veiller à ce que les bureaux de santé assurent régulièrement et de façon appropriée la surveillance médicale des personnes atteintes de tuberculose latente, notamment à ce qu'elles subissent un examen médical et passent une radiographie;**

- **utiliser toutes les ressources disponibles pour obtenir des renseignements, notamment la base de données des personnes inscrites au Régime d'assurance-santé de l'Ontario, pour retrouver les personnes sous surveillance médicale qu'ils n'ont pu contacter et prendre en charge.**

Réponse du ministère

Le ministère confirmera auprès des bureaux de santé que, malgré l'exigence limitée de Citoyenneté et Immigration Canada en ce qui concerne les personnes sous surveillance médicale (qu'elles prennent contact avec le bureau de santé publique), les bureaux de santé de l'Ontario doivent assurer le suivi des personnes sous surveillance médicale, comme le prescrit le protocole de lutte contre la tuberculose (janvier 1998). Il faudra au minimum que les personnes sous surveillance médicale aient subi un examen médical de suivi et passé une radiographie thoracique au Canada.

Le ministère a mis en place un processus pour améliorer l'efficacité de la surveillance médicale. Il continuera de collaborer avec Citoyenneté et Immigration Canada et la Direction de l'inscription et des demandes de règlement du ministère pour déterminer comment communiquer leurs données respectives aux bureaux de santé.

Recherche des contacts

Selon le protocole de lutte contre la tuberculose du ministère, les bureaux de santé sont chargés du dépistage de la tuberculose chez les personnes ayant été en contact avec un malade atteint de tuberculose active pour s'assurer qu'elles n'ont pas contracté une tuberculose active et déterminer si elles devraient subir un traitement.

Lors de notre vérification de 1997, nous avons recommandé que la Direction de la santé publique obtienne des renseignements supplémentaires sur les résultats de la recherche par les conseils de santé des contacts. Le ministère nous a répondu qu'on mettait au point un nouveau système informatique sur les maladies et déclarations obligatoires qui contiendrait des renseignements supplémentaires sur les personnes étant entrées en contact avec une personne atteinte de tuberculose active. Or, à l'heure de la présente vérification, ce système n'existe toujours pas et le ministère ne possède toujours pas plus de renseignements sur les résultats des recherches de contact. Par ailleurs, le personnel du ministère et des bureaux de santé nous ont informés que, à de rares exceptions près, il ne peut généralement pas obliger les personnes entrées en contact avec une personne atteinte de tuberculose active à faire le test. Le ministère envisageait une initiative fédérale/provinciale/territoriale de mise en oeuvre d'un système d'information automatisé de santé publique qui permettrait la gestion des cas. Ce système serait également utile pour d'autres maladies transmissibles.

Recommandation

Pour surveiller l'efficacité de la lutte contre la tuberculose afin de réduire le risque de transmission de la tuberculose active, le ministère doit obtenir des renseignements plus complets sur les résultats des recherches des contacts par les bureaux de santé.

Réponse du ministère

Le ministère continuera de collaborer avec Santé Canada, d'autres provinces et d'autres intervenants, afin de mettre en oeuvre le système d'information intégrée de santé publique pour la surveillance des maladies transmissibles. Lorsque ce système fonctionnera, il permettra au ministère d'obtenir des renseignements sur les résultats des recherches de contacts.

Traitement

Le programme obligatoire de lutte contre la tuberculose exige que les bureaux de santé vérifient si les patients observent leur traitement et, notamment, s'ils vont jusqu'au bout du traitement conformément au protocole de lutte contre la tuberculose. Un traitement incomplet peut entraîner une rechute et la résistance aux médicaments.

Lors de notre vérification de 1997, nous prenions note que le ministère revoyait la nécessité d'un traitement sous surveillance directe, c'est-à-dire qu'une personne formée pour cela observe le patient pendant qu'il prend ses médicaments. L'OMS recommande un traitement sous surveillance directe. En 1998, le ministère publiait son protocole de lutte contre la tuberculose dans lequel il était déclaré qu'il faudrait organiser un traitement sous surveillance directe pour tous les patients atteints de tuberculose respiratoire, à moins qu'une évaluation n'indique qu'ils sont tout à fait susceptibles d'observer leur traitement. Ceci est conforme aux normes nationales. Pourtant, les renseignements fournis par les bureaux de santé au ministère pour 2001 révèlent que seulement 66 % des patients, pour lesquels un traitement sous surveillance directe était recommandé, avaient en fait été surveillés.

Recommandation

Pour prévenir la dissémination de la tuberculose résistante aux médicaments, le ministère doit élaborer et mettre en oeuvre des stratégies afin de s'assurer que tous les patients terminent leur traitement.

Réponse du ministère

Le ministère continuera à surveiller l'activité des bureaux de santé en ce qui concerne le nombre de patients dans les programmes de traitement sous surveillance directe. Il continuera à passer en revue les données sur l'observation du traitement jusqu'au bout et collaborera avec les bureaux de santé pour élaborer les stratégies en vue d'améliorer la proportion de patients terminant leur traitement.

MALADIES POUVANT ÊTRE ÉVITÉES PAR LA VACCINATION

La création de programmes de vaccins et d'immunisation a pratiquement éliminé certaines maladies et considérablement réduit les conséquences d'autres. Les voyages à l'étranger étant devenus chose courante, on a renforcé les programmes d'immunisation et de vaccination pour protéger la population de maladies, comme la rougeole, apportées par des voyageurs venant de pays où ces maladies sont encore fréquentes.

Comme son nom l'indique, le but du programme de Prévention des maladies par la vaccination est de réduire l'incidence de maladies pouvant être évitées grâce à la vaccination. L'immunisation est généralement considérée comme une intervention économique permettant d'atteindre cet objectif et contribuant à l'amélioration de la santé, au soulagement de la souffrance et à la diminution du nombre de décès prématurés. Selon l'Ontario Association of Local Public Health Agencies (ALPHA), les programmes de vaccination efficaces ont prouvé à multiples reprises qu'ils constituaient l'élément le plus économique du système de soins de santé. Le ministère fournit certains vaccins gratuitement aux bureaux de santé et aux médecins. Pendant l'exercice 2002-2003, il a dépensé 67,7 millions de dollars en vaccins.

Vaccins dont le coût est couvert

La gamme d'agents immunisants continue de s'élargir à mesure que de nouveaux vaccins sont homologués ou que l'on améliore ou modifie les vaccins existant déjà. À l'heure actuelle, le ministère couvre le coût de vaccins courants contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type B, la grippe et l'hépatite B.

Le Comité consultatif national de l'immunisation, comité d'experts de Santé Canada, fait des recommandations sur l'utilisation des vaccins au Canada. Il recommande la vaccination systématique contre la varicelle et certains types d'infections bactériennes qui peuvent entraîner des maladies graves, comme les infections pneumococques et méningococques (méningite). Dans certaines provinces du Canada, ces vaccins sont gratuits. C'est le cas, par exemple, du vaccin antiméningococcique en Colombie-Britannique et en Alberta, et du vaccin contre la varicelle dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta. En Ontario, au moment de notre vérification, on n'offrait pas encore systématiquement le vaccin contre la varicelle; le vaccin antipneumococcique était couvert uniquement pour les personnes à haut risque, notamment les personnes âgées de plus de 65 ans, et le vaccin méningococcique ne l'était que pour les personnes en contact étroit avec d'autres présentant une souche de la maladie pouvant être évitée par un vaccin. Nous avons relevé que, selon ALPHA, en ne finançant pas les nouveaux vaccins et les vaccins efficaces homologués la province manque aux engagements pris envers le programme de son propre ministère de la Santé.

Recommandation

Pour réduire l'incidence de maladies pouvant être évitées par la vaccination, le ministère doit veiller à ce que d'autres vaccins recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation soient ajoutés au programme courant d'immunisation de l'Ontario, à moins qu'il existe des raisons solides de ne pas le faire.

Réponse du ministère

Le ministère continuera d'examiner tous les nouveaux vaccins recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation et d'élaborer et de proposer des options de mise en application (coût compris) de ces vaccins en Ontario.

Immunisation

IMMUNISATION DES ENFANTS

L'immunisation des enfants est régie par la *Loi sur l'immunisation des élèves*, la *Loi sur les garderies* et les Lignes directrices. Selon ces deux Lois, tous les enfants d'âge scolaire et les enfants placés en garderie agréée en Ontario doivent être vaccinés contre certaines maladies, à moins de dispenses pour raisons médicales, objection de conscience ou croyances religieuses.

Les exigences des Lignes directrices et des lois varient en ce qui a égard à l'information au sujet des enfants qu'il faut fournir aux bureaux de santé. Par exemple :

- Conformément aux Lignes directrices, un dossier d'immunisation de chaque élève ou de dispense d'immunisation doit être archivé au bureau de santé, faute de quoi le médecin-hygiéniste local peut demander la suspension de l'élève par l'école.
- Bien que cela ne soit pas requis en vertu de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, les bureaux de santé obtiennent effectivement le dossier de vaccination des enfants concernant la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* de type B – vaccins obligatoires pour les enfants entrant en garderie.
- La *Loi sur l'éducation* oblige les écoles publiques à fournir aux bureaux de santé des renseignements sur les élèves inscrits à l'école, notamment leur nom, leur adresse, leur date de naissance et le nom du parent ou tuteur.

Les bureaux de santé inscrivent la situation des élèves quant à l'immunisation dans le Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI), pour le suivi local et provincial. Le ministère, par contre, ne peut avoir accès aux renseignements sur l'immunisation des enfants qui ont été inscrits sans numéro de Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) et ne peut obtenir ces renseignements qu'en s'adressant aux bureaux de santé.

Ceux-ci peuvent demander les numéros de RAMO, mais les écoles ne sont pas tenues de les leur fournir. Il est donc difficile pour les bureaux de santé de s'assurer que les dossiers des élèves entrés sans numéro ne sont pas un double (par exemple, si l'enfant change d'école ou de bureau de santé). Les renseignements contenus dans les dossiers du SADI peuvent également être incomplets pour les enfants d'âge préscolaire qui ne sont pas inscrits dans une garderie agréée ou pour ceux qui fréquentent une école privée, car la *Loi sur l'éducation* n'oblige pas les écoles privées à donner aux bureaux de santé la liste de leurs élèves. Dans ces cas, il appartient aux parents de fournir aux bureaux de santé les renseignements sur leurs enfants. Il apparaît donc que le SADI n'a pas toutes les données qui permettraient au ministère d'avoir un tableau complet de la situation des enfants quant à l'immunisation et qu'il faut s'en remettre aux bureaux de santé et aux renseignements donnés dans le questionnaire sur les indicateurs des programmes obligatoires ou fournis en réponse à une demande du ministère. Selon le questionnaire de 2001, au moins 14 % des enfants dont le nom figurait dans le SADI n'avaient pas reçu tous les vaccins exigés avant l'âge de sept ans.

REGISTRE DES IMMUNISATIONS

Il s'agit d'un système d'information confidentiel dans lequel on conserve les données de vaccination. Il regroupe tous les dossiers de vaccination administrée par des prestataires de soins de santé, signale les dates et les retards, génère des rappels et révèle les endroits où le taux de vaccination est faible (prestataires de soins de santé et régions).

En Ontario, les vaccins sont principalement administrés par les médecins, mais peuvent l'être aussi d'autres façons, notamment par les cliniques de santé publique. Cependant, les médecins ou autres groupes ne sont pas tenus de faire un rapport aux bureaux de santé sur les vaccins administrés, soit au moment même, soit à une date ultérieure. Il appartient plutôt, comme on l'a déjà mentionné et selon la législation actuelle de l'Ontario, aux parents de déclarer aux bureaux de santé quelle est la situation de leurs enfants à l'égard de leur immunisation. Comme, en règle générale, les parents ne déclarent pas les résultats de l'immunisation avant que leurs enfants ne soient inscrits dans une garderie agréée ou une école, les renseignements concernant les enfants d'âge préscolaire qui ne fréquentent pas un établissement agréé sont au mieux incomplets. De surcroît, les dossiers des enfants sont souvent inexacts, car les renseignements sont généralement fournis un certain nombre d'années après la date à laquelle les enfants ont été vaccinés.

Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous recommandions au ministère d'évaluer la possibilité de modifier les systèmes existants ou d'en élaborer qui permettraient de saisir les renseignements nécessaires quant à l'immunisation. Le ministère avait répondu qu'il s'efforçait d'améliorer les systèmes de surveillance pour mieux évaluer l'immunisation de la population. Pourtant, au moment de la présente vérification, il n'existe toujours aucun autre système.

Nous avons été informés que le ministère envisageait une initiative fédérale/provinciale/territoriale visant un système d'information automatisé pour la santé publique dans lequel

se trouveraient des informations sur la gestion des cas, la surveillance des maladies transmissibles et l'immunisation. Le ministère reconnaît que son système devrait être modifié pour fournir tous les renseignements dont il a besoin.

Recommandation

Pour réduire l'incidence des maladies pouvant être évitées par la vaccination, le ministère doit surveiller de façon plus efficace la situation des enfants quant à l'immunisation pour que tous les enfants d'âge scolaire aient reçu les vaccins requis. À cet effet, il doit établir un registre des immunisations fournissant des renseignements complets, précis et à jour dans ce domaine.

Réponse du ministère

Le ministère appuie la Stratégie nationale d'immunisation en collaborant avec le Réseau canadien des registres d'immunisation, afin de mettre au point un ensemble de données et de normes de base. En outre, le ministère soutient les efforts en vue de la création d'un registre d'immunisation pour surveiller efficacement la situation des enfants à l'égard de l'immunisation en Ontario.

Vaccin contre la grippe

Avant l'exercice 2000-2001, seules les personnes à haut risque, comme les personnes âgées et les travailleurs des soins de santé, pouvaient être vaccinées gratuitement contre la grippe. Depuis, le ministère offre le vaccin gratuitement à toute la population ontarienne dans le cadre de son programme universel d'immunisation contre la grippe.

Le programme a pour principaux objectifs la réduction du nombre de cas et de la gravité de la grippe, et aussi de ses conséquences pour les salles d'urgence et d'autres secteurs des soins de santé. Cependant, du fait que le ministère ne détient pas de données sur le nombre de vaccins administrés, il ne peut qu'estimer que de 26 % à 45 % des Ontariens ont été vaccinés contre la grippe au cours de la période de 2000-2001 et 2001-2002. (L'écart est dû aux différences dans les méthodes d'estimation et les hypothèses.)

Selon le Center for Disease Control and Prevention, organisme gouvernemental américain, le vaccin contre la grippe est le moyen le plus efficace qui soit de prévenir l'infection par le virus et les complications associées à la grippe. Pourtant, l'Ontario est le seul territoire de compétence en Amérique du Nord offrant un programme universel d'immunisation contre la grippe. Il est donc particulièrement pertinent de se demander si ce vaccin répond à tous les objectifs du programme. Il est important de l'évaluer, car le coût de la dose a pratiquement doublé depuis le début du programme, et l'Ontario a dépensé 19,6 millions de dollars en vaccins au cours de l'exercice 2002-2003. En 2000-

2001, le ministère avait constitué un comité – composé de représentants de l’Institut de recherche en services de santé, du groupe chargé du Programme de recherche, d’éducation et de développement en santé publique et des bureaux de santé – qui devait le conseiller sur les formes d’évaluation qu’il pourrait adopter. Le ministère notait à cet effet que, puisque la grippe varie en gravité selon les années, il faudrait une évaluation des résultats pluriannuelle.

Alors que plusieurs intervenants ont examiné la façon dont était offert le programme, à compter de mars 2003, la troisième année du programme, le ministère n’avait pas encore fait d’évaluation pour savoir si, grâce au programme, le nombre de cas et la gravité avaient diminué ainsi que le nombre d’admissions en salle d’urgence et dans d’autres secteurs du réseau de soins de santé.

Recommandation

Afin de connaître l’efficacité du programme universel d’immunisation contre la grippe, le ministère doit se renseigner pour savoir s’il répond à ses objectifs de diminution du nombre de cas, de la gravité des cas et du nombre d’admissions en salle d’urgence et dans d’autres secteurs du réseau de soins de santé.

Réponse du ministère

Le ministère projette de convoquer à nouveau le groupe de planification sur l’évaluation du programme universel d’immunisation contre la grippe pour lui demander ses conseils quant aux évaluations qui pourraient être menées à longue échéance à l’aide des données cumulatives.

Gaspillage de vaccins

Le Service d’approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l’Ontario (SAMPGO) achète les vaccins et les distribue gratuitement aux bureaux de santé qui peuvent en conserver pour leurs propres programmes et distribuer le reste aux médecins et à d’autres groupes d’administration des vaccins, comme les établissements de soins. À Toronto, les médecins et autres groupes les reçoivent directement du SAMPGO.

Bien qu’un certain gaspillage de vaccins soit inévitable en raison d’une mauvaise manipulation ou de commandes trop importantes, l’objectif du programme obligatoire de prévention des maladies par vaccination est de réduire le gaspillage des vaccins financés par la province à 5 % au maximum. Conformément aux Lignes directrices, les bureaux de santé doivent optimiser l’utilisation des vaccins en suivant le protocole sur la distribution, l’entreposage et la manipulation des vaccins qui concerne la préservation de l’efficacité des vaccins et la réduction du gaspillage.

Pour pouvoir surveiller l'utilisation ou le gaspillage des vaccins, le ministère a besoin de renseignements complets et exacts sur le nombre de vaccins distribués, administrés, retournés ou gaspillés parce qu'ils étaient périmés ou pour une autre raison. Le SAMPGO distribue les vaccins en fonction des commandes reçues des bureaux de santé et des médecins de Toronto et suit les quantités distribuées. Si une commande paraît inhabituelle de par son volume, le SAMPGO peut se reporter aux anciennes commandes et demander des explications. Il demande aussi qu'on lui retourne les vaccins non utilisés ou altérés.

Les bureaux de santé et les médecins de Toronto sont priés de remplir un avis de retour de vaccins en indiquant la raison et, s'il s'agit des bureaux de santé, si les vaccins peuvent être redistribués. Ils peuvent l'être s'ils ont été conservés correctement et que la date n'est pas périmée. On considère tous les vaccins retournés par les médecins comme gaspillés parce qu'il est possible qu'ils n'aient pas été entreposés de façon appropriée.

Donc, bien que le ministère ait des renseignements sur les vaccins distribués et quelques informations sur les vaccins qui lui sont retournés, il n'en a pas sur le nombre de vaccins réellement administrés aux patients. Faute d'avoir ce renseignement, il n'est pas capable de déterminer avec précision la quantité de vaccins gaspillés et les raisons possibles.

Le SAMPGO déclare le gaspillage de vaccins en se servant des renseignements à sa portée. Il a déclaré le gaspillage d'environ 9 % des vaccins distribués aux bureaux de santé et de moins de 1 % de ceux distribués aux médecins de Toronto en 2002. C'est un rapport incomplet, car on ne tient pas compte des médicaments renvoyés par les médecins qui ne sont pas accompagnés d'un avis de retour, et nous avons été informés que, souvent, les médecins n'établissent pas ces avis de retour ou qu'ils jettent le vaccin. De plus, bien que le système de suivi du SAMPGO puisse fournir des rapports sur le gaspillage par bureau de santé, il n'est pas capable de le faire pour chaque médecin de Toronto, ce qui limite la capacité du ministère de déterminer l'ampleur des pertes et de prendre des mesures appropriées.

Recommandation

Pour limiter le gaspillage de vaccins, le ministère doit obtenir des renseignements précis et complets et prendre les mesures voulues pour le réduire.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique du ministère débat de ce sujet avec le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario. Ils collaborent à la rationalisation et à l'amélioration des rapports et du suivi des vaccins distribués, utilisés et gaspillés. Le ministère rappellera aux médecins l'importance de lui envoyer des avis de retour à des fins comptables et pour réduire le gaspillage.

LUTTE CONTRE LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

L'apparition du virus du Nil occidental a été confirmée pour la première fois en Amérique du Nord en 1999 et en Ontario en 2001. Les premiers cas d'infection humaine en Ontario ont été recensés pendant l'été 2002. Le virus est transporté par les moustiques et affecte les oiseaux et les mammifères, y compris les humains. Selon les études, la plupart des personnes piquées par un moustique infecté ne présentent aucun symptôme; néanmoins, environ 20 % développeront une maladie mineure (par exemple, la fièvre du West Nile) et 1 % seront atteintes d'une maladie grave. Pendant l'exercice 2002-2003, le ministère a financé à hauteur d'environ 1,8 million de dollars les mesures prises par les bureaux de santé pour lutter contre le virus.

Étant donné que chacun des 37 bureaux de santé en Ontario a un certain degré d'autonomie dans les mesures qu'il prend pour protéger la santé de la collectivité, il est possible que l'on ait assisté à des réactions différentes. Cependant, comme c'est aussi une question provinciale en ce sens que le virus peut s'étendre à toute la province, il est nécessaire d'avoir des réactions uniformes. Le ministère a donc offert ses conseils aux bureaux de santé, notamment, de la façon suivante :

- En août 2000, il a envoyé aux bureaux de santé un document à propos de l'émergence possible du virus en Ontario. Il décrivait les plans de surveillance (par exemple, analyses sur les oiseaux, les mammifères – dont les humains – et les moustiques) et les questions de prévention, de réaction et de contrôle. Des documents subséquents ont été envoyés aux bureaux de santé en mai 2001 et février 2002. On y insistait sur l'importance d'éduquer le public afin de réduire les zones où pouvaient se reproduire les moustiques.
- Le 22 mars 2003, le ministère a annoncé son plan d'action en sept points pour combattre le virus. Il comprenait l'implantation de services de laboratoire en Ontario, le financement de l'achat d'insecticides par les bureaux de santé et le renforcement de la surveillance, en faisant du virus du Nil occidental une maladie à déclaration obligatoire.
- Le 27 mars 2003, le ministère a envoyé aux bureaux de santé un plan de préparation et de prévention pour l'Ontario en 2003. C'était en quelque sorte le « guide de poche » du plan d'action en sept points qui constituait la base de la planification de l'approche ontarienne de la prévention et du contrôle du virus du Nil occidental par les bureaux de santé. Ce plan couvrait un grand nombre de questions, sans pour autant indiquer quand les bureaux de santé devraient envisager l'utilisation d'insecticides. Au contraire, le plan mentionnait que, avant d'utiliser les insecticides, les bureaux de santé devraient mener leur propre évaluation du risque, ce qui pouvait inclure des facteurs comme l'attitude de la collectivité vis-à-vis des risques posés par le virus par opposition aux avantages éventuels et aux risques de l'utilisation de pesticides.

Malgré les directives du ministère, la plupart des 37 bureaux de santé ont dû effectuer leurs propres recherches afin de déterminer à quel moment il est préférable d'utiliser les insecticides. En fait, un grand nombre des bureaux auprès desquels nous avons enquêté en avril 2003 nous ont dit qu'ils avaient besoin de directives supplémentaires et plus opportunes sur le moment d'utiliser les insecticides et que, en 2002, aucun d'eux n'en avait utilisés.

À compter du 31 mai 2003, un règlement sur le contrôle du virus du Nil occidental a été promulgué en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Il oblige les médecins-hygiénistes à effectuer des évaluations de risque conformément au plan de préparation et de prévention pour l'Ontario de 2003 (révisé pour tenir compte du nouveau règlement). Les médecins-hygiénistes peuvent avertir leurs municipalités respectives de toute mesure à prendre. En outre, le règlement fournit des directives aux médecins-hygiénistes sur l'utilisation des insecticides.

À compter du 1^{er} mai 2003, les maladies causées par le virus du Nil occidental sont devenues des maladies à déclaration obligatoire, c'est-à-dire que les médecins sont tenus de rendre compte du diagnostic précis de virus à leur bureau de santé. L'intention originale, selon le ministère, était que les cas devaient être enregistrés dans le Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire (SIMDO). Auparavant, il ne fallait l'entrer dans le système que lorsqu'il causait une encéphalite/méningite virale, qui peut aussi être causée par d'autres virus. Cependant, à compter de mai 2003, aucun système électronique n'était encore installé afin de rapporter plus rapidement tous les cas de maladie à la Direction de la santé publique, et en attendant, le ministère avait demandé aux bureaux de santé de fournir manuellement des renseignements sur tous les cas humains probables et confirmés d'infection par le virus du Nil occidental.

Recommandation

Pour faciliter une réaction efficace au virus du Nil occidental de la part des bureaux de santé, le ministère doit veiller à ce que :

- les bureaux de santé se conforment au règlement sur le contrôle du virus du Nil occidental et autres directives du ministère et, notamment, mènent des évaluations des risques;
- les bureaux de santé luttent contre le virus du Nil occidental de façon économique à la suite des résultats des évaluations locales de risque;
- un système électronique soit mis en place pour enregistrer rapidement tous les cas d'infection par le virus du Nil occidental.

Réponse du ministère

Le ministère veillera à ce que soit respecté le règlement sur le contrôle du virus du Nil occidental de la façon suivante :

- *en révisant les soumissions de budget des conseils de santé pour la prévention et le contrôle du virus du Nil occidental;*
- *en tenant des téléconférences hebdomadaires avec les bureaux de santé;*
- *en demandant aux conseils de santé de lui fournir des rapports après la saison.*

En ce qui concerne le rapport coût-efficacité des interventions des bureaux de santé au niveau provincial, le ministère signalera les problèmes qui demanderont une collaboration avec Santé Canada et le ministère de l'Environnement.

Le ministère est en train de mettre en oeuvre un système d'information intégré de santé publique pour toutes les maladies transmissibles, y compris le virus du Nil occidental, mais l'automatisation ne se fera pas avant l'année prochaine. En outre, le ministère a mis au point un processus de transfert de données électroniques des résultats des tests de laboratoire pour le virus au ministère, aux bureaux de santé et à la Société canadienne du sang. Ce processus fonctionnera bientôt.

SYSTÈME D'INFORMATION

Stratégie d'information pour la santé publique

En octobre 2000, le ministère, en collaboration avec un cabinet d'experts, a préparé un plan stratégique d'information et de technologie de l'information pour la santé publique. Il s'agissait d'une stratégie globale pour la santé publique mais, néanmoins, au moment de notre vérification, il n'avait toujours pas été mis en oeuvre.

Le plan mentionnait aussi un grand nombre de systèmes mis au point indépendamment par les 37 bureaux de santé, principalement dans les régions où, soit il n'y avait pas de système venant du ministère, soit il n'était pas satisfaisant. On faisait également remarquer dans le plan que le partage de l'information entre les bureaux de santé et le ministère était limité et que la législation actuelle et l'infrastructure technologique empêchaient la communication entre les bureaux de santé eux-mêmes.

La prolifération de systèmes indépendants est préoccupante, car elle pourrait freiner l'intégration des données sur la santé publique à l'échelle de la province, et se solder par la perte de données qu'il est important de posséder en temps opportun et qui sont nécessaires pour des interventions et des activités de prévention. Elle est aussi préoccupante parce qu'elle entraîne un chevauchement d'efforts, de coûts et de temps.

Systèmes de surveillance

La surveillance dans le domaine de la santé consiste à recueillir, à analyser et à interpréter continuellement des renseignements qui peuvent servir à planifier et à gérer la lutte contre

les maladies. Cela comprend des renseignements pouvant aider à maîtriser les épidémies, à prendre des décisions éclairées sur l'allocation des ressources et à élaborer ou à modifier les politiques et programmes de santé publique pour les rendre plus efficaces. À l'heure actuelle, la Direction de la santé publique a deux systèmes de surveillance : le Système d'information sur les maladies à déclaration obligatoire (SIMDO) – pour les maladies transmissibles et les effets indésirables résultant de vaccins – et le Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI).

Dans notre *Rapport annuel 1997*, nous notions que le ministère projetait de remplacer le SIMDO par un système amélioré. Cela ne s'est pas produit, bien que dans son plan stratégique d'octobre 2000 il ait mentionné que le SIMDO avait été conçu à la fin des années 80 avec une technologie extrêmement dépassée et très coûteuse à maintenir. Il déclarait également que l'un des rôles de la santé publique était d'analyser les données sur la santé pour créer une politique de santé publique, classer par ordre de priorité et modifier les programmes de santé publique. Or, une grande partie de l'information nécessaire à cette analyse n'est pas disponible ou est de qualité douteuse.

Les seuls renseignements auxquels un bureau de santé peut avoir accès rapidement sont ceux concernant son propre territoire de compétence. Ceci peut limiter sa capacité de gérer une épidémie qui se répand rapidement et peut s'être déclenchée dans une autre ville de l'Ontario. De plus, du fait que les bureaux de santé n'envoient généralement leurs données sur les maladies transmissibles au ministère qu'une fois par semaine, les renseignements peuvent ne pas être mis assez vite à la disposition du ministère. Également, si les bureaux de santé entrent leurs données dans le système avec du retard, le ministère dispose de renseignements incomplets ou inexacts.

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous avons été informés que le ministère envisageait une initiative fédérale/provinciale/territoriale pour la mise en place d'un système automatisé d'information sur la santé publique pour la gestion de cas et la communication de renseignements sur la surveillance des maladies transmissibles et l'immunisation. On nous a aussi informés que ce système allait faire l'objet d'un projet pilote en Ontario.

Soucieux d'améliorer ses systèmes de surveillance, le ministère a participé, en 2002, à un projet de surveillance de la santé faisant partie des initiatives du Réseau de surveillance de la santé au Canada. Il s'agit d'un effort fédéral/provincial/territorial en vue de développer la capacité de types précis de surveillance de la santé aux niveaux local, provincial et national en développant, par exemple, des systèmes d'information pour la santé publique et la surveillance. Le Sous-groupe de la surveillance des maladies contagieuses, qui élabore une stratégie à long terme de la surveillance des maladies contagieuses, se concentre aussi sur l'élaboration de normes de données et de définitions de données pour les informations recueillies sur les maladies contagieuses, l'immunisation et les réactions adverses aux vaccins.

Un examen de la situation de l'Ontario, dans le cadre du projet de surveillance, a révélé des problèmes à la fois avec le SIMDO et avec le SADI. On a noté, par exemple, que les changements de données dans les deux systèmes n'étaient pas suivis, et donc, qu'il était difficile de savoir quels étaient ceux qui s'étaient produits, qui les avait effectués et quand ils avaient eu lieu. De plus, un grand nombre de bureaux de santé ne recueillaient pas certains types de données (par exemple, bordereaux de laboratoire et listes d'écoles) électroniquement et il fallait donc les entrer manuellement dans les systèmes informatiques.

Recommandation

Afin de disposer de renseignements à jour, cohérents et intégrés pour la prestation des services de santé publique à l'échelle de la province, le ministère doit mettre en oeuvre, soit dans le cadre d'une initiative fédérale/provinciale/territoriale, un système automatisé d'information sur la santé publique, soit indépendamment, un système de surveillance de la santé publique satisfaisant pour les maladies transmissibles et l'immunisation.

Réponse du ministère

Le ministère met en ce moment en oeuvre un système intégré d'information sur la santé publique à l'échelle de la province pour la surveillance, la gestion de cas et la déclaration des maladies transmissibles en Ontario. Ce système est à la disposition de tous les territoires de compétence fédéraux, provinciaux et territoriaux, par l'intermédiaire du Collectif Surveillance canadienne intégrée de la santé publique.