

Contexte

Les vaccins peuvent réduire ou éliminer la prévalence de nombreuses maladies infectieuses et aider ainsi à améliorer la santé de la population et à réduire le coût des soins de santé associés au traitement de ces maladies.

Le programme de vaccination financé par le secteur public permet aux personnes admissibles de l'Ontario de se faire vacciner gratuitement contre 16 maladies infectieuses. Les critères d'admissibilité varient selon le vaccin, la plupart des vaccins étant offerts seulement aux membres de certains groupes d'âges. Les personnes intéressées peuvent payer les vaccins auxquels elles ne sont pas admissibles ainsi que d'autres vaccins dont la vente a été approuvée au Canada mais qui ne sont pas financés par le secteur public, comme le vaccin contre le zona. La plupart des vaccins sont administrés par des médecins de famille, mais certains d'eux, comme le vaccin antigrippal, peuvent aussi l'être par d'autres fournisseurs de soins de santé incluant le personnel infirmier des bureaux de santé publique et les pharmaciens.

Les responsabilités associées au programme de vaccination de l'Ontario sont partagées entre différentes parties, comme le montre l'**annexe 1** :

- Le gouvernement fédéral approuve les nouveaux vaccins avant leur utilisation en Ontario et ailleurs au Canada et négocie les ententes d'achat de vaccins auxquelles les provinces peuvent choisir d'adhérer.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) assume la responsabilité globale du programme de vaccination de l'Ontario, y compris l'élaboration, la mise en oeuvre et la surveillance de la politique en matière d'immunisation. Il doit notamment conseiller le gouvernement sur les vaccins à financer et les critères d'admissibilité pertinents.
- En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, les 36 bureaux de santé publique de la province administrent les programmes de vaccination financés par le Ministère dans leurs régions respectives. Le Ministère a établi des protocoles que les bureaux de santé publique doivent respecter. Chaque bureau de santé publique est dirigé par un médecin hygiéniste local et régi par un conseil de santé relevant de la municipalité.

- Le Service d’approvisionnement médicopharmaceutique du gouvernement de l’Ontario (SAMPGO) du Ministère achète les vaccins et les distribue aux fournisseurs de soins de santé qui les administrent, comme les médecins à Toronto et les bureaux de santé publique dans le reste de la province. Ces bureaux distribuent à leur tour les vaccins aux fournisseurs de soins de santé de leurs régions.
- Santé publique Ontario, un organisme financé par le Ministère, surveille notamment le pourcentage d’Ontariennes et d’Ontariens qui reçoivent des vaccins et les effets secondaires suivant l’immunisation.

En 2012, le médecin hygiéniste en chef a demandé à un comité consultatif d’examiner le système de vaccination financé par le gouvernement de l’Ontario afin de trouver des moyens d’en améliorer l’efficacité et l’efficience, de freiner la croissance des coûts et de la complexité du système au cours des dernières années et d’expliquer le faible taux de couverture vaccinale. Le rapport du comité, intitulé *Ontario’s Publicly Funded Immunization System: Building on Today’s Strengths, Innovating for the Future*, a été soumis au Ministère en mars 2014 (nous parlons ci-après du rapport d’examen de

2014). Dans son rapport, le comité a identifié certains problèmes, dont beaucoup sont aussi abordés dans la présente section de notre rapport annuel.

Le Ministère ne surveille pas le coût total de la prestation du programme de vaccination de l’Ontario. Comme le montre la **figure 1**, nous avons estimé le total des coûts de fonctionnement du programme à environ 250 millions de dollars en 2012-2013 et 2013-2014. À ces coûts s’ajoute un financement estimé à plus de 160 millions de dollars pour le développement, entre 2007 et 2016, d’un nouveau système d’information sur la santé publique incluant un nouveau registre de vaccination.

Objectif et portée de l’audit

Notre audit avait pour objectif de déterminer si la structure de gouvernance, les systèmes informatiques, les politiques et les procédures en place permettaient à l’Ontario de s’assurer que son programme de vaccination protège contre les maladies évitables par vaccination de manière efficace et rentable et conformément aux exigences législatives. Notre dernier audit du programme

Figure 1 : Total des coûts estimatifs de mise en oeuvre du programme de vaccination, 2013-2014 et 2012-2013 (en millions de dollars)¹

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

Nature des dépenses liées à l’immunisation	2013-2014	2012-2013
Achat des vaccins	118,1	124,8
Coûts de fonctionnement des bureaux de santé publique – financés par le Ministère ¹	56,4	54,9
Coûts de fonctionnement des bureaux de santé publique – financés par la municipalité ¹	17,6	17,0
Coûts d’administration des vaccins ²	50,0	46,1
Coûts d’administration du programme pour le Ministère ³	4,2	4,4
SAMPGO ³	1,1	1,1
Santé publique Ontario	2,1	2,0
Total	249,5	250,3

1. Tous les coûts se fondent sur l’année financière, sauf les « Coûts de fonctionnement des bureaux de santé publique – financés par le Ministère » (2^e ligne) et les « Coûts de fonctionnement des bureaux de santé publique – financés par la municipalité » (3^e ligne). Ces estimations se fondent surtout sur les montants budgétés pour l’année civile.
2. Comprend les montants versés aux médecins et aux pharmaciens pour l’administration des vaccins. Les montants payés aux bureaux de santé publique pour l’administration des vaccins sont inclus dans le financement octroyé aux bureaux de santé publique par le Ministère.
3. Exclut les coûts d’occupation, qui ne font pas l’objet d’un suivi.

d'immunisation de l'Ontario a été effectué en 2003 dans le cadre d'un audit plus large de l'activité de santé publique de l'Ontario. La haute direction du Ministère a accepté l'objectif de notre audit et les critères d'audit connexes.

C'est surtout dans les locaux du Ministère et de son Service d'approvisionnement médicopharmaceutique (SAMPGO) que nous avons réalisé nos travaux d'audit. Nous avons également visité trois bureaux de santé publique — le bureau de santé publique de Toronto, le bureau de santé publique du comté d'Oxford et la circonscription sanitaire de Sudbury et du district — afin d'examiner leurs processus d'administration du programme de vaccination, et notamment de vérifier comment ils conservent les vaccins à la température requise pour en maintenir la puissance. Nos travaux sur le terrain ont été effectués entre décembre 2013 et avril 2014.

Nous avons parlé à des représentants de Santé publique Ontario (l'organisme gouvernemental chargé, entre autres, d'évaluer le programme de vaccination, de mener des recherches, de surveiller le pourcentage de la population qui est vacciné — c'est-à-dire la couverture vaccinale — et de faire enquête sur les effets secondaires suivant l'immunisation) et de son Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, de l'Ontario Medical Association et d'autres bureaux de santé publique choisis de l'Ontario. Nous avons également obtenu des renseignements sur la prestation des programmes de vaccination d'autres administrations incluant d'autres provinces canadiennes (la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Alberta), l'État de New York, l'Australie et le Royaume-Uni.

Au cours de notre audit, nous avons examiné des documents pertinents ainsi que des politiques et procédures administratives; analysé des informations; interviewé des membres du personnel du Ministère et des bureaux de santé publique; et examiné des études pertinentes réalisées en Ontario, ailleurs en Amérique du Nord, en Australie et au Royaume-Uni. Nous avons demandé au Ministère de produire un certain nombre de rapports

informatiques pour nous aider à mieux comprendre le gaspillage des vaccins dans les bureaux de santé publique. Nous avons obtenu et analysé des données du Ministère sur les demandes de paiement des médecins du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) et celles des pharmaciens du Système du réseau de santé afin de repérer les demandes en double pour l'administration du vaccin antigrippal à des patients. Enfin, nous avons engagé deux experts-conseils indépendants en immunisation pour qu'ils nous donnent des conseils.

Résumé

Bien qu'il n'y ait jamais eu d'épidémies importantes en Ontario, on aura toujours besoin d'informations afin d'identifier les risques potentiels et, particulièrement en période de restrictions financières, d'évaluer le rapport coût-efficacité du programme d'immunisation. Le Ministère ne possède pas d'informations fiables qui lui permettraient de vérifier si le programme d'immunisation de l'Ontario et les mécanismes d'exécution connexes fonctionnent de manière rentable. Par exemple, il ne recueille pas de renseignements sur le total des coûts associés à la prestation du programme d'immunisation de l'Ontario et ne peut donc pas s'assurer que le programme est mis en oeuvre de manière rentable. Par ailleurs, les données disponibles sur le taux de couverture vaccinale des enfants dépendent de l'information communiquée par les parents aux bureaux de santé publique, souvent des années après la vaccination de l'enfant, plutôt que de celle fournie par les fournisseurs de soins de santé qui administrent les vaccins. Les données relatives à la couverture vaccinale qui pourraient servir à la prise des décisions ne sont donc pas fiables.

Le Ministère n'obtient pas de bonnes informations en temps opportun sur les vaccins recommandés par le gouvernement fédéral qui sont rentables en Ontario. Depuis 2003, le Ministère a doublé le

nombre de vaccins financés par le secteur public mais il ne dispose pas de renseignements fiables concernant leur impact sur le système de santé de l'Ontario. Nous avons également noté ce qui suit durant notre audit :

- **La coordination provinciale des bureaux de santé publique laisse à désirer :** La province ne faisait pas une coordination suffisante de la mise en oeuvre du programme de vaccination par les 36 bureaux de santé publique sous contrôle municipal en Ontario. Chaque bureau de santé publique agit de façon indépendante et n'a pas de compte à rendre au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. En outre, plus du tiers des bureaux de santé publique servent chacun une population qui représente moins de 1 % de la population de l'Ontario. Le Ministère n'a pas cherché à déterminer le modèle ou la structure de gouvernance qui offrirait le meilleur rapport coût-efficacité pour la prestation du programme de vaccination de l'Ontario.
- **Le Ministère ne surveille pas le total des coûts :** Le Ministère ne surveille pas le total des coûts de prestation du programme de vaccination en Ontario. Avec l'aide du Ministère, nous avons estimé ces coûts à environ 250 millions de dollars en 2013-2014 (soit 74 millions pour les dépenses des bureaux de santé publique, 118 millions pour les vaccins, 50 millions payés aux fournisseurs de soins de santé qui administrent les vaccins, et 7 millions pour les frais d'administration du Ministère et de Santé publique Ontario).
- **Le Ministère n'a pas cherché à déterminer si les coûts de vaccination des bureaux de santé publique étaient raisonnables :** Nous avons remarqué d'importantes variations dans le financement octroyé par le Ministère aux bureaux de santé publique, qui va de 2 \$ à 16 \$ par personne vivant dans la région servie par le bureau. Cependant, le Ministère ne compare pas les coûts de vaccination entre les 36 bureaux de santé publique afin de déterminer si ceux-ci répondent aux besoins des patients de manière rentable, et il n'a pas cherché à déterminer les raisons des écarts de financement.
- **Les taux de vaccination des enfants de l'Ontario sont inférieurs aux objectifs fédéraux :** De faibles taux de couverture vaccinale peuvent faire augmenter le risque de flambées épidémiques. Les données de Santé publique Ontario indiquent que les taux de couverture vaccinale des enfants de l'Ontario (c.-à-d. le pourcentage d'enfants vaccinés) sont inférieurs aux objectifs du gouvernement fédéral et, dans presque tous les cas, au niveau de couverture nécessaire pour prévenir la transmission de la maladie. En fait, un bureau de santé publique a signalé qu'une baisse de seulement 10 % du taux de couverture vaccinale contre la rougeole entraînerait une épidémie. L'Ontario n'a pas établi ses propres objectifs provinciaux et les taux de vaccination varient selon les régions.
- **Le Ministère manque d'information sur la couverture vaccinale dans les garderies agréées :** La politique du Ministère exige des garderies qu'elles indiquent chaque année à leur bureau de santé publique local si les enfants qui les fréquentent ont été vaccinés. Les bureaux de santé publique doivent alors transmettre l'information sur les taux de couverture vaccinale des garderies au Ministère. Ils ne communiquent toutefois pas cette information au Ministère, qui ne la demande pas. En conséquence, le Ministère ne connaît ni les taux de couverture vaccinale ni même le nombre d'enfants vaccinés qui fréquentent des garderies.
- **Le Ministère a versé des milliers de paiements douteux pour des vaccins antigrippaux en 2013-2014 :** Nous avons remarqué plus de 21 000 cas où le Ministère avait versé plus d'un paiement à des médecins et des pharmaciens pour l'administration du vaccin antigrippal à la même personne de plus de

neuf ans durant la saison de grippe 2013-2014. Le Ministère doit instituer des mesures de contrôle pour prévenir et repérer les vaccinations en double et examiner les raisons pour lesquelles il reçoit des factures en double.

- **De nombreuses doses de vaccins anti-grippaux n'ont pas été comptabilisées :** Le Ministère ne savait pas ce qu'il était advenu de près d'un million de doses de vaccins anti-grippaux qu'il avait achetées.
- **Les commandes excessives donnent lieu à des gaspillages :** Les fournisseurs de soins de santé et les bureaux de santé publique ont signalé que des vaccins d'une valeur de 3 millions de dollars étaient venus à expiration avant de pouvoir être utilisés. Les bureaux de santé publique ou fournisseurs de soins de santé qui commandent un nombre excessif de vaccins gratuits financés par le Ministère n'ont rien à payer, et le Ministère n'a pas mis de système en place pour repérer systématiquement les commandes excessives. De fait, les responsables de cinq des six bureaux de santé publique que nous avons examinés se sont dits préoccupés par les stocks excessifs ou expirés des fournisseurs de soins de santé.
- **Le nouveau système de 160 millions de dollars prendra sa pleine valeur seulement lorsque l'information sur les vaccins sera consignée au moment de l'administration :** L'Ontario est à mettre en oeuvre un nouveau système (Panorama) incluant un registre de vaccination dont le coût estimatif a grimpé de plus de 85 millions de dollars et devrait atteindre 160 millions de dollars. Cependant, comme dans le cas de l'ancien système qu'il remplace, la plupart des fournisseurs de soins de santé n'enregistrent pas encore électroniquement les données sur les vaccins au moment où ils les administrent. Les parents doivent encore déclarer les vaccins de leurs enfants à leur bureau de santé publique local. Cette pratique continue de causer des problèmes concernant l'exactitude et l'intégralité

des données. Par ailleurs, aucun suivi des vaccins administrés aux adultes n'est prévu. Tant que les fournisseurs de soins de santé n'enregistreront pas l'information sur les vaccins au moment où ceux-ci sont administrés, Panorama ne pourra pas produire les données requises pour déterminer les régions de la province où les taux de couverture vaccinale sont faibles, ce qui aiderait à prévenir les épidémies et à identifier les personnes vulnérables en cas d'épidémie. Le Ministère a indiqué que si Panorama permettait de documenter l'immunisation au point d'intervention (p. ex. si les médecins consignent l'information électroniquement au moment de l'administration du vaccin), cela constituerait une amélioration par rapport au système actuel. La pleine valeur de Panorama sera reconnue seulement lorsque les fournisseurs pourront mettre le registre à jour au moment de la vaccination.

- **Il n'y a pas de processus en place pour assurer la vaccination des immigrants adultes :** Selon l'Agence de la santé publique du Canada, beaucoup d'immigrants ne sont pas vaccinés avant d'arriver au Canada et peuvent venir de pays où les maladies évitables par vaccination sont plus courantes. Ils sont donc plus susceptibles de contracter une maladie évitable par vaccination et de la transmettre aux Ontariens non vaccinés. Cependant, aucun processus fédéral ou provincial n'est en place pour faire en sorte que les nouveaux immigrants soient vaccinés avant ou peu après leur arrivée en Ontario.
- **L'Ontario n'a pas pleinement évalué le rapport coût-efficacité du financement de certains vaccins recommandés par le gouvernement fédéral :** La décision de la province de financer ou non un vaccin a des répercussions financières sur le système de soins de santé. Par exemple, le financement public de vaccins rentables peut entraîner des économies (en abaissant les coûts des soins de santé), en plus de réduire l'incidence des

maladies évitables par vaccination. Le calcul du rapport coût-efficacité du financement d'un vaccin donné fournirait des preuves à l'appui de la décision du Ministère de financer ou non le vaccin.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie les recommandations figurant dans le rapport de la vérificatrice générale qui, à son avis, aideront à consolider le programme de vaccination de l'Ontario et à renforcer la confiance du public dans l'innocuité et l'efficacité des vaccins.

L'Ontario est un chef de file de longue date dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses par vaccination. Voici quelques exemples récents :

- L'Ontario a été la première administration en Amérique du Nord à mettre en oeuvre le programme universel de vaccination contre la grippe, auquel il a élargi l'accès en 2012 en permettant aux pharmaciens d'administrer des vaccins antigrippaux.
- En 2007, l'Ontario a continué d'améliorer la qualité de son programme de vaccination en créant Santé publique Ontario, qui a notamment renforcé les processus ontariens de surveillance de l'innocuité des vaccins.
- L'Ontario est une des seules administrations canadiennes qui exigent que les enfants qui fréquentent l'école ou une garderie agréée soient vaccinés contre certaines maladies.
- Aux termes de l'entente de responsabilisation en santé publique conclue en 2011, les bureaux de santé publique de l'Ontario continuent de démontrer leur engagement à exceller dans la prestation et la gestion des programmes de vaccination au niveau local.
- L'Ontario est à mettre en oeuvre Panorama, le registre de vaccination provincial, et 35 des 36 bureaux de santé publique utilisent

maintenant sa composante Gestion de la vaccination. La vision du Ministère est d'étendre graduellement la portée de Panorama, qui est actuellement axé sur les enfants d'âge scolaire, à tous les vaccins pour toute la population ontarienne.

Les parents jouent un rôle particulièrement important dans ce dossier, car les enfants sont très susceptibles à la maladie et ont les plus grands besoins en immunisation. Même s'il est facile d'oublier les ravages des maladies aujourd'hui évitables par vaccination (p. ex. la rougeole, la diphtérie et la méningite), l'Ontario poursuit ses efforts, particulièrement auprès des parents, afin d'améliorer l'accès aux vaccins et de s'assurer que les parents comprennent les maladies, les risques et les avantages de la vaccination, ainsi que les mesures à prendre pour protéger leurs enfants.

Durant l'automne 2012, le Ministère a fait faire un examen exhaustif du système de vaccination par un comité consultatif, qui lui a fait part de ses constatations en mars 2014. Ces constatations l'aident actuellement à élaborer un plan d'action quinquennal pour le renouvellement du programme de vaccination. Le Ministère est heureux de voir que les conclusions du comité consultatif concordent en grande partie avec les recommandations de la vérificatrice générale. Ces recommandations apporteront une importante contribution au plan d'action, qui vise à façonner l'avenir du système de vaccination de l'Ontario et à améliorer la santé de l'ensemble de la population ontarienne pour des générations à venir.

Constatations détaillées de l'audit

Complexité de la structure de prestation du programme

Responsabilités en matière de vaccination

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la Loi), le médecin hygiéniste en chef est chargé de réduire les risques pour la santé publique en Ontario et présente des rapports sur les questions d'immunisation, entre autres sujets. La Loi attribue à 36 conseils de santé (un pour chaque bureau de santé publique) la responsabilité de veiller à ce que des programmes de vaccination financés par le secteur public soient offerts dans leurs régions respectives. (L'annexe 1 présente des responsabilités clés choisies pour le programme de vaccination de l'Ontario.) Chaque bureau de santé publique emploie un médecin hygiéniste, qui est tenu par la Loi de contrôler les maladies infectieuses, y compris les maladies évitables par vaccination, dans la région servie par ce bureau de santé publique. Chaque médecin hygiéniste rend compte à son conseil de santé local des enjeux liés à la santé publique, notamment les vaccins financés par le secteur public. Les conseils de santé sont tous contrôlés à des degrés divers par les municipalités, et la loi prévoit trois types de structures pour les conseils :

- Dans 25 conseils de santé, la majorité des membres sont nommés par les municipalités et le reste, par la province. Les représentants nommés par la province sont censés présenter le point de vue de la province au conseil, mais ils ne sont pas tenus de rendre des comptes à la province.
- Dans neuf conseils de santé, tous les membres sont des conseillers municipaux élus.
- Dans deux conseils de santé, les membres comprennent des conseillers municipaux élus ainsi que des membres du grand public.

Aucune analyse n'a été faite pour déterminer le modèle de gouvernance le plus rentable

Le Ministère a conclu une entente de responsabilisation avec chaque conseil de santé qui stipule entre autres les informations à communiquer au Ministère. L'entente impose des exigences de déclaration minimales concernant le programme de lutte contre les maladies évitables par vaccination d'un bureau de santé publique donné. Bien que le Ministère finance 75 % de leurs coûts, les 36 bureaux de santé publique sont contrôlés par les municipalités (qui payent la tranche restante de 25 %) et, dans la plupart des cas, ils n'ont de compte à rendre ni au médecin hygiéniste en chef ni au Ministère. Bien que la Loi exige des conseils de santé, et donc des bureaux de santé publique, qu'ils respectent les Normes de santé publique de l'Ontario établies par le Ministère et les protocoles connexes, y compris ceux concernant l'immunisation, il existe peu d'exigences relatives à la communication des résultats au Ministère. Même lorsqu'il existe des exigences, cette information est rarement rapportée. En conséquence, malgré sa responsabilité globale à l'égard du programme de vaccination de l'Ontario, le Ministère ne possède pas suffisamment de renseignements sur les questions d'immunisation concernant les bureaux de santé publique locaux pour prendre des décisions éclairées en matière de financement ou de politique.

De nombreux intervenants participent à la prestation du programme de vaccination de l'Ontario, et certains d'eux ont intérêt à conserver la structure actuelle. Il existe donc un vaste éventail d'opinions sur le meilleur modèle de prestation pour le programme de vaccination de l'Ontario. Dans son rapport de 2012 (rapport Drummond), la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, financée par la province, recommandait d'intégrer le système de santé publique à d'autres parties du système de santé (c.-à-d. les réseaux locaux d'intégration des services de santé), et d'envisager de transférer la responsabilité de la santé publique

au niveau provincial afin d'assurer une meilleure intégration au système de soins de santé.

Nous avons demandé à quatre médecins hygiénistes locaux de l'Ontario ce qu'ils considéreraient comme un modèle de gouvernance efficace pour le programme de vaccination de l'Ontario. Un médecin hygiéniste nous a dit qu'un bon modèle de gouvernance serait un conseil de santé provincial présidé par le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario et auquel tous les médecins hygiénistes locaux devraient rendre compte. (Ce modèle ressemble à celui utilisé en Colombie-Britannique, où les médecins hygiénistes locaux relèvent du médecin en chef de la province.) D'après ce médecin hygiéniste local, ce modèle de gouvernance permettrait d'uniformiser les pratiques à l'échelle de l'Ontario et encouragerait une plus grande collaboration entre les médecins hygiénistes, contrairement à la structure actuelle, où chaque médecin hygiéniste est relativement isolé. Les trois autres médecins hygiénistes n'étaient pas d'accord, car ils craignaient que cette approche ne nuise à la capacité du bureau de santé publique de leur région d'intervenir rapidement en cas de problème. Ils estimaient que le modèle de gouvernance actuel était le meilleur.

En cette période de restrictions financières et malgré les avantages liés à des services de santé publique proches de la collectivité, le Ministère devrait envisager des options peut-être plus économiques, notamment en examinant la structure de prestation du programme de vaccination.

Les coûts du programme de vaccination ne sont pas surveillés

Le Ministère n'assure ni la surveillance ni le suivi du total des coûts associés à la prestation du programme de vaccination en Ontario. Étant donné les dépenses importantes consacrées au programme de vaccination, nous croyons que le Ministère devrait surveiller ces coûts de plus près pour s'assurer que le programme de vaccination est mis en oeuvre de manière rentable.

Le budget que chaque bureau de santé publique présente au Ministère indique les dépenses prévues associées au programme de vaccination, mais le Ministère n'a jamais exigé des bureaux de santé publique qu'ils déclarent les dépenses réelles ni établi de comparaisons entre les bureaux de santé publique en ce qui concerne les coûts du programme de vaccination ou les dépenses liées aux vaccins. Par ailleurs, bien que le Ministère connaisse dans la plupart des cas le montant payé chaque fois qu'un fournisseur de soins de santé administre un vaccin, il n'a pas vérifié le total payé à chaque fournisseur ou dans l'ensemble. Sans informations complètes et exactes sur les coûts, il est difficile pour le Ministère de déterminer si les services sont fournis de manière rentable.

Comme le Ministère ne surveille pas le total des coûts liés au programme de vaccination de l'Ontario, nous avons demandé des informations afin de calculer ces coûts. Comme le montre la **figure 1**, nous avons estimé le total des coûts de fonctionnement à environ 250 millions de dollars en 2013-2014. Les coûts de fonctionnement comprennent les coûts payés par les bureaux de santé publique, les conseils de santé, Santé publique Ontario et le Ministère. Les coûts du Ministère incluent le coût des vaccins, les coûts connexes du SAMPGO et les montants payés aux fournisseurs de soins de santé qui administrent les vaccins. Les coûts associés à la mise en oeuvre du nouveau registre de vaccination — principale composante de Panorama, le nouveau système informatique du Ministère — ne sont pas inclus ici et sont examinés plus loin sous la rubrique *Le nouveau système d'information n'a pas encore réalisé son plein potentiel* de la présente section.

Les fonds que le Ministère verse à chaque bureau de santé publique pour le programme de vaccination ne se fonde pas sur une évaluation de la demande de services et ne prend pas en compte, par exemple, la taille de la population servie par un bureau de santé publique et sa composition selon l'âge. Les fonds versés aux bureaux de santé publique se fondent plutôt sur les niveaux historiques, et les hausses annuelles

tourne autour de 2 % en moyenne depuis 2010. Le Ministère n'a toutefois pas cherché à déterminer si ce niveau de financement est approprié aux besoins des patients de la région servie par chaque bureau de santé publique.

Notre analyse indiquait que l'approche du Ministère consistant à fonder le financement sur les niveaux historiques a entraîné d'importants écarts du financement par personne entre les bureaux de santé publique. En fait, le financement pour 2012-2013 variait entre 2 \$ et 16 \$ par personne selon le bureau de santé publique, la médiane étant de 6 \$ par personne. Comme les municipalités paient 25 % des coûts des bureaux de santé publique, celles qui peuvent consacrer davantage de ressources à la santé publique reçoivent plus de fonds du Ministère. Le Ministère n'avait ni analysé les causes des écarts de financement entre les régions ni évalué leur impact sur les programmes de vaccination partout en Ontario. Il n'a pas cherché à déterminer, par exemple, si l'octroi d'un financement plus élevé par personne aux bureaux de santé publique avait permis d'améliorer ces programmes.

Le Ministère doit passer en revue le nombre et la taille des bureaux de santé publique

Le Ministère n'a pas analysé le nombre de bureaux de santé publique afin de déterminer la structure de prestation la plus rentable. Dans le rapport Walker de 2003, le Comité d'experts sur le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et la lutte contre les maladies infectieuses recommandait de fusionner les bureaux de santé publique pour que leur nombre se situe entre 20 et 25 et de maintenir une présence locale par l'entremise de bureaux satellites afin d'atteindre une masse critique suffisante d'expertise et de ressources dans les bureaux de santé publique. En outre, dans son rapport de 2006, le comité d'examen de la capacité d'intervention du Ministère (établi pour examiner l'organisation et la capacité des bureaux de santé publique) recommandait de ramener le nombre de bureaux de santé publique

de 36 à 25 pour que ceux-ci disposent de ressources suffisantes et d'un personnel compétent et afin de réduire le nombre de postes vacants dans les petits bureaux de santé publique. En 2009, le Ministère a sondé des intervenants, dont des conseils de santé, des médecins hygiénistes et d'autres membres du personnel des bureaux de santé publique. Environ le tiers des répondants s'opposaient à toute fusion visant à renforcer la capacité, surtout parce qu'ils voulaient conserver leur autonomie afin de pouvoir répondre aux besoins particuliers de leurs collectivités. Un autre tiers était généralement en faveur d'une fusion, tandis que le reste n'avait pas de préférence. Malgré les données indiquant clairement les avantages de réduire le nombre de bureaux de santé publique, le Ministère n'avait pas entrepris d'analyses subséquentes afin de déterminer le modèle le plus rentable de prestation des services. Notre examen de la structure du programme dans les grandes provinces indiquait que deux d'entre elles avaient beaucoup moins de bureaux de santé : le Québec comptait 18 régions ayant chacune un médecin hygiéniste à leur tête tandis que la Colombie-Britannique se divisait en cinq régions sociosanitaires dirigées chacune par un médecin hygiéniste en chef.

Nous avons remarqué que 13 des bureaux de santé publique actuels de l'Ontario servent une population de moins de 135 000 habitants chacun, ce qui correspond à moins de 1 % de la population de l'Ontario. Sur ces 13 bureaux, 5 employaient un médecin hygiéniste à temps partiel en mai 2014. Quatre des cinq médecins en question possédaient les qualifications requises et le cinquième avait entrepris les études spécialisées requises en vertu d'un règlement pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. La fusion des petits bureaux de santé publique pourrait faciliter le recrutement et le maintien en poste de médecins hygiénistes à temps plein et faire en sorte que les bureaux aient suffisamment de temps et d'expertise pour répondre aux besoins en santé publique, notamment en cas d'apparition d'une maladie ou d'épidémie.

RECOMMANDATION 1

Pour que le programme de vaccination de l'Ontario soit mis en oeuvre de manière efficace et rentable, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner la structure de prestation du programme de vaccination, y compris le financement total et l'affectation des fonds aux bureaux de santé publique. Cet examen doit tenir compte d'autres modes de prestation possibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'une prestation efficace et rentable du programme de vaccination financé par le gouvernement de l'Ontario est une priorité importante et il est heureux de recevoir les conseils et les recommandations de la vérificatrice générale à cet égard. Le Ministère est à élaborer un plan d'action quinquennal pour le renouvellement du programme de vaccination, qui devrait être diffusé en 2015.

Dans le cadre de son mandat de responsabilisation et de transparence, le Ministère entreprendra également un examen des bureaux de santé publique, qui devrait commencer en 2015-2016. Les résultats de cet examen aideront à améliorer la prestation des programmes et services de santé publique, y compris le programme de vaccination, dans un système de santé transformé. L'examen, par le Ministère, de la structure et de l'organisation de la prestation des programmes et services de santé publique, y compris les modèles de financement et l'affectation des fonds, sera éclairé par les résultats de l'examen du système de vaccination et les recommandations de la vérificatrice générale, et se fondera sur les examens que le Ministère a fait faire sur ces sujets dans le passé.

Préoccupations relatives au coût et à la fiabilité du nouveau système d'information

Le nouveau système d'information n'a pas encore réalisé son plein potentiel

Après l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, le gouvernement fédéral a reconnu la nécessité d'un système national de surveillance des maladies parce que les maladies contagieuses, dont celles évitables par vaccination, ne s'arrêtent pas aux frontières des provinces et territoires. Un système informatique appelé Panorama a donc été commandé par le gouvernement fédéral de concert avec le gouvernement de la Colombie-Britannique. En 2007, l'Ontario a décidé de remplacer le Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI) — son registre de vaccination informatisé — par Panorama et a approuvé des plans visant à personnaliser et à mettre en oeuvre trois composantes de Panorama : un registre de vaccination, un système de suivi des stocks de vaccins et une autre composante devant aider les bureaux de santé publique à gérer les épidémies. En 2010, une quatrième composante a été approuvée afin d'aider les bureaux de santé publique à faire enquête sur les cas de maladie évitable par vaccination.

Comme le montre la **figure 2**, le coût estimatif de la mise en oeuvre de Panorama est passé de 79 millions de dollars en 2007 pour la mise en oeuvre de trois composantes avant mars 2011, à 158 millions pour la mise en oeuvre de quatre composantes avant mars 2014, puis à 165 millions pour la mise en oeuvre de seulement deux composantes avant mars 2016. Le coût estimatif a donc augmenté de 110 %, tandis que le nombre de composantes à mettre en oeuvre a baissé.

En mars 2014, 139 millions de dollars avaient été consacrés à la mise en oeuvre de Panorama en Ontario (126 millions de dollars financés par le Ministère et 13 millions, par le gouvernement fédéral). En juillet 2014, 142 millions de dollars avaient été dépensés. Le Ministère avait alors mis en oeuvre

Figure 2 : Calendrier de mise en oeuvre de Panorama, coûts estimatifs et étendue des fonctionnalités

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

Date	Composantes proposées du projet ¹	Coûts à ce jour	Total des coûts estimatifs du projet (en millions de dollars)	Période prévue de mise en oeuvre	État d'avancement du projet
mai 2007	1,2,3	0,7 ²	79,4	mai 2007-mars. 2011	Approuvé
nov. 2009	En attente	45,0	En attente	En attente	En attente
août 2010	1,2,3,4	45,0	158,0	août. 2010-mars. 2014	Révisions approuvées
déc. 2010	1,2,3,4	45,1	165,3	déc. 2010-mars. 2014	Révisions approuvées
mars 2014	1,2	138,6	165,3	déc. 2010-mars. 2016	En attente d'approbation

1. Le projet compte quatre composantes : 1 - registre de vaccination; 2 - gestion des stocks de vaccins; 3 - gestion des poussées épidémiques; et 4 - investigation des cas de maladie évitable par vaccination.

2. Il s'agit des coûts de planification préliminaire, puisque le projet a commencé en 2005-2006.

la composante Gestion de la vaccination dans 35 bureaux de santé publique (la composante est censée être installée dans le dernier bureau avant l'été 2015) et la composante Gestion des stocks de vaccins, au SAMPGO. Le Ministère s'attendait à ce que la composante Gestion des stocks de vaccins soit mise en oeuvre dans les 36 bureaux de santé publique avant l'automne 2015. Il a toutefois ajouté que les capacités de rapport de ces composantes ne seraient pas pleinement opérationnelles avant mars 2016. Le Ministère n'avait pas encore estimé les coûts, établi le calendrier ou obtenu les approbations nécessaires à la mise en oeuvre des composantes Gestion des poussées épidémiques et Gestion des cas de maladies transmissibles de Panorama, mais il prévoit encore de les mettre en oeuvre.

Panorama a été adopté par beaucoup de grandes provinces, dont l'Ontario, mais pas par toutes. Bien que Panorama remplace les 36 registres de vaccination du SADI de l'Ontario (un par bureau de santé publique) par un seul, il conserve certaines limites semblables à celles du SADI, en ce sens que les vaccinations ne seront pas encore enregistrées électroniquement par les médecins au moment de l'administration. Comme Panorama ne corrige pas cette lacune importante du SADI, il ne fournira pas lui non plus de données complètes et exactes qui pourraient permettre de repérer les régions de la province où les taux de couverture vaccinale sont

faibles et qui ont besoin de stratégies de vaccination adaptées pour aider à prévenir les épidémies et identifier les personnes vulnérables en cas d'épidémie. Malgré les coûts élevés qui continuent d'augmenter et jusqu'à ce que l'information sur tous les vaccins soit consignée dans Panorama, les données resteront incomplètes, comme celles du SADI.

Les antécédents de vaccination ne sont pas complets

En Ontario, les bureaux de santé publique sont chargés de tenir à jour le registre de vaccination. Dans nos rapports annuels de 1997 et 2003, nous avons souligné que leurs mises à jour sont fondées sur l'information déclarée par les parents lorsque l'enfant commence l'école et que cette information pourrait ne pas être fiable parce qu'elle est généralement communiquée entre quatre et six ans après la plupart des vaccinations. Le personnel des bureaux de santé publique inscrit manuellement l'information dans le registre de vaccination, ce qui prend du temps et fait augmenter le risque d'erreur. La fiabilité des données du registre peut donc être mise en doute. En 2003, le Ministère a indiqué qu'il travaillait à un registre qui ferait un suivi plus efficace des vaccins reçus par les enfants.

Les registres de vaccination constituent une pratique exemplaire reconnue pour suivre les

antécédents de vaccination de chaque habitant d'un territoire donné. Comme la plupart des vaccins sont administrés à des enfants, les registres servent surtout à suivre les vaccins reçus par les enfants, mais ils peuvent aussi servir à consigner les vaccins administrés aux adultes (p. ex. les adultes devraient recevoir un vaccin de rappel combiné contre le tétanos et la diphtérie tous les 10 ans). Un registre de vaccination contenant des données complètes et exactes peut servir à envoyer des rappels aux personnes et aux parents des enfants qui n'ont pas encore reçu les vaccins recommandés financés par le secteur public. Il peut aussi permettre de repérer les régions affichant un faible taux de couverture vaccinale et, durant une épidémie, d'identifier et d'aviser rapidement les personnes qui n'ont pas été vaccinées et qui sont donc plus vulnérables. En outre, en permettant aux médecins et autres professionnels de la santé qui administrent les vaccins d'accéder à ce registre, on pourrait prévenir les vaccinations en double.

Panorama comprend un nouveau registre de vaccination. En juillet 2014, le Ministère avait mis en oeuvre la composante Gestion de la vaccination de Panorama dans 35 des 36 bureaux de santé publique, et il s'attendait à déployer la pleine capacité de rapport avant mars 2016. Le Ministère a souligné que le nouveau système représentait un gain d'efficience, car il remplaçait 36 registres de vaccination distincts du SADI (un dans chaque bureau de santé publique) par un seul registre central. Cela permet aux bureaux de santé publique d'accéder plus rapidement au dossier de vaccination d'un enfant qui a déménagé d'une région socio-sanitaire à une autre. Cependant, les bureaux de santé publique dépendront encore de l'information fournie par les parents des années après la vaccination de l'enfant, et ils devront continuer de saisir manuellement cette information dans Panorama.

Le Ministère n'exige aucun suivi des vaccins administrés aux adultes et il ne prévoit pas de prendre des mesures en ce sens. Par conséquent, l'information disponible sur les vaccins reçus par des adultes restera minimale.

On pourrait disposer de données plus fiables en demandant aux médecins et autres fournisseurs de soins de santé d'actualiser le registre au moment de l'administration du vaccin. De fait, le Manitoba, l'Alberta, l'État de New York, l'Australie et le Royaume-Uni ont tous mis en place des processus obligeant les médecins et autres fournisseurs de soins de santé à communiquer, au moment de l'administration du vaccin et généralement par voie électronique, l'information requise pour mettre le registre de vaccination à jour. En 2007, le Ministère envisageait un tel scénario à long terme. Cependant, à l'été 2014, le Ministère n'avait pas encore établi de plan ou de calendrier pour permettre aux médecins d'actualiser le registre de vaccination. Il attribuait ce retard en grande partie à la nécessité d'appliquer les normes de données internationales dans le cadre de la composante Gestion de la vaccination de Panorama avant de mettre en oeuvre les processus requis pour permettre aux médecins d'actualiser l'information au moment de l'administration du vaccin.

RECOMMANDATION 2

Avant de procéder à la mise en oeuvre des composantes Gestion des cas de maladies transmissibles et Gestion des poussées épidémiques de Panorama, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit évaluer les lacunes de Panorama liées à l'intégralité et à l'exactitude des données. À cet égard, pour s'assurer que les bureaux de santé publique ont accès à un registre de vaccination contenant des données fiables en cas d'épidémie et pour pouvoir envoyer des rappels aux personnes qui devraient recevoir un vaccin (p. ex. selon le calendrier de vaccination pour les enfants et tous les 10 ans pour les adultes qui doivent recevoir un vaccin de rappel contre le tétanos), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit, dans le cadre de la mise en oeuvre de Panorama, élaborer des processus qui permettent aux médecins et autres fournisseurs

de soins de santé d'actualiser le registre de vaccination par voie électronique chaque fois qu'ils administrent un vaccin, que ce soit à un enfant ou à un adulte.

Pour mieux contenir les coûts de la mise en oeuvre des quatre composantes de Panorama, le Ministère doit examiner les coûts et avantages du déploiement des composantes Gestion des poussées épidémiques et Gestion des cas de maladies transmissibles afin de déterminer si elles répondent à ses besoins. S'il estime que ces composantes sont rentables, le Ministère doit élaborer un plan incluant un budget et un calendrier afin de les mettre en oeuvre de manière rentable et en temps opportun.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'intégrer les données de vaccination de tous les fournisseurs de soins de santé qui administrent des vaccins en Ontario (y compris les médecins et les pharmaciens) afin de disposer d'un registre de vaccination provincial robuste. Cela l'aidera notamment à gérer les épidémies et à envoyer les rappels de vaccination. Le Ministère tirera parti des fonds investis dans Panorama, y compris son utilisation des normes internationales applicables aux données de vaccination, sa capacité de soutenir les liens électroniques vers d'autres systèmes et sa capacité d'enregistrer et de suivre les vaccins administrés aux personnes de tout âge. Cela s'inscrit dans la vision du Ministère selon laquelle tous les vaccins administrés à des membres de la population de l'Ontario seront consignés dans le registre de vaccination provincial. Le Ministère continuera de formuler des options et des recommandations afin d'éclairer les futures décisions du gouvernement.

Le Ministère souscrit également à la deuxième partie de la recommandation et examinera les coûts et avantages de la mise en oeuvre des composantes Gestion des poussées épidémiques et Gestion des cas de maladies transmissibles de

Panorama. Reconnaisant que ces composantes répondent aux besoins opérationnels en santé publique et faisant fond sur la mise en oeuvre de la composante Gestion de la vaccination dans 35 bureaux de santé publique, le Ministère analysera les coûts et avantages liés au déploiement des composantes Gestion des poussées épidémiques et Gestion des cas de maladies transmissibles. Il formulera également des options et recommandations afin d'éclairer les futures décisions du gouvernement.

Le Ministère doit améliorer le suivi des taux de couverture vaccinale

Les taux de couverture vaccinale de l'Ontario sont inférieurs aux objectifs nationaux

Un vaccin contre une maladie donnée protège seulement la personne vaccinée. On peut toutefois réduire ou stopper la transmission des maladies infectieuses dans une population en vaccinant un nombre suffisant de personnes (parce qu'il reste peu de personnes susceptibles à infecter). Cette population est alors considérée comme ayant une immunité collective à la maladie en question.

L'établissement et l'atteinte d'un taux de couverture vaccinale cible — c.-à-d. le pourcentage visé d'une population donnée à vacciner contre une maladie — peuvent aider une population à acquérir une immunité collective. Le taux cible est généralement fixé à un niveau plus élevé que le niveau d'immunité collective, en partie parce que certaines personnes vaccinées contre une maladie n'y deviennent pas immunes et que, chez d'autres personnes, l'immunité diminue avec le temps.

Dans son rapport d'enquête sur la couverture vaccinale nationale de 2006, l'Agence de la santé publique du Canada faisait remarquer que les taux de couverture des adultes constituaient un indicateur de santé important qui pouvait être utilisé pour axer les interventions en santé publique sur les

populations ayant de faibles taux de vaccination. Des taux cibles de couverture vaccinale nationale ont d'abord été établis en 1996 pour la plupart des vaccins pour enfants. En 2005 et 2007, certains de ces objectifs ont été mis à jour et d'autres ont été fixés pour les nouveaux vaccins contre le papillomavirus, la varicelle et les infections à pneumocoques. Aucune cible nationale n'a toutefois été définie pour le vaccin antirotavirus (qui est administré avant l'âge d'un an). Pour les adultes, des cibles nationales à atteindre avant 2010 avaient été fixées pour trois groupes de personnes :

- un taux de couverture vaccinale contre les pneumocoques de 80 % pour les 65 ans et plus;
- un taux de couverture vaccinale contre les pneumocoques de 95 % pour certains groupes à risque élevé, comme les personnes atteintes du VIH;
- un taux de couverture vaccinale contre la varicelle de 100 % pour les femmes sans preuve de vaccination qui viennent d'accoucher et un taux de 99 % contre la rubéole pour les femmes qui viennent d'accoucher et qui n'ont pas encore obtenu leur congé de l'hôpital.

Il n'y a pas d'autres taux cibles de couverture vaccinale nationale pour les adultes, sauf dans certains cas pour la grippe.

Comme le montre la **figure 3**, les taux de couverture vaccinale atteints en Ontario sont tous inférieurs aux objectifs nationaux, et ils varient considérablement entre les bureaux de santé publique. En fait, presque tous les taux de couverture sont inférieurs aux seuils d'immunité collective recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et d'autres autorités. Par exemple, le taux global de couverture vaccinale contre la rougeole était de 88 % durant l'année scolaire 2012-2013, ce qui est bien inférieur au seuil d'immunité collective recommandé de 96 % à 99 %. En fait, dans un bureau de santé publique, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole était de seulement 61 %. Lorsque les seuils d'immunité

collective ne sont pas atteints, le nombre de personnes vaccinées peut ne pas être suffisant pour réduire ou stopper la transmission des maladies infectieuses aux personnes non vaccinées en Ontario, particulièrement dans les régions sociosanitaires qui comptent moins de résidents vaccinés.

Le Ministère a participé à l'établissement de la plupart des taux cibles nationaux de couverture vaccinale pour les enfants et les adultes, mais il ne les a pas adoptés. Aucun objectif de couverture vaccinale n'a d'ailleurs été établi à l'échelle de la province. Malgré le fait que la norme de santé publique de l'Ontario concernant les maladies évitables par vaccination (qui précise les résultats souhaités et les exigences connexes que les conseils de santé doivent respecter) indique que chaque bureau de santé publique doit atteindre les taux de couverture cibles, le Ministère a fixé seulement quelques taux cibles aux bureaux de santé publique au cours des dernières années. Par exemple, il a établi un objectif pour seulement un vaccin en 2013 et n'en a établi aucun en 2014. Le Ministère a expliqué qu'il n'avait pas fixé d'objectifs parce que les données recueillies par les bureaux de santé publique n'étaient pas comparables.

Les conclusions du rapport d'examen de 2014 donnaient à penser que des mesures et objectifs de rendement devraient être en place pour chaque vaccin, y compris des objectifs de couverture vaccinale fondés sur le taux requis pour atteindre l'immunité collective. On soulignait également qu'il était difficile d'obtenir des données sur la couverture vaccinale des adultes et des personnes âgées de l'Ontario. Un suivi des taux de couverture peut aider à évaluer le risque qu'un cas ou une épidémie de maladie évitable par vaccination se déclare dans une population donnée. Sauf pour le vaccin antigrippal, le Ministère n'a pas d'information sur le taux de couverture réellement atteint chez les adultes, parce que cette information fait rarement l'objet d'un suivi dans son registre de vaccination. Le Ministère n'a pas encore élaboré de plan afin d'apporter les changements nécessaires pour régler les principaux problèmes cernés lors de l'examen

Figure 3 : Comparaison des taux de couverture vaccinale de l'Ontario aux objectifs nationaux, par année scolaire (%)

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

	Couverture nationale cible	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013 ¹	Plage de couverture des 36 bureaux de santé publique – 2012-2013
Vaccinations de la petite enfance^{2,3}							
Diphthérie	99	84	75	81	80	75	38-97
Rougeole	99	83	76	86	89	88	61-98
Oreillons	99	83	76	86	89	88	61-98
Polio	99	83	75	80	79	74	38-97
Rubéole	97	83	76	95	95	95	71-99
Tétanos	99	84	79	81	80	75	38-97
Méningocoques (1 ^{re} dose)	97	– ⁴	– ⁴	– ⁴	72	82	60-95
Coqueluche	95	80	76	77	76	73	38-97
Varicelle (1 ^{re} dose)	85	– ⁴	– ⁴	– ⁵	75	78	49-85
Haemophilus influenzae de type b (Hib)	97	– ⁵	– ⁵	– ⁵	– ⁵	85	59-98
Pneumocoques	90	s. o. ⁵	s. o. ⁵	s. o. ⁵	s. o. ⁵	80	55-92
Rotavirus	s. o. ⁶	– ⁴	– ⁴				
Vaccinations en 7^e et 8^e années							
Hépatite B	95	78	74	77	87	87	79-96
Papillomavirus	90	53	55	58	70	89	69-87
Méningocoques (2 ^e dose)	90	87	83	– ⁵	84	80	79-96

1. Résultats les plus récents disponibles auprès de Santé publique Ontario.

2. Jusqu'au 30 juin 2014, la *Loi sur l'immunisation des élèves* de l'Ontario exigeait que les enfants commençant l'école aient été vaccinés contre six maladies : la diphthérie, la rougeole, les oreillons, la polio, la rubéole et le tétanos. Le 1^{er} juillet 2014, trois maladies ont été ajoutées à cette liste (pour un total de neuf) : la méningite à méningocoques, la coqueluche et la varicelle.

3. Les taux de couverture vaccinale de la petite enfance sont calculés lorsque les enfants ont sept ans, sauf pour la varicelle (cette vaccination est déclarée à l'âge de cinq ans), les infections à pneumocoques et l'Hib (la vaccination contre ces deux maladies est déclarée à l'âge de quatre ans). Les enfants de sept ans sont considérés comme vaccinés s'ils ont reçu tous les vaccins requis à cet âge selon le calendrier de vaccination de l'Ontario.

4. Il n'y a eu aucune collecte de données durant ces années scolaires parce que le gouvernement avait récemment commencé à financer ces vaccins.

5. Les taux de couverture ne sont pas disponibles, parce que les calculs du Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI) ne sont pas exacts ou comparables.

6. Il n'y a pas d'objectif recommandé de couverture canadienne pour le vaccin contre le rotavirus.

du système de vaccination. Le Ministère s'attendait à élaborer un plan à cette fin en 2015.

Un des résultats sociétaux visés par la norme de santé publique de l'Ontario concernant les maladies évitables par vaccination est une réduction de l'incidence de la maladie. De faibles taux de couverture vaccinale font augmenter le risque de flambées épidémiques. En fait, dans un rapport diffusé en 2013, le bureau de santé publique de Toronto soulignait qu'une baisse de seulement 10 % du taux de couverture vaccinale contre la rougeole à Toronto

entraînerait une épidémie. Au moment de notre audit, Santé publique Ontario, qui est chargée de surveiller les taux de couverture vaccinale en Ontario, nous a dit que, comme l'information pertinente n'est pas consignée dans le registre de vaccination de l'Ontario, il était difficile de faire un lien entre les faibles taux de couverture vaccinale et les épidémies qui se déclarent. D'autres lacunes des modalités de saisie des données dans le registre peuvent contribuer à l'inexactitude des données sur les taux de vaccination. Santé publique Ontario n'avait donc

pas analysé les épidémies selon l'emplacement (p. ex. dans une garderie, une école ou un lieu de travail) ou selon l'âge des personnes infectées, ce qui peut aider à réduire l'incidence de maladie et les épidémies. Santé publique Ontario s'attendait à pouvoir mener ce genre d'analyse pour les enfants d'âge scolaire une fois que la composante Gestion de la vaccination de Panorama sera pleinement opérationnelle.

RECOMMANDATION 3

Pour encourager des taux de couverture vaccinale plus élevés et l'atteinte des seuils d'immunité collective et protéger ainsi la population contre la transmission de maladies évitables par vaccination, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir des taux cibles de couverture vaccinale provinciale pour tous les vaccins et vérifier, de concert avec Santé publique Ontario, s'ils ont été atteints.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que l'établissement et la surveillance formels de taux cibles de couverture vaccinale constituent un des volets de la gestion du rendement du système de vaccination. Pour s'assurer que les taux cibles de couverture vaccinale sont les plus robustes et à jour possibles, le Ministère s'emploiera avec Santé publique Ontario et d'autres partenaires à examiner les objectifs nationaux existants et à établir de nouveaux taux cibles de couverture vaccinale provinciale au besoin pour tous les vaccins financés par le secteur public en Ontario. Le Ministère, de concert avec Santé publique Ontario, continuera de surveiller les taux de couverture aux niveaux de la province et de chaque bureau de santé publique et déterminera si les objectifs provinciaux établis ont été atteints.

Les processus en place pour surveiller et corriger les faibles taux de couverture vaccinale des enfants sont inadéquats

Les exigences en matière de vaccination différent pour les garderies et les écoles

En Ontario, les enfants doivent avoir reçu certains vaccins pour fréquenter une garderie ou une école. (L'annexe 2 compare les calendriers de vaccination de différentes provinces pour les vaccins financés par le secteur public.) Cependant, selon la politique du Ministère concernant les garderies agréées et les exigences de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, des exemptions sont permises pour des raisons médicales, de conscience ou de croyance religieuse. Les exemptions médicales requièrent une lettre d'un médecin. Dans le cas des garderies, une exemption pour des raisons de conscience ou de croyance religieuse est accordée si le père ou la mère fournit une lettre expliquant pourquoi il ou elle ne veut pas faire vacciner son enfant. La Loi stipule toutefois que, lorsque l'enfant commence l'école, les parents qui désirent obtenir une exemption doivent faire une déclaration sous serment devant certaines personnes, comme un avocat, un député de l'Assemblée législative ou le greffier d'un tribunal.

En 2014, la Californie a commencé à exiger des parents qui ne voulaient pas faire vacciner leur enfant en raison de croyances personnelles qu'ils obtiennent une déclaration signée par un professionnel des soins de santé indiquant qu'ils avaient été informés des avantages et des risques liés à la vaccination, en plus d'une déclaration d'exemption semblable à celle utilisée en Ontario. L'Australie, quant à elle, exige que toutes les exemptions soient signées par un fournisseur de soins de santé pour s'assurer que les parents comprennent les avantages et les risques liés à la vaccination. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 suggéraient au Ministère d'envisager de travailler avec les bureaux de santé publique à l'élaboration de [traduction] « stratégies cohérentes pour s'assurer que les parents sont conscients des risques courus par les enfants non vaccinés avant de soumettre une déclaration d'exemption ».

En Ontario, les garderies doivent s'assurer que les enfants ont reçu les vaccins appropriés à leur âge avant de les accepter. Elles doivent ensuite veiller de temps à autre à ce que les enfants reçoivent les vaccins appropriés à leur âge, mais rien n'oblige les bureaux de santé publique à suspendre les enfants non vaccinés après leur arrivée en garderie. Cependant, en vertu de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, le médecin hygiéniste local peut suspendre des élèves ou imposer une amende aux parents qui ne fournissent pas d'information sur les vaccins reçus par leur enfant. Dans son rapport de 2014, le comité d'examen du système d'immunisation conseillait au Ministère de songer à [traduction] « explorer la possibilité d'élaborer un projet de loi global afin de prévenir la maladie et de lutter contre les infections dans les écoles et les garderies ».

Nous avons remarqué que ni le Ministère ni Santé publique Ontario ne savait si des amendes avaient été imposées aux parents ou si des enfants avaient été suspendus parce qu'ils n'étaient pas vaccinés ou que leurs parents avaient présenté une déclaration d'exemption au bureau de santé publique. Les trois bureaux de santé publique que nous avons visités n'avaient imposé aucune amende à des parents durant la dernière année scolaire pour laquelle des données étaient disponibles. Cependant, en conformité avec la Loi, les trois bureaux avaient suspendu des élèves non vaccinés : l'un d'eux (qui comptait plus de 700 écoles sur son territoire) avait suspendu plus de 6 600 élèves durant l'année scolaire 2013-2014; un autre (qui comptait une centaine d'écoles sur son territoire) en avait suspendu plus de 580 durant l'année scolaire 2012-2013; et le troisième (qui comptait plus de 50 écoles sur son territoire) en avait suspendu moins de 5 durant l'année scolaire 2012-2013. Sans information sur le nombre d'enfants suspendus et l'issue des suspensions (p. ex. en ce qui concerne la vaccination éventuelle des enfants), le Ministère n'est pas en mesure d'évaluer l'efficacité des mesures prises par les bureaux de santé publique pour assurer la conformité aux exigences de la loi en matière de vaccination.

Il faut améliorer l'identification des régions aux faibles taux de couverture

Le SADI et le système qui l'a remplacé, Panorama, fournissent des renseignements sur le pourcentage d'enfants qui font l'objet d'une exemption médicale, de conscience ou de croyance religieuse. Ces déclarations d'exemption sont relativement peu fréquentes, leur nombre représentant entre 1 % et 2 % des enfants à l'échelle de la province pour tous les vaccins en 2012-2013. Les taux varient considérablement entre les bureaux de santé publique. Santé publique Ontario a constaté qu'en 2012-2013, le pourcentage d'enfants visés par les déclarations d'exemption pour la rougeole variait entre moins de 1 % dans un bureau de santé publique et plus de 7 % dans un autre. Santé publique Ontario a indiqué que même les taux spécifiques à un bureau de santé publique [traduction] « dissimulent probablement d'importantes variations du taux d'exemption entre les collectivités servies par les bureaux de santé publique ». Par exemple, le territoire couvert par le bureau de santé publique où le taux d'exemption moyen dépassait 7 % inclurait certaines écoles où les taux d'exemption étaient beaucoup plus élevés que 7 %.

Cependant, ni Santé publique Ontario ni le Ministère ne sait quelles régions géographiques servies par un bureau de santé publique donné affichent de faibles taux de couverture vaccinale, malgré le risque plus élevé d'épidémie. Les bureaux de santé publique doivent plutôt identifier les régions situées sur leur territoire qui ont de faibles taux de couverture, mais ils communiquent rarement cette information au Ministère ou à Santé publique Ontario.

La politique du Ministère exige des garderies agréées qu'elles indiquent chaque année au bureau de santé publique local si les enfants sont vaccinés. Les bureaux de santé publique doivent à leur tour transmettre l'information sur les taux de couverture vaccinale des garderies au Ministère. Ils ne communiquent toutefois pas cette information au Ministère, et le Ministère ne la demande pas. Le Ministère ne connaît donc pas les taux de

couverture vaccinale ou même le nombre d'enfants vaccinés dans les garderies. Un des trois bureaux de santé publique que nous avons visités ne disposait pas des ressources requises pour recueillir des données sur tous les enfants qui fréquentent des garderies. Il ne serait donc pas en mesure d'identifier les enfants à risque en cas d'épidémie. Comme le SADI ne pouvait pas produire de rapport sur le taux de couverture vaccinale contre le rotavirus, il n'était pas facile pour les bureaux de santé publique de déterminer combien d'enfants couraient un risque accru de contracter cette maladie, et ce, malgré les épidémies de rotavirus survenues en garderie au cours des deux dernières années (sept en 2013 et deux en 2012). Panorama est censé assurer un suivi des cas de rotavirus mais, au moment de notre audit, il était encore trop tôt pour évaluer son efficacité à cet égard.

Les taux globaux de couverture vaccinale des enfants sont publiés dans le rapport annuel de Santé publique Ontario, mais ce rapport public n'inclut ni les taux de couverture par bureau de santé publique ni les variations des taux au fil du temps. La divulgation publique de cette information permettrait aux Ontariennes et Ontariens de connaître les taux de couverture vaccinale dans leur région et de savoir si les taux sont en hausse ou en baisse, particulièrement dans les régions où les taux de couverture sont traditionnellement faibles. Le rapport n'indique pas non plus les taux de couverture ou d'exemption par école ou par garderie. Nous avons calculé les taux de couverture des garderies situées sur le territoire servi par un bureau de santé publique et constaté que 15 % des enfants n'avaient pas reçu tous les vaccins requis contre la rougeole, le taux atteignant 42 % (8 enfants sur 19) dans une garderie et 31 % (18 enfants sur 59) dans une autre. Ces taux exposaient les garderies en question à un plus grand risque d'épidémie. Si cette information était rendue publique, les parents d'un enfant qui ne peut pas être vacciné pourraient choisir d'envoyer leur enfant dans une garderie au taux de couverture vaccinale plus élevé où la probabilité d'épidémie serait plus faible.

RECOMMANDATION 4

Pour aider à prévenir les épidémies en veillant à ce qu'un pourcentage suffisant de la population ontarienne, y compris les enfants, soit vacciné, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit non seulement améliorer l'intégralité et l'exactitude des données suivies par le registre de vaccination de Panorama mais aussi :

- harmoniser les exigences en matière d'immunisation, y compris les processus de vaccination, d'exemption et de suspension, entre les écoles et les garderies en explorant la possibilité d'élaborer un projet de loi global afin de prévenir la maladie et de lutter contre les infections dans les garderies et les écoles, comme le recommandaient les auteurs du rapport d'examen de 2014 sur le système d'immunisation;
- examiner les façons possibles de faire en sorte que les parents qui ne font pas vacciner leurs enfants pour des raisons non médicales connaissent les risques et les avantages des vaccins, par exemple en exigeant une déclaration signée d'un médecin qui stipule que les parents ont été informés des risques et des avantages en question;
- s'assurer que les bureaux de santé publique font le nécessaire pour repérer les régions, les garderies et les écoles de la province qui affichent de faibles taux de couverture vaccinale et prennent les mesures qui s'imposent pour corriger la situation;
- rendre publics les taux de couverture vaccinale par garderie et par école pour que les parents des enfants qui ne peuvent pas être vaccinés puissent choisir d'envoyer leurs enfants dans une garderie ou une école où le taux de couverture vaccinale est plus élevé et où la probabilité d'épidémie est donc plus faible.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que, pour aider à prévenir les épidémies, des efforts concertés sont nécessaires à l'échelle du système afin d'accroître l'acceptation des vaccins, particulièrement dans les régions aux faibles taux de couverture vaccinale. En tablant sur Panorama, un outil important qui l'aidera à respecter les normes applicables aux données de vaccination et à améliorer constamment l'intégralité et l'exactitude des données, le Ministère :

- élaborera des stratégies afin d'améliorer l'harmonisation et l'uniformité des processus de vaccination dans les écoles et les garderies, notamment en examinant les lois existantes touchant les écoles et les garderies afin de déterminer si des modifications législatives sont requises à cette fin;
- envisagera des moyens de sensibiliser les parents et de leur faire comprendre les risques que courent les enfants non vaccinés pour des raisons non médicales;
- s'emploiera avec les bureaux de santé publique et Santé publique Ontario à clarifier et à renforcer les processus, les stratégies et les exigences à respecter pour repérer les régions à faible couverture vaccinale et pour corriger la situation;
- élaborera un plan afin de produire plus de rapports publics sur les taux de couverture vaccinale, en s'appuyant sur le travail déjà en cours dans certaines régions sociosanitaires, et envisagera notamment des rapports publics sur les taux de couverture régionaux (p. ex. pour les garderies et les écoles).

Des processus sont requis pour mieux prévenir l'introduction au Canada des maladies évitables par vaccination

Dans son Guide canadien d'immunisation, l'Agence de la santé publique du Canada souligne que plus du tiers des nouveaux immigrants sont réceptifs à la rougeole, aux oreillons ou à la rubéole. Les immigrants des pays tropicaux sont de 5 à 10 fois plus réceptifs à la varicelle. Nous avons remarqué que le gouvernement de l'Ontario, de concert avec le gouvernement fédéral, offre des services d'établissement aux nouveaux arrivants pour les aider à s'adapter à la vie au Canada. Les immigrants reçoivent des renseignements concernant l'immunisation, dont les exigences applicables aux enfants, mais ils ne sont pas informés de la plupart des vaccins recommandés pour les adultes. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 soulignaient eux aussi que les cas importés de maladies évitables par vaccination posent une menace. Ils suggéraient au Ministère de travailler avec les groupes qui représentent les principales collectivités de néo-Canadiens afin de sensibiliser celles-ci à la nécessité de faire vacciner les personnes qui prévoient de visiter des amis ou des membres de leur famille dans des pays où les maladies évitables par vaccination sont encore endémiques.

Le Guide canadien d'immunisation recommande de vacciner les personnes sans preuve de vaccination. Cependant, ni la province ni le gouvernement fédéral n'exerce de surveillance pour s'assurer que les vaccins requis sont offerts aux immigrants. Aux États-Unis, les nouveaux immigrants doivent faire mettre leurs vaccinations à jour dans le cadre du dépistage médical obligatoire avant l'arrivée. Les lignes directrices cliniques fondées sur des preuves pour les immigrants et les réfugiés qui sont affichées en ligne par le *Journal de l'Association médicale canadienne* recommandent que tous les immigrants adultes sans carnet de vaccination et tous les enfants en âge de recevoir des vaccins qui n'ont pas de carnet de vaccination ou dont le carnet

est douteux reçoivent les vaccins pour la rougeole, les oreillons, la rubéole, la diphtérie, le tétanos et la polio. Sans ces vaccins, les nouveaux immigrants risquent de contracter des maladies évitables par vaccination et de les importer en Ontario.

RECOMMANDATION 5

Pour réduire le risque que des maladies évitables par vaccination soient importées en Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec des intervenants provinciaux incluant le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration, doit explorer, lors de discussions avec le gouvernement fédéral, la possibilité de permettre aux immigrants de recevoir les vaccins requis avant d'arriver en Ontario. Pour ce faire, il devrait fournir systématiquement des renseignements sur l'immunisation aux nouveaux immigrants.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que tous les Ontariens, y compris les nouveaux arrivants dans la province et particulièrement les enfants, devraient être vaccinés conformément aux *Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario* et pouvoir accéder à l'information, aux outils et aux soutiens requis pour faciliter ce processus. Dans le cadre du plan d'action pour le renouvellement du programme de vaccination, qui est en cours d'élaboration, le Ministère travaillera avec des intervenants incluant le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration de l'Ontario, Santé publique Ontario et le gouvernement fédéral afin d'examiner et de mettre à jour l'approche fondée sur le risque employée par le Ministère pour identifier les groupes à vacciner en priorité et d'envisager les moyens possibles d'améliorer le taux de vaccination des immigrants.

Il faut faire une meilleure promotion de l'immunisation

Les médecins ont besoin de renseignements complémentaires, et l'efficacité des incitatifs doit faire l'objet d'un examen

Un des résultats sociétaux souhaités de la norme de santé publique de l'Ontario sur les maladies évitables par vaccination est d'accroître les connaissances en matière d'immunisation des fournisseurs de soins de santé. D'après les résultats d'un sondage auprès des médecins que le Ministère a fait faire en 2013, 40 % des 264 médecins répondants avaient besoin de plus de renseignements sur le calendrier recommandé de vaccination et 61 %, de plus de renseignements sur les mises à jour ou d'éclaircissements concernant les modifications apportées au calendrier. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 soulignaient qu'étant donné les changements apportés au calendrier de vaccination financée par le secteur public en Ontario au fil du temps, il pourrait être difficile pour les parents et les médecins de s'assurer que les enfants reçoivent les vaccins recommandés.

Les résultats du sondage auprès des médecins révélaient également que les deux tiers d'entre eux voulaient plus de renseignements afin de pouvoir rassurer les parents en dissipant les mythes et les idées fausses qui entourent les vaccins. En Colombie-Britannique, un guide de référence à l'intention des médecins présente des preuves cliniques et techniques en termes simples que les médecins peuvent employer pour donner des explications à leurs patients.

Afin de promouvoir l'immunisation, le Ministère verse des primes à certains médecins — qui travaillent avec d'autres médecins au sein de certains groupes ou de certaines organisations — qui déclarent avoir vacciné le pourcentage minimal requis de patients au cours de l'année écoulée. Le médecin reçoit un montant en rapport avec le pourcentage d'enfants traités, par exemple 2 200 \$

pour 95 %, 1 100 \$ pour 90 % et 440 \$ pour 85 %. Le total des primes versées en 2013-2014 s'élevait à près de 11 millions de dollars. Le Ministère ne vérifie pas le nombre d'enfants vaccinés. Par ailleurs, des primes de plus de 6 millions de dollars ont été versées aux médecins qui ont administré le vaccin antigrippal à au moins 60 % de leurs patients. Dans l'État de New York, les services de santé locaux ne versent pas de primes mais ils vérifient les taux de vaccination des médecins. Le Ministère n'a ni cherché à déterminer si les primes versées aux médecins faisaient augmenter les taux de vaccination en Ontario, ni envisagé d'autres moyens d'améliorer les taux de vaccination des médecins.

Les efforts d'éducation publique sur les avantages et les risques des vaccins ne sont pas coordonnés

Un autre objectif sociétal de la norme de santé publique de l'Ontario sur les maladies évitables par vaccination est d'améliorer les connaissances du public en matière d'immunisation. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 remarquent que les parents hésitent de plus en plus à faire vacciner leurs enfants parce qu'ils ont des inquiétudes concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins et l'impression que les maladies évitables par vaccination ne représentent plus une menace. Depuis 2010-2011, plus de 80 % et, certaines années, jusqu'à 100 % des fonds affectés à la publicité sur les vaccins par le Ministère ont servi à promouvoir le vaccin antigrippal. Les bureaux de santé publique consacrent eux aussi certains fonds à l'achat d'affiches, d'aimants de réfrigérateur et d'annonces à la radio pour des campagnes locales. En 2009-2010, le Ministère a mené plusieurs campagnes de sensibilisation au vaccin contre le papillomavirus (p. ex. des annonces en ligne et dans des revues), parce que ce vaccin affichait le plus faible taux de couverture des vaccins de l'enfance. Le pourcentage de filles de 8^e année vaccinées est ensuite passé de 55 % en 2009-2010 à 70 % en 2011-2012.

Nous avons observé que le site Web de la Colombie-Britannique consacré à l'immunisation offrait aux résidents la possibilité de clavarder en ligne avec une infirmière ou un infirmier afin de discuter des vaccins et de toute préoccupation connexe. Un des bureaux de santé publique que nous avons visités indiquait que l'Ontario pourrait adopter cette approche afin de répondre efficacement aux préoccupations des parents et de réduire le chevauchement des efforts. Bien que sa ligne Télésanté Ontario permette aux Ontariennes et Ontariens de parler de questions liées à la santé à une infirmière ou un infirmier, au moment de notre audit, le Ministère ne pouvait pas fournir d'information pour répondre aux préoccupations des parents et les convaincre de faire vacciner leurs enfants. Nous avons également constaté que l'État du Maine, après avoir axé ses campagnes de santé publique sur des groupes démographiques précis, avait augmenté ses taux de vaccination des enfants de 40 %, sans que cela ait un impact majeur sur le total des coûts.

Un site Web tenu par l'Agence de la santé publique du Canada informe les Canadiens qui prévoient un voyage à l'étranger des vaccins qu'ils devraient recevoir avant de partir. Même si beaucoup de ces vaccins ne sont pas financés par le secteur public, ils peuvent être essentiels pour protéger la santé des gens qui visitent des pays où certaines maladies sont répandues. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 reconnaissent eux aussi le risque pour les voyageurs et soulignaient que l'Ontario pourrait envisager des moyens d'améliorer et d'appuyer l'administration des vaccins destinés aux voyageurs afin de réduire le risque que ceux-ci ramènent la rougeole ou d'autres maladies évitables par vaccination en Ontario.

RECOMMANDATION 6

Pour que les Ontariennes et Ontariens aient facilement accès à l'information sur les risques et les avantages des vaccins, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- de concert avec des intervenants tels que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, s'assurer que les médecins ont facilement accès aux preuves cliniques et techniques concernant les vaccins et aux documents qui les aideraient à fournir des explications en termes simples aux patients;
- déterminer si les primes actuellement versées à certains médecins font augmenter les taux de vaccination de manière rentable;
- aider à réduire le chevauchement des efforts déployés par les bureaux de santé publique pour répondre aux préoccupations au niveau local, en envisageant une approche mieux coordonnée de l'éducation publique sur tous les vaccins, notamment par la voie d'un site Web fournissant des renseignements clairs et faciles à comprendre sur les questions liées aux vaccins qui préoccupent le public.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance de fournir des renseignements fiables, pertinents et à jour sur les vaccins aux fournisseurs de soins de santé et au public, y compris des informations faciles d'accès sur les risques et les avantages de l'immunisation. Le Ministère s'appuie sur les efforts proactifs actuellement déployés par les bureaux de santé publique pour concevoir des campagnes de communication et rédiger des documents éducatifs afin d'informer le public, de le sensibiliser aux programmes de vaccination financés par le secteur public et de promouvoir l'immunisation comme faisant partie d'un mode de vie sain. Dans le cadre du plan d'action pour le renouvellement du programme de vaccination, qui est en voie d'élaboration, le Ministère élargira ces efforts afin de promouvoir davantage l'immunisation et de renforcer la confiance du public. Pour ce faire, il :

- travaillera avec Santé publique Ontario, les bureaux de santé publique, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ontario

Medical Association et d'autres intervenants clés afin de mettre en ligne des ressources exhaustives et conviviales qui aideront les fournisseurs de soins de santé à communiquer l'information pertinente sur les vaccins à leurs patients;

- examinera les preuves disponibles afin de déterminer si les primes aident à améliorer les taux de vaccination;
- élaborera une stratégie détaillée et coordonnée de promotion de la vaccination auprès du public et l'alignera sur les efforts de promotion locaux des bureaux de santé publique afin de fournir l'information, les outils et les soutiens dont le public a besoin — au moment où il en a besoin — pour prendre des décisions éclairées en matière d'immunisation.

Certains vaccins recommandés par le gouvernement fédéral devraient faire l'objet d'une analyse coûts/avantages

Le processus d'approbation des vaccins financés par le secteur public qui peuvent être administrés en Ontario commence avec Santé Canada, qui approuve les vaccins pouvant être vendus au Canada. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) émet ensuite des avis, fondés sur des preuves scientifiques, sur l'utilisation des vaccins approuvés, comme les groupes d'âges qui devraient recevoir chaque vaccin. Le Comité canadien d'immunisation (auquel siègent des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux) fournit lui aussi des conseils sur la mise en oeuvre des programmes, notamment sur le rapport coût-efficacité. En Ontario, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses — Immunisation (CCPMI) conseille Santé publique Ontario qui, à son tour, conseille le Ministère, sur les vaccins qui devraient être financés par le secteur public et pour qui. Le Ministère avise ensuite le

gouvernement des vaccins à financer et des personnes à vacciner.

Dans notre *Rapport annuel 2003*, nous avons remarqué que plusieurs vaccins recommandés par le CCNI n'étaient pas financés par le Ministère. Le Ministère a depuis fait passer de 10 à 16 le nombre de vaccins financés pour la population en général. Au moment de l'audit actuel, le seul des vaccins recommandés par le CCNI qui n'était pas financé par l'Ontario était celui contre le zona, et quatre autres (contre le papillomavirus, la méningite à méningocoques, la coqueluche et la varicelle) n'étaient pas financés pour toute la population, comme le recommande le CCNI (voir l'**annexe 3**).

Le Ministère a indiqué que le nombre de personnes admissibles à ces vaccins était limité ou nul parce que les vaccins coûtaient cher et qu'il était difficile d'en évaluer le rapport coût-efficacité en Ontario. Le CCPMI a toutefois déclaré que le vaccin contre le zona est rentable pour les personnes de 60 à 70 ans. Au moment de notre audit, le Ministère n'avait pas fait une analyse suffisante pour déterminer le rapport coût-efficacité de l'élargissement de l'admissibilité aux autres vaccins.

RECOMMANDATION 7

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit mettre en oeuvre un processus uniforme afin d'examiner les coûts et les avantages pour l'Ontario de financer les vaccins recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation. Ce processus doit inclure un examen des cas où les coûts de vaccination sont inférieurs au coût des soins de santé prodigués aux personnes qui contractent une maladie évitable par vaccination.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'évaluer le rapport coût-efficacité, car il s'agit d'un facteur clé susceptible d'éclairer les décisions du gouvernement concernant l'établissement ou

l'élargissement des programmes de vaccination financés par le secteur public. Pour formuler ses conseils stratégiques, le Ministère utilise un cadre analytique recommandé pour les programmes de vaccination au Canada. Ce cadre tient compte du rapport coût-efficacité et de facteurs tels que les preuves scientifiques, la fréquence et la gravité de la maladie en Ontario, l'acceptabilité, les points de vue du public et des intervenants, l'équité et les considérations d'ordre éthique et juridique.

Le Ministère renforcera son analyse du rapport coût-efficacité et ses conseils éclairant la prise des décisions, notamment en travaillant avec Santé publique Ontario et d'autres partenaires à l'élaboration d'une approche normalisée de l'évaluation du rapport coût-efficacité et en utilisant des données et des hypothèses de modélisation propres à l'Ontario dans la mesure du possible.

Le programme de vaccination contre la grippe doit faire l'objet d'une meilleure surveillance

En 2000, l'Ontario a institué un programme universel de vaccination contre la grippe, dans le cadre duquel toutes les personnes de plus de six mois peuvent recevoir le vaccin gratuitement. Contrairement aux autres vaccins, le vaccin contre la grippe dure seulement entre quatre et six mois environ avant que l'immunité diminue. Un nouveau vaccin est donc offert chaque année. Le Ministère estime, en se fondant sur le nombre net de doses distribuées (c.-à-d. le nombre total de doses distribuées moins le nombre déclaré de doses gaspillées), qu'environ 30 % de la population ontarienne est vaccinée chaque année. D'après les données du Ministère et comme le montre la **figure 6**, approximativement 3,1 millions de doses ont été administrées durant la saison de grippe 2013-2014 (d'environ septembre 2013 à mars 2014).

Le Ministère n'a pas fait d'évaluation récente de l'impact global du programme de vaccination

universelle contre la grippe de l'Ontario sur les patients et leur utilisation des ressources en soins de santé.

Les politiques de vaccination contre la grippe pour les travailleurs de la santé manquent de cohérence

En 2012, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses — Immunisation (CCPMI) a recommandé qu'une vaccination annuelle contre la grippe soit une condition d'emploi pour tous les travailleurs de la santé de l'Ontario, y compris tout le personnel des hôpitaux, les médecins de premier recours, les travailleurs des établissements de soins de longue durée et le personnel paramédical. L'objectif fédéral est de faire en sorte que 80 % de ces travailleurs soient vaccinés. Les documents du Ministère indiquaient toutefois que seulement environ 70 % des travailleurs des établissements de soins de longue durée et 50 % du personnel des hôpitaux avaient été vaccinés durant la saison de grippe 2013-2014. L'objectif fédéral pour les travailleurs qui ont de nombreux contacts avec les patients des établissements de soins de longue durée est encore plus élevé : 95 %. Le Ministère ne mesure toutefois pas le taux de vaccination de ces travailleurs.

En 2013, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a déclaré que la vaccination antigrippale des travailleurs de la santé constituait « une composante essentielle de la norme de diligence » pour la protection des patients. La Colombie-Britannique exige des travailleurs de la santé qui n'ont pas été vaccinés qu'ils portent un masque chirurgical durant la saison de grippe. Cette exigence a fait passer le taux de vaccination dans les hôpitaux de soins actifs de 40 % à environ 75 %. La Saskatchewan prévoit de mettre en oeuvre une politique semblable pour la saison de grippe 2014-2015. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une exigence en Ontario, 13 des hôpitaux de l'Ontario (9 %) ont mis en oeuvre une politique qui oblige leur personnel à se faire vacciner ou à porter un masque. Selon

l'Association des hôpitaux de l'Ontario, presque tous ces hôpitaux ont vu une hausse substantielle de leurs taux de vaccination. Une exigence de ce genre pourrait aider à protéger les patients vulnérables et à réduire les épidémies de grippe dans les hôpitaux.

RECOMMANDATION 8

S'il existe des preuves que le vaccin antigrippal aide à réduire la transmission de la grippe, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit envisager d'obliger le personnel des hôpitaux à se faire vacciner ou à porter un masque, comme cela se fait en Colombie-Britannique, et surveiller la conformité à cette politique afin de réduire le risque que les patients hospitalisés contractent la grippe. Cette exigence pourrait être intégrée aux ententes entre le Ministère et les RLISS, et entre les RLISS et les hôpitaux.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que la vaccination antigrippale des travailleurs de la santé est une mesure importante pour réduire au minimum la transmission de la grippe dans les hôpitaux. Il encourage fortement tous les travailleurs de la santé à se faire vacciner contre la grippe et à adopter de rigoureuses pratiques de lutte contre les infections, et il exhorte tous les établissements de soins de santé à mettre en place des politiques « vaccin ou masque ».

Dans le prolongement des efforts du groupe de travail du Ministère sur la vaccination antigrippale des travailleurs de la santé, le Ministère continuera de travailler en étroite collaboration avec les intervenants afin d'améliorer les taux de vaccination des travailleurs de la santé en Ontario. Le Ministère collaborera également avec Santé publique Ontario, Qualité des services de santé Ontario et d'autres intervenants clés à une étude de l'expérience des hôpitaux qui ont adopté des politiques « vaccin ou masque » et il

examinera les défis et les possibilités associés à l'établissement d'une telle politique à l'échelle provinciale.

Le programme de vaccination contre la grippe doit être amélioré

Les taux de remboursement aux pharmaciens doivent être passés en revue

Depuis la saison de grippe 2012-2013, les pharmaciens de l'Ontario sont autorisés à administrer le vaccin antigrippal et à facturer au Ministère 7,50 \$ par dose administrée. (Auparavant, seules les pharmacies employant un personnel infirmier pouvaient administrer le vaccin.) En l'espace d'un an, le nombre de pharmacies participantes et de doses administrées a plus que triplé — passant d'environ 600 pharmacies et 250 000 doses durant la saison de grippe 2012-2013 à près de 2 000 pharmacies et environ 765 000 doses durant la saison de grippe 2013-2014. En conséquence, comme le montre la **figure 4**, la proportion de vaccins antigrippaux administrés par le personnel des pharmacies a augmenté, cette hausse étant attribuable en grande partie à la baisse du nombre de vaccins administrés par les médecins.

En 2013-2014, le Ministère a versé un total de 25 millions de dollars aux fournisseurs de soins de santé pour l'administration du vaccin antigrippal.

Figure 4 : Pourcentage des vaccins antigrippaux administré chaque année, par type de fournisseur de soins de santé, 2011-2012-2013-2014*

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

	2011-2012 (%)	2012-2013 (%)	2013-2014 (%)
Médecins	77	73	63
Pharmaciens	0	9	25
Bureaux de santé publique	13	10	6
Autres, y compris les lieux de travail	10	8	6

* Il n'y a pas d'information disponible sur les vaccins antigrippaux administrés par le personnel infirmier des équipes Santé familiale.

Ce montant se répartissait comme suit : 18 millions aux médecins, 6 millions aux pharmacies et 1 million aux bureaux de santé publique. Nous avons observé que le taux de remboursement par dose variait selon les fournisseurs : 5 \$ pour les bureaux de santé publique et 7,50 \$ pour les pharmacies. Les médecins rémunérés à l'acte touchent 9,60 \$ par dose si le patient se présente uniquement pour recevoir le vaccin antigrippal et 4,50 \$ par dose autrement.

Le Ministère n'avait pas effectué d'analyse pour justifier le coût par dose ou les honoraires versés aux différents fournisseurs de soins de santé. Il a indiqué que le taux de remboursement des pharmacies avait été fixé à 7,50 \$ par dose pour qu'il soit financièrement avantageux pour les pharmaciens d'administrer le vaccin antigrippal.

Factures douteuses

Le Ministère a différents systèmes d'information pour le traitement des paiements aux fournisseurs de soins de santé qui administrent le vaccin antigrippal. En effet, les demandes de paiement des médecins sont prises en charge par le système de l'Assurance-santé de l'Ontario et ceux des pharmaciens, par le Système du réseau de santé.

Le système de l'Assurance-santé et le Système du réseau de santé sont programmés de manière à rejeter les demandes de paiement pour l'administration d'un vaccin à une personne plus d'une fois dans la même journée. Cependant, rien ne prévient les paiements pour l'administration de plusieurs vaccins antigrippaux à la même personne à différentes dates au cours de la même saison de grippe, alors que les vaccinations en double sont rarement nécessaires après l'âge de neuf ans. Le Ministère n'a pas relié électroniquement le système de l'Assurance-santé et le Système du réseau de santé afin de déterminer si des factures pour l'administration du vaccin antigrippal au même patient étaient présentées à la fois par des médecins et des pharmaciens. Les deux systèmes de traitement des demandes de

paiement ne pouvaient donc pas repérer les factures en double des médecins et des pharmaciens.

Le Ministère a fait un examen informel limité des factures présentées par les pharmaciens durant les saisons de grippe 2012-2013 et 2013-2014 et détecté un petit nombre de factures en double, mais il n'a pas élargi son examen. Comme le montre la **figure 5**, nous avons repéré près de 21 000 cas durant la saison de grippe 2013-2014 où le Ministère avait payé des médecins et des pharmaciens pour l'administration de plus d'un vaccin antigrippal au même patient de plus de neuf ans. La plupart de ces paiements douteux avaient été versés par le biais du système de l'Assurance-santé. Notre analyse indiquait que la plupart des médecins présentaient une seule facture par patient, mais qu'environ 11 000 des factures douteuses de l'Assurance-santé provenaient de médecins qui avaient présenté plus d'une facture pour le même patient. Par exemple, un médecin avait présenté 18 factures sur 6 mois pour le même patient au cours de la saison de grippe 2013-2014.

Le Ministère ne savait pas si des personnes avaient été vaccinées plus d'une fois par erreur ou s'il s'agissait d'erreurs de facturation de la part du fournisseur, et il ne pouvait pas aisément calculer les montants versés en trop aux fournisseurs pour ces factures en double. Le total de 21 000 factures en double a été calculé à partir de toutes les données du Ministère sur la vaccination contre la grippe. Le vaccin antigrippal est aussi administré par d'autres intervenants, comme les bureaux de santé publique et le personnel infirmier employé par les équipes Santé familiale, mais le Ministère

ne recueille pas de renseignements détaillés sur les patients vaccinés par ces intervenants. Nous n'avons donc pas été en mesure de calculer le total des montants additionnels payés en double par le Ministère. Nous avons également constaté que, vu le peu de contrôle exercé sur leurs factures, certains pharmaciens avaient présenté des factures pour la vaccination de plus de 300 enfants de moins de 5 ans durant la saison de grippe 2013-2014 alors que, selon l'entente conclue avec le Ministère, les pharmacies ne sont pas autorisées à administrer le vaccin antigrippal à ces enfants.

Certains vaccins antigrippaux n'ont pas été comptabilisés

Le Ministère avait des informations sur la majorité des vaccins antigrippaux administrés, mais il ne disposait pas de données fiables sur ce qu'il advient des doses achetées et distribuées aux fournisseurs de soins de santé. Comme le montre la **figure 6**, beaucoup de doses n'ont pas été comptabilisées. En nous fondant sur l'information disponible au Ministère, nous avons calculé environ 961 000 doses non comptabilisées durant la saison de grippe 2013-2014.

Le Ministère ne savait pas si ces doses avaient été administrées ou gaspillées. À son avis, elles ont probablement été administrées par le personnel infirmier des équipes Santé familiale ou elles l'ont peut-être été dans le cadre d'autres ententes, dont celles conclues avec les établissements de soins de longue durée et les centres d'accès aux soins communautaires.

Figure 5 : Factures douteuses présentées par des médecins et des pharmaciens pour l'administration du vaccin antigrippal à des personnes de plus de neuf ans, saison de grippe 2013-2014

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Nombre de cas où des médecins ont présenté plus d'une facture à l'Assurance-santé pour le même patient	14 700
Nombre de cas où des pharmacies ont présenté plus d'une facture au Système du réseau de santé de l'Ontario pour le même patient	800
Nombre de patients pour lesquels des factures ont été soumises au moins une fois dans les deux systèmes de facturation	5 400
Nombre total de paiements excédentaires du Ministère pour des vaccins antigrippaux	20 900

Figure 6 : Doses de vaccin antigrippal non comptabilisées

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

	Saison de grippe		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Doses achetées par le Ministère	4 558 000	4 449 000	4 625 000
<i>Moins : Doses suivies par le Ministère :</i>			
Doses administrées à des patients (par des médecins, des pharmaciens, des bureaux de santé publique ou d'autres intervenants)	(2 655 000)	(2 781 000)	(3 080 000)
Doses gaspillées	(923 000)	(414 000)	(584 000)
Doses non comptabilisées*	980 000	1 254 000	961 000

* Le Ministère ne sait pas si ces vaccins ont été administrés ou gaspillés.

RECOMMANDATION 9

Vu l'intérêt croissant des pharmaciens pour l'administration du vaccin antigrippal, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit déterminer si le tarif payé aux pharmaciens pour administrer le vaccin est raisonnable et proportionnel aux coûts et à l'expérience des pharmaciens.

Pour aider à empêcher les fournisseurs de soins de santé d'administrer des vaccins antigrippaux en double aux personnes qui ont déjà été vaccinées et repérer les factures en double, le Ministère doit :

- examiner et réviser ses systèmes de paiement pour qu'ils rejettent les factures présentées par des fournisseurs de soins de santé pour des patients qui ont déjà reçu leur vaccin antigrippal;
- comparer périodiquement les paiements versés aux médecins pour l'administration du vaccin antigrippal à ceux versés aux pharmaciens, et assurer le suivi des paiements en double pour le même patient.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'améliorer continuellement le programme universel de vaccination contre la grippe (PUVG) afin

d'optimiser la prévention et le contrôle de la grippe en Ontario, notamment en apportant des améliorations aux politiques de remboursement et aux systèmes de données. Il examinera le taux de remboursement aux pharmaciens afin de déterminer si des changements s'imposent.

Le Ministère envisagera des mesures additionnelles pour s'assurer que les factures sont appropriées, dont des modifications possibles à ses systèmes de facturation. Pour renforcer le processus actuel de vérification après paiement des factures des médecins et des pharmaciens, le Ministère examinera la possibilité que ce processus fournisse des renseignements sur les patients qui auraient reçu de multiples vaccins antigrippaux administrés par des médecins ou des pharmaciens, déterminera les causes des factures en double, incorrectes ou inappropriées et prendra les mesures qui s'imposent conformément à son cadre élargi de gestion des risques et des fraudes. Le Ministère apportera d'autres améliorations à la qualité des données en élaborant un matériel de formation permanente à l'intention des fournisseurs afin de renforcer l'importance d'utiliser les bons codes pour tous les vaccins. Il s'emploiera également à combler le manque de données en déterminant combien de vaccins antigrippaux ont été administrés par le personnel infirmier des équipes Santé familiale.

Le suivi des effets secondaires suivant l'immunisation doit être amélioré

Les effets secondaires suivant l'immunisation comprennent tout événement médical indésirable qui survient après qu'une personne a été vaccinée (p. ex. les réactions allergiques, les convulsions, les éruptions cutanées, les douleurs, les rougeurs et les enflures qui durent au moins quatre jours). En Ontario, les effets secondaires comprennent les événements médicaux suivant un vaccin qui sont un résultat possible mais non confirmé du vaccin. Cette approche a été adoptée afin de n'omettre aucun effet secondaire possible. Pour les vaccins administrés durant l'année civile 2013, plus de 640 effets secondaires, dont environ 45 sont considérés comme graves ou significatifs sur le plan médical (p. ex. les cas d'anaphylaxie traités au service des urgences), ont été signalés aux bureaux de santé publique de l'Ontario, surtout par des patients ou des médecins après la vaccination.

Les fournisseurs de soins de santé, dont les médecins et les pharmaciens, qui administrent des vaccins en Ontario doivent informer leurs patients des risques et des avantages de l'immunisation, mais ils ne les avisent pas toujours des effets secondaires possibles à signaler, comme les réactions allergiques, par opposition aux réactions normales qui n'ont pas besoin d'être signalées, comme une douleur au bras qui dure quelques jours. Sans cette information, les patients risquent de signaler seulement les effets secondaires très graves, comme ceux qui nécessitent une visite à l'hôpital. De fait, Santé publique Ontario souligne que les effets secondaires moins graves sont probablement sous-déclarés en Ontario. Aux États-Unis, les fournisseurs de soins de santé doivent fournir aux patients des informations normalisées sur les effets secondaires à signaler pour chaque vaccin. La communication de ces informations normalisées pourrait aboutir à une déclaration plus uniforme et plus complète des effets secondaires.

Pour l'année civile 2013, nous avons remarqué que deux bureaux de santé publique de la région du grand Toronto affichaient des taux de déclaration disproportionnés à leur pourcentage de la population ontarienne. En effet, le bureau de Toronto sert 21 % de la population ontarienne mais rapporte seulement 9 % des effets secondaires, tandis que celui de York sert 8 % de la population ontarienne mais rapporte seulement 3 % des effets secondaires. Dans son *Rapport annuel 2012 sur l'innocuité des vaccins en Ontario*, Santé publique Ontario faisait une observation semblable concernant les effets secondaires signalés cette année-là. Santé publique Ontario n'a pas cherché à connaître les raisons de ces écarts, mais elle a contacté les trois bureaux de santé publique qui n'avaient rapporté aucun effet secondaire en 2013 afin d'obtenir des explications. Si les effets secondaires ne sont pas signalés, il peut être plus difficile de repérer les problèmes possibles et de prévenir leur récurrence.

En Australie, la plupart des taux d'effets secondaires pour les vaccins financés par le secteur public sont calculés en fonction du nombre de doses administrées. Or, le Ministère ne suit pas le nombre de doses administrées pour la plupart des vaccins. Comme d'autres provinces canadiennes, l'Ontario utilise le nombre total d'habitants pour calculer les taux d'effets secondaires, ce qui est moins significatif parce qu'une partie de la population n'est pas vaccinée. Santé publique Ontario a indiqué que le taux d'effets secondaires de l'Ontario pour 2012 était de 4,7 pour 100 000 personnes, ce qui correspond à la moitié de la moyenne nationale. Santé publique Ontario a ajouté que cette différence était probablement attribuable à une sous-déclaration des effets secondaires.

Les bureaux de santé publique saisissent les données sur les effets secondaires dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). Santé publique Ontario a accès aux données du SIISP, mais elle a indiqué que les données sur les effets secondaires n'étaient pas suffisantes pour une analyse significative des tendances. Nous avons

examiné les données sur les effets secondaires et constaté que leur exactitude laissait à désirer.

Nous avons également remarqué que le SIISP ne recueille pas de renseignements identifiant le fournisseur de soins de santé qui a administré le vaccin. Sans cette information, il est impossible de ventiler les grappes de cas d'effets secondaires de manière à repérer le fournisseur de soins de santé qui a administré le vaccin. Cette information pourrait accélérer la détection de ces grappes et permettre d'identifier et de contacter les autres patients dont l'immunité pourrait être compromise.

RECOMMANDATION 10

Pour permettre une analyse significative des effets secondaires suivant l'immunisation et aider à prévenir les récurrences, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec Santé publique Ontario, doit :

- exiger des fournisseurs de soins de santé qui administrent des vaccins qu'ils fournissent aux patients des informations normalisées sur les effets secondaires à signaler;
- recueillir des renseignements sur les fournisseurs de soins de santé qui ont administré des vaccins associés à des effets secondaires;
- assurer le suivi des tendances inhabituelles, notamment dans les régions où les taux d'effets secondaires semblent anormalement faibles ou élevés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

L'innocuité des vaccins étant une de ses grandes priorités, le Ministère surveille et signale les effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) dans le cadre d'un processus de surveillance dirigé par Santé publique Ontario. Ce processus examine et évalue continuellement l'innocuité des vaccins, existants et nouveaux, financés par le gouvernement de l'Ontario. Conformément à ce processus, les bureaux de santé publique font enquête sur tous les rapports d'ESSI des

fournisseurs et du public et transmettent l'information pertinente à Santé publique Ontario, qui assure une surveillance et une analyse à l'échelle provinciale et communique les résultats au gouvernement fédéral afin d'appuyer les efforts de surveillance et de suivi de l'innocuité au niveau national.

Le Ministère reconnaît que les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle clé à cet égard en informant les patients des ESSI possibles et de la procédure à suivre pour les signaler, et il examinera les meilleurs moyens d'aider les fournisseurs à jouer ce rôle, notamment en leur fournissant des renseignements normalisés à transmettre aux patients. Le Ministère travaillera aussi avec Santé publique Ontario afin d'examiner les possibilités de recueillir des informations sur les ESSI selon différents paramètres et il assurera un suivi des tendances inhabituelles, notamment dans les régions où les taux d'effets secondaires sont anormalement faibles ou élevés. Cependant, la surveillance des ESSI est axée sur l'innocuité des vaccins et le Ministère emploie d'autres moyens pour surveiller le rendement des fournisseurs.

La surveillance du gaspillage de vaccins doit être améliorée

En 2012-2013, l'Ontario a acheté 34 types de vaccins, à un coût total de 125 millions de dollars, dans le cadre du programme fédéral-provincial-territorial d'approvisionnement en vrac administré par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Le SAMPGO offre ces vaccins gratuitement à tous les bureaux de santé publique ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé de Toronto. Les bureaux de santé publique, pour leur part, distribuent les vaccins gratuitement aux fournisseurs de soins de santé des autres régions de la province.

Le gaspillage des vaccins en Ontario est surtout attribuable à leur détérioration, soit parce que le vaccin est venu à expiration avant de pouvoir

être utilisé soit parce qu'il n'a pas été conservé à la bonne température. Le SAMPGO établissait le coût du gaspillage de vaccins à l'échelle de la province à 6,6 millions de dollars pour 2013-2014 (en hausse par rapport à 4,7 millions en 2012-2013, surtout en raison de l'augmentation du nombre de vaccins antigrippaux gaspillés). La politique du Ministère exige des bureaux de santé publique qu'ils fassent une inspection annuelle des locaux des fournisseurs de soins de santé pour s'assurer que les vaccins sont utilisés et stockés de manière à réduire le gaspillage au minimum. Les fournisseurs de soins de santé et les bureaux de santé publique retournent les vaccins détériorés au SAMPGO, qui les retourne à son tour au fabricant ou à une société d'élimination de déchets médicaux en vue de leur élimination en toute sécurité.

On ne surveille pas toujours les quantités commandées de vaccins afin de vérifier si elles sont raisonnables

Selon la politique du Ministère, les bureaux de santé publique sont autorisés à avoir en main un maximum de deux mois de vaccins. Cela aide à éviter que les vaccins viennent à expiration avant de pouvoir être utilisés. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 ont toutefois remarqué que le système d'inventaire que le SAMPGO utilise pour suivre les vaccins achetés et distribués n'est pas relié électroniquement aux systèmes d'inventaire utilisés par les bureaux de santé publique. Le SAMPGO ne disposait donc pas de renseignements à jour sur la quantité de vaccins disponibles aux bureaux de santé publique. Sans ces renseignements, il ne peut pas déterminer si les commandes de vaccins des bureaux de santé publique sont raisonnables. Par conséquent, le SAMPGO expédie presque toujours aux bureaux de santé publique la quantité de vaccins qu'ils commandent et ne cherche pas à vérifier si les quantités commandées sont raisonnables et ne correspondent pas à plus de deux mois de vaccins. Nous avons constaté qu'en 2012-2013, un bureau de santé publique avait gaspillé 26 % du nombre

total de doses gaspillées à l'échelle de la province, alors que ce bureau servait seulement 10 % de la population de l'Ontario. Le Ministère a indiqué que le système de suivi des stocks de vaccins de Panorama, qui est censé être mis en oeuvre avant l'automne 2015, serait relié aux bureaux de santé publique et permettrait une meilleure vérification du caractère raisonnable des commandes dans l'avenir.

La politique du Ministère stipule également qu'aucun fournisseur de soins de santé ne doit recevoir plus d'un mois de vaccins à la fois, que les vaccins soient distribués directement par le SAMPGO ou par l'entremise de son bureau de santé publique, pour éviter que les vaccins viennent à expiration avant de pouvoir être utilisés. Les médecins doivent indiquer le niveau de leur stock de vaccins au moment de commander, mais le SAMPGO et les bureaux de santé publique n'ont pas accès à leurs registres d'inventaire. Ils procèdent donc de la façon suivante :

- Le SAMPGO utilise une directive pour déterminer si la quantité de vaccins expédiés directement aux fournisseurs de soins de santé de la région de Toronto est raisonnable. Cette directive tient compte de la taille du cabinet des fournisseurs de soins de santé — par exemple, le nombre de médecins d'un cabinet et les types de médecins (pédiatres ou médecins de famille). Les commandes qui dépassent une quantité raisonnable peuvent être réduites si le fournisseur de soins de santé ne peut pas fournir d'explications satisfaisantes.
- En dehors de la région de Toronto, les fournisseurs de soins de santé reçoivent leurs vaccins des bureaux de santé publique. Les responsables des deux bureaux de santé publique non torontois que nous avons visités utilisent leur jugement pour déterminer si les quantités expédiées aux fournisseurs de soins de santé devraient être réduites — par exemple, s'ils pensent qu'une commande est excessive ou s'il est déjà arrivé dans le passé que des vaccins

expédiés à un fournisseur soient venus à expiration avant de pouvoir être utilisés.

En conséquence, bien que les évaluations effectuées par le SAMPGO offrent une certaine assurance que les quantités de vaccins commandées par les fournisseurs de soins de santé de Toronto sont raisonnables, on ne peut pas en dire de même des quantités commandées par les autres fournisseurs de soins de santé.

Le Ministère a indiqué que le module Gestion des stocks de vaccins de Panorama, qui est censé être mis en oeuvre dans tous les bureaux de santé publique avant l'automne 2015, suivrait les vaccins distribués aux fournisseurs de soins de santé, mais qu'il n'était pas prévu de surveiller le niveau des stocks de vaccins dans les cabinets de médecins. Sans cette information, il restera difficile pour les bureaux de santé publique de déterminer si les médecins commandent beaucoup plus de vaccins que nécessaire. De plus, si l'information pertinente était inscrite au registre de façon plus systématique au moment de l'administration des vaccins, les bureaux de santé publique pourraient déterminer si les quantités commandées sont raisonnables en se fondant sur le nombre de vaccins réellement administrés par chaque cabinet de médecin et chaque pharmacie au cours de l'année précédente. Cette façon de procéder pourrait aider à réduire les commandes excessives et le nombre de vaccins venus à expiration avant de pouvoir être utilisés par les médecins et les pharmacies qui les ont commandés.

Nous avons remarqué que certaines administrations exigent des fournisseurs de soins de santé qu'ils donnent des renseignements pouvant servir à déterminer si leurs commandes de vaccins sont raisonnables. Par exemple, dans l'État de New York, les médecins qui reçoivent des vaccins financés par le secteur public doivent préciser le niveau de leurs stocks de vaccins existants au moment de la commande. En outre, si une commande semble excessive, le médecin doit fournir des renseignements sur le nombre de vaccins administrés. Ce genre d'information peut aider à déterminer si la quantité de vaccins commandée par un fournisseur

est raisonnable et à réduire les stocks excédentaires et le nombre de vaccins expirés.

Il faut améliorer l'entreposage dans les locaux des fournisseurs de soins de santé afin de préserver la puissance des vaccins

Selon la politique du Ministère, il faut entreposer les vaccins à une température variant entre 2 °C et 8 °C afin d'en préserver la puissance. Les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé doivent s'assurer que la température des vaccins entreposés reste dans cette gamme. On parle alors de maintien de la chaîne du froid. Les données du Ministère sur la chaîne du froid pour 2013 indiquaient qu'environ 380 000 doses (soit moins de 5 % du total distribué) avaient été exposées à des ruptures de la chaîne du froid dans environ 2 300 lieux de stockage des fournisseurs de soins de santé. Sur le nombre total de ruptures, 39 % étaient attribuables à des pannes d'électricité, 22 % à des erreurs humaines et 16 % à des réfrigérateurs ou des thermomètre défectueux. Les 23 % restants étaient attribués à d'« autres » causes. Les bureaux de santé publique, qui sont chargés d'examiner les ruptures de la chaîne du froid, ont déterminé que 34 % des vaccins, soit 130 000 doses coûtant près de 2 millions de dollars, s'étaient détériorés. Pour réduire au minimum les ruptures de la chaîne du froid, il faut des réfrigérateurs fiables (comme ceux construits expressément pour les vaccins) et des thermomètres exacts.

Comme une réfrigération fiable est essentielle au maintien de la chaîne du froid, l'Agence de la santé publique du Canada a recommandé en 2007 de ne pas utiliser des réfrigérateurs de bar pour stocker des vaccins, car il s'agit de la principale cause de ruptures de la chaîne du froid. En 2012, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont recommandé de ne plus utiliser des réfrigérateurs de bar pour le stockage des vaccins. La politique du Ministère interdit d'ailleurs aux bureaux de santé publique d'utiliser des réfrigérateurs de bar parce que ceux-ci ne peuvent pas

maintenir les températures requises. Elle permet toutefois aux fournisseurs de soins de santé de les utiliser. En fait, le Ministère a indiqué que la plupart des fournisseurs de soins de santé utilisent des réfrigérateurs de bar. Selon les deux bureaux de santé publique que nous avons visités et qui vérifiaient les types de réfrigérateurs, plus de 50 % des fournisseurs de soins de santé de leurs régions respectives utilisaient des réfrigérateurs de bar. L'utilisation de réfrigérateurs de ce genre fait augmenter le risque que les vaccins ne soient pas maintenus à la bonne température et perdent leur puissance. Le Manitoba, quant à lui, déconseillent les réfrigérateurs de bar et recommandent plutôt les réfrigérateurs construits expressément pour le stockage des vaccins; il accepte les réfrigérateurs pleine taille (comme ceux utilisés à la maison) mais ne les recommande pas.

Un thermomètre de réfrigérateur exact détecte les variations de température et permet de s'assurer que les vaccins sont conservés dans la plage de températures requise. Par exemple, un thermomètre peut être utilisé pour détecter les variations de température découlant d'une panne d'électricité survenue lorsque le personnel du fournisseur de soins de santé n'est pas sur les lieux. La politique du Ministère permet l'utilisation de différents thermomètres, dont le type qui indique seulement les températures minimale et maximale du réfrigérateur depuis la dernière réinitialisation. Cependant, ces thermomètres « min/max » n'indiquent pas le laps de temps durant lequel le réfrigérateur a été à une température particulière ou la dernière fois que le thermomètre a été réinitialisé. En conséquence, les thermomètres min/max ne fournissent pas suffisamment d'information aux fournisseurs de soins de santé ou aux inspecteurs des bureaux de santé publique pour que ceux-ci puissent déterminer si les vaccins se sont détériorés. S'il y a des signes que les vaccins pourraient s'être détériorés, ils doivent être détruits, ce qui peut entraîner la destruction inutile de vaccins inaltérés. Un bureau de santé publique a fait remarquer que de nombreux vaccins pourraient être conservés si un plus grand nombre

de fournisseurs de soins de santé utilisaient des thermomètres qui enregistrent les températures à intervalles périodiques.

Sans détails supplémentaires sur les températures des réfrigérateurs, il est difficile de s'assurer que toutes les ruptures de la chaîne du froid sont repérées et que seuls les vaccins inutilisables sont détruits. Seulement deux des six bureaux de santé publique que nous avons interviewés au sujet des procédures de maintien de la chaîne du froid vérifiaient le type de thermomètre utilisé par les fournisseurs de soins de santé. Leurs dossiers indiquaient que plus de 90 % des fournisseurs de soins de santé utilisaient des thermomètres min/max et que seulement 2 % utilisaient des thermomètres qui donnent l'alerte lorsque la température du réfrigérateur déborde la plage recommandée. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 ont également soulevé la question et recommandé que les fournisseurs de soins de santé utilisent des systèmes électroniques automatisés de surveillance des réfrigérateurs qui aviseraient leur bureau de santé publique et eux-mêmes de toute rupture de la chaîne du froid.

Le processus d'inspection des bureaux de santé publique doit être passé en revue

Conformément à la politique du Ministère, les bureaux de santé publique doivent faire une inspection annuelle des locaux des fournisseurs de soins de santé afin de déterminer si ceux-ci respectent les exigences en matière de stockage et de manutention des vaccins. Ils doivent notamment s'assurer que les fournisseurs conservent les vaccins à la température requise pour en préserver la puissance et qu'ils maintiennent des niveaux de stocks raisonnables pour que les vaccins n'arrivent pas à expiration avant d'être utilisés. Les bureaux de santé publique utilisent les listes de vérification du Ministère à cette fin.

Les bureaux de santé publique inspectent les réfrigérateurs utilisés pour stocker les vaccins dans les cabinets de médecins, les pharmacies et

les établissements de soins de longue durée pour s'assurer que les vaccins sont conservés à la température requise pour en préserver la puissance. Nous avons effectué des travaux d'audit dans six bureaux de santé publique et constaté ce qui suit :

- En 2013, chacun des bureaux avait inspecté au moins 95 % des lieux de stockage des vaccins et, dans les cinq bureaux qui suivaient les résultats globaux, la plupart des fournisseurs avaient subi l'inspection avec succès.
- Les pratiques d'inspection variaient selon les bureaux. L'un d'eux faisait surtout des inspections surprises tandis que les cinq autres annonçaient leurs inspections à l'avance. Trois des bureaux qui annonçaient leurs inspections ont souligné que les inspections surprises n'étaient guère pratiques, parce que le personnel des fournisseurs de soins de santé doit être disponible au moment de l'inspection. Le bureau de santé publique qui faisait des inspections surprises, quant à lui, a indiqué que ces inspections empêchaient les fournisseurs de se préparer à l'avance — par exemple, en dégivrant le réfrigérateur ou en complétant les registres de températures manuels incomplets.

Les bureaux de santé publique vérifient également si le fournisseur de soins de santé a plus d'un mois de vaccins en main. Cependant, comme ils ne connaissent pas le nombre de vaccins utilisés chaque mois par les fournisseurs de soins de santé, il leur est difficile de déterminer si le fournisseur a plus d'un mois de vaccins en main. Nous avons néanmoins observé que 40 % des rapports d'inspection examinés faisaient état de stocks excédentaires ou expirés, ce qui préoccupait cinq des six bureaux. Cependant, aucun des six bureaux ne calculait le total des stocks excédentaires ou expirés, car ce n'était pas une exigence de la liste de contrôle d'inspection fournie par le Ministère.

Les six bureaux de santé publique que nous avons visités faisaient parvenir des rapports d'inspection au Ministère. Bien qu'il s'agisse d'une exigence du Ministère, celui-ci se contente

d'entreposer presque tous ces rapports, parfois sans même les ouvrir. Le Ministère a indiqué qu'il utiliserait le rapport si un bureau de santé publique le contactait à propos d'un problème connexe. Il n'exigeait pas non plus des bureaux de santé publique qu'ils lui envoient un résumé des résultats des inspections soulignant les problèmes à suivre pour permettre au Ministère de déterminer facilement si les bureaux de santé publique font des inspections de suivi.

Au cours de l'année civile 2013, seulement 5 % des ruptures de la chaîne du froid ont été repérées durant les inspections effectuées par les bureaux de santé publique. Les autres ruptures ont surtout été décelées par les fournisseurs de soins de santé. Vu le temps requis pour les inspections annuelles de tous les fournisseurs de soins de santé par le personnel des bureaux de santé publique, nous croyons que ces inspections devraient être axées sur les fournisseurs qui présentent un plus grand risque de problème. Par exemple, les fournisseurs qui échouent fréquemment aux inspections ou qui ont confié la responsabilité du maintien de la chaîne du froid à de nouveaux membres du personnel pourraient être considérés comme présentant un risque élevé. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 suggéraient d'ailleurs de cibler les fournisseurs à risque au lieu d'inspecter chaque année les locaux de tous les fournisseurs de soins de santé.

Le gaspillage fait l'objet d'une analyse minimale

À Toronto, les fournisseurs de soins de santé déclarent les vaccins gaspillés au SAMPGO. À l'extérieur de Toronto, les fournisseurs déclarent les vaccins gaspillés aux bureaux de santé publique qui, à leur tour, transmettent l'information pertinente au SAMPGO. Cette information comprend le nombre et le type de vaccins gaspillés ainsi que la raison du gaspillage (p. ex. vaccins venus à expiration ou détériorés par suite de variations de température). En 2013-2014, le SAMPGO a déclaré que les vaccins gaspillés partout dans la province avaient coûté

un total de 6,6 millions de dollars (4,7 millions en 2012-2013).

Dans notre *Rapport annuel 2003*, nous faisons remarquer que l'information fournie au SAMPGO au sujet des vaccins gaspillés était souvent inexacte et nous recommandions au Ministère d'obtenir des renseignements exacts et complets à ce sujet et de prendre des mesures pour réduire le gaspillage. Durant l'audit actuel, nous avons constaté que les données sur les vaccins gaspillés restaient incomplètes. Par exemple, l'information suivie par le SAMPGO n'incluait ni les doses inutilisées des flacons multidoses ni les vaccins gaspillés non déclarés par les fournisseurs de soins de santé.

Selon la politique du Ministère, les vaccins gaspillés dans chaque bureau de santé publique ne devraient pas représenter plus de 5 % des vaccins distribués à ce bureau chaque année. Pour l'exercice 2013-2014, le SAMPGO a indiqué que le nombre total de vaccins gaspillés à l'échelle de la province correspondait à environ 6 % (4 % en 2012-2013) de la valeur totale des vaccins distribués aux fournisseurs de soins de santé. Le SAMPGO avait calculé le gaspillage total mais non le gaspillage par bureau de santé publique, car il n'analyse pas l'information de cette manière. Il ne savait donc pas quels bureaux de santé publique avaient dépassé la limite de 5 % fixée par le Ministère. En nous fondant sur les plus récentes données disponibles au moment de notre audit, nous avons remarqué que sept des bureaux de santé publique avaient gaspillé plus de 10 % des doses qui leur avaient été distribuées en 2012-2013 et que ce pourcentage dépassait 20 % dans deux cas. Le Ministère ne savait pas pourquoi ce pourcentage était si élevé.

Selon le SAMPGO, en 2012-2013, environ 65 % (3 millions de dollars) des vaccins gaspillés étaient venus à expiration et 21 % (environ 1 million de dollars) avaient été altérés par suite de ruptures de la chaîne du froid. Aucune raison n'avait été fournie pour expliquer une autre tranche de 12 % (environ 600 000 \$) et le SAMPGO n'avait pas assuré de suivi. Le SAMPGO prend note des lieux des ruptures de la chaîne du froid mais non des lieux de stockage

des vaccins expirés. Le Ministère ne savait donc pas quels médecins, pharmacies, foyers de soins de longue durée et bureaux de santé publique avaient le plus de vaccins expirés. Sans cette information, le Ministère ne peut pas assurer un suivi auprès des fournisseurs de soins de santé pour s'enquérir de la cause du taux élevé de gaspillage et déterminer comment réduire ce gaspillage dans l'avenir. En outre, le Ministère n'a aucune garantie que tous les vaccins gaspillés sont déclarés. Si l'information sur les vaccins administrés était saisie directement dans le registre de vaccination par les fournisseurs de soins de santé au moment où le patient est vacciné, le Ministère serait davantage en mesure de suivre tous les vaccins fournis aux médecins, notamment afin de repérer ceux qui ne déclarent pas tous les vaccins gaspillés.

Les six bureaux de santé publique que nous avons examinés envoyaient des lettres aux fournisseurs de soins de santé lorsqu'ils soupçonnaient que des patients avaient reçu des vaccins détériorés (c.-à-d. expirés ou non conservés à la bonne température). La lettre rappelle aux fournisseurs que certains patients pourraient ne pas être immunisés contre une maladie parce qu'ils ont reçu des vaccins potentiellement inefficaces. Le Ministère a indiqué que les bureaux de santé publique n'étaient pas tenus de confirmer que les médecins vérifient leurs dossiers ou informent leurs patients que leur immunité pourrait être compromise, et que cette responsabilité incombe aux médecins.

Les bureaux de santé publique envoient aux fournisseurs de soins de santé une lettre distincte indiquant la valeur au détail des vaccins gaspillés parce qu'ils n'avaient pas été conservés à la bonne température, mais les bureaux n'exigent pas de remboursement même si le fournisseur connaît de fréquentes ruptures de la chaîne du froid. Or, un seul des six bureaux de santé publique examinés a envoyé des lettres informant les médecins de la valeur des vaccins gaspillés en raison de stocks excessifs, même si les vaccins expirés représentent un pourcentage beaucoup plus élevé du gaspillage total que les vaccins exposés à des ruptures de la

chaîne du froid. Le Ministère ne connaît pas le nombre total de lettres expédiées par les bureaux de santé publique et ne sait pas si ces lettres ont modifié le comportement des fournisseurs.

Bien que les vaccins distribués par le SAMPGO soient financés à 100 % par le Ministère, aucune mesure de dissuasion n'a été mise en place afin d'inciter les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé à réduire au minimum le gaspillage attribuable aux commandes excessives et le nombre de vaccins expirés qui en découlent. Par exemple, ni les bureaux de santé publique ni les fournisseurs de soins de santé ne s'exposent à des coûts ou à des pénalités parce qu'ils ont gaspillé des vaccins. Les auteurs du rapport d'examen de 2014 ont également recommandé de tenir les fournisseurs de soins de santé responsables des vaccins gaspillés. Les dirigeants d'un bureau de santé publique à qui nous avons parlé ont suggéré de présenter des factures aux fournisseurs de soins de santé qui gaspillent des vaccins.

RECOMMANDATION 11

Pour réduire au minimum le gaspillage de vaccins et en maintenir la puissance, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mettre en oeuvre des processus afin de s'assurer que la quantité de vaccins qui sont commandés par les fournisseurs de soins de santé et qui leur sont distribués sans frais est raisonnable (p. ex. en surveillant l'information sur leurs niveaux de stocks par la voie du nouveau système Panorama);
- réviser les normes minimales concernant les types de réfrigérateurs et de thermomètres utilisés par les fournisseurs de soins de santé pour entreposer les vaccins, par exemple en interdisant l'utilisation des réfrigérateurs de bar et des thermomètres min/max, qui sont moins susceptibles de conserver les vaccins à la bonne température ou de fournir des renseignements sur le laps de temps durant lequel la température a débordé les limites de

la plage requise pour préserver la puissance des vaccins;

- de concert avec les bureaux de santé publique, obtenir et examiner l'information sur les vaccins gaspillés par chaque fournisseur de soins de santé et assurer un suivi auprès des fournisseurs dont le niveau de gaspillage est plus élevé;
- déterminer si le processus suivi par les bureaux de santé publique pour inspecter les locaux des fournisseurs de soins de santé serait plus rentable s'il était axé sur le risque, de manière à ce que les fournisseurs dont le niveau de gaspillage est plus élevé — que ce soit parce que les vaccins ne sont pas conservés à la bonne température ou parce qu'ils sont venus à expiration avant de pouvoir être utilisés — reçoivent plus d'attention, et exiger des bureaux de santé publique qu'ils procèdent à un certain nombre d'inspections surprises.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît que la réduction du gaspillage de vaccins et le maintien de leur puissance sont des aspects importants du programme de vaccination financé par le gouvernement de l'Ontario. Dans le cadre du processus ontarien d'inspection de la chaîne du froid, les bureaux de santé publique emploient une approche de service à la clientèle afin d'éduquer les fournisseurs et de les sensibiliser à l'importance des bonnes pratiques de stockage et de manutention des vaccins. En s'appuyant sur les points forts de cette initiative et dans le cadre du plan d'action pour le renouvellement du programme de vaccination qu'il est en train d'élaborer, le Ministère va :

- élaborer des outils, des soutiens et des processus afin de renforcer ses pratiques existantes de surveillance des commandes de vaccins, en tirant parti des données d'inventaire normalisées et améliorées accessibles grâce à

la composante Gestion des stocks de vaccins de Panorama et à sa capacité d'alerte (p. ex. en automatisant la production des rapports historiques sur les commandes et le gaspillage ainsi que le marquage des cas justifiant une intervention, comme les divergences dans les commandes de vaccins);

- travailler avec des intervenants tels que l'Ontario Medical Association et l'Ontario Pharmacists' Association afin de trouver des moyens de réduire le gaspillage des vaccins, notamment en examinant les exigences

minimales touchant le stockage et la manutention des vaccins, les réfrigérateurs et les thermomètres min/max;

- examiner les possibilités d'intégrer une approche fondée sur le risque au processus ontarien d'inspection de la chaîne du froid, en mettant davantage l'accent sur les inspections surprises et l'amélioration des processus permettant d'identifier les fournisseurs qui connaissent des niveaux plus élevés de gaspillage et de travailler avec eux.

Annexe 1 – Intervenants gouvernementaux et responsabilités clés choisies pour le programme de vaccination de l'Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Organisme/entité	Responsabilités clés
Fédéral	
Santé Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Approuve les vaccins pour utilisation
Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des avis scientifiques et présente des recommandations concernant l'utilisation des vaccins approuvés par Santé Canada
Comité canadien d'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • Publie des avis nationaux sur la mise en oeuvre du programme de vaccination
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonne le programme d'approvisionnement en vrac dans le cadre duquel les provinces et territoires (en Ontario, le SAMPGO du Ministère) commandent leurs vaccins
Provincial	
Médecin hygiéniste en chef	<ul style="list-style-type: none"> • Rend compte à l'Assemblée législative des risques pour la santé publique en Ontario, y compris les maladies évitables par vaccination • À titre de haut fonctionnaire du Ministère, rend compte au sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée du programme de vaccination de l'Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)	<ul style="list-style-type: none"> • Surveille le programme de vaccination de l'Ontario et élabore la politique connexe • Donne des conseils au gouvernement sur les vaccins qui devraient être financés par le secteur public et les personnes qui devraient y être admissibles
Santé publique Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Communique des renseignements au Ministère et au public sur des sujets incluant les taux de couverture vaccinale et les effets secondaires • Par l'entremise du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Immunisation (CCPMI), donne des conseils au Ministère sur les vaccins qui devraient être financés par le secteur public et les personnes qui devraient être vaccinées
Municipal	
36 bureaux de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque bureau est dirigé par un médecin hygiéniste local et administre le programme de vaccination dans sa région • Chaque bureau relève de son propre conseil de santé
36 conseils de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque conseil surveille son propre bureau de santé publique et se compose en tout ou en partie de représentants municipaux

Annexe 2 – Comparaison des calendriers de vaccination des provinces canadiennes, 2014

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, à partir des calendriers de vaccination des provinces

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande la vaccination systématique des enfants pour plus d'une douzaine de maladies et d'infections. Aucune des provinces n'offre plus de vaccins financés par le secteur public que le CCNI recommande, mais certaines en offrent moins. Les 10 provinces ont des calendriers semblables pour 9 vaccins, soit ceux contre la diphtérie, l'Hib (*Haemophilus influenzae* de type b), la rougeole, les oreillons, la coqueluche, les infections à pneumocoques, la polio, la rubéole et le tétanos. Les calendriers provinciaux varient pour les cinq vaccins indiqués ci-dessous.

	Hépatite B	Papillomavirus	Méningocoques	Rotavirus	Varicelle
Recommandations du CCNI	Tous les enfants, quel que soit l'âge	Personnes de 9 à 26 ans	1 ^{re} dose : • Enfants de 12 mois à 5 ans • À envisager pour les enfants de 5 à 11 ans 2 ^e dose : • Personnes de 12 à 24 ans Utiliser un schéma à 3 doses à partir de l'âge de 2 mois	• Bébés de 6 semaines à 8 mois	• 2 doses à au moins 6 semaines d'intervalle : de 12 mois à 12 ans ou • 2 doses : jeunes de 13 à 17 ans qui n'ont jamais contracté la varicelle
Terre-Neuve-et-Labrador	6 ^e année	Filles de 6 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 4 ^e année	• Non financé par le secteur public	• 1 dose à 1 an
Île-du-Prince-Édouard	Avant 1 an	Filles et garçons de 6 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 9 ^e année	• Avant 1 an	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : À 18 mois
Nouvelle-Écosse	7 ^e année	Filles de 7 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 7 ^e année	• Non financé par le secteur public	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : Entre 4 et 6 ans
Nouveau-Brunswick	Avant 1 an	Filles de 7 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 9 ^e année	• Non financé par le secteur public	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : À 18 mois
Québec	4 ^e année	Filles de 4 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 9 ^e année	• Avant 1 an	• Une dose à 1 an
Ontario	7 ^e année	Filles de 8 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 7 ^e année	• Avant 1 an	• 1 ^{re} dose : Avant 2 ans • 2 ^e dose : Entre 4 et 6 ans
Manitoba	4 ^e année	Filles de 6 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 4 ^e année	• Avant 1 an	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : Entre 4 et 6 ans
Saskatchewan	6 ^e année	Filles de 6 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : 6 ^e année	• Avant 1 an	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : À 18 mois
Alberta	5 ^e année	Filles de 5 ^e année (et garçons à compter de l'automne 2014)	• 1 ^{re} dose : À 2 mois • 2 ^e dose : À 4 mois • 3 ^e dose : À 1 an • 4 ^e dose : 9 ^e année	• Non financé par le secteur public	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : Entre 4 et 6 ans
Colombie-Britannique	Avant 1 an	Filles de 6 ^e année	• 1 ^{re} dose : À 2 mois • 2 ^e dose : À 1 an • 3 ^e dose : 6 ^e année	• Avant 1 an	• 1 ^{re} dose : À 1 an • 2 ^e dose : À 4 ans

Annexe 3 – Vaccins non financés par l'Ontario contrairement aux recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Zona	<p>Le CCNI recommande de vacciner les personnes de 60 ans et plus contre le zona, mais le vaccin n'est pas financé par le secteur public en Ontario ou dans n'importe quelle autre province canadienne.</p> <p>Le zona est causé par la réactivation du virus varicelle-zona. La probabilité qu'une personne contracte le zona durant sa vie, habituellement après l'âge de 60 ans, est d'environ 30 %. Le nombre de cas de zona en Ontario ne fait pas l'objet d'un suivi, mais le Comité canadien d'immunisation signale une augmentation du nombre de cas à l'échelle nationale, en partie à cause du vieillissement de la population. Il estime à plus de 67 millions de dollars par an les frais d'hospitalisation liés au zona au Canada.</p> <p>En 2013, le Comité canadien d'immunisation a indiqué que le vaccin contre le zona est rentable pour les personnes de 60 ans et plus. En 2013, le CCPMI a proposé que le secteur public finance le vaccin contre le zona pour les groupes d'âges plus élevés. Malgré la proposition du CCPMI, le Ministère a indiqué qu'il ne finance pas le vaccin contre le zona parce que le vaccin actuel doit être conservé dans un congélateur, et qu'il n'est pas pratique pour les médecins d'avoir un congélateur dans leurs cabinets. Un vaccin stable au réfrigérateur a été mis en vente en Ontario au printemps 2014.</p>
Papillomavirus	<p>Le CCNI recommande le vaccin contre le papillomavirus pour toutes les personnes de 9 à 26 ans, mais l'Ontario le finance seulement pour les filles de 8^e année.</p> <p>Le CCPMI a recommandé que seulement les filles et les garçons et hommes à risque élevé soient admissibles au vaccin, mais il n'a pas expliqué pourquoi sa recommandation était différente de celle du CCNI. Nous avons remarqué que d'autres administrations avaient récemment commencé à financer le vaccin contre le papillomavirus non seulement pour les filles mais aussi pour les garçons. Par exemple, l'Australie a commencé à financer le vaccin pour les garçons en 2013, l'Île-du-Prince-Édouard, durant l'année scolaire 2013-2014, et l'Alberta, durant l'année scolaire 2014-2015.</p> <p>Une étude réalisée en 2013 par Santé publique Ontario indiquait que le financement public du vaccin contre le papillomavirus pour les garçons coûterait trop cher, parce que les avantages pour la santé et les économies connexes étaient moins importants pour les garçons que pour les filles. Santé publique Ontario a ajouté que d'autres études seraient nécessaires pour déterminer le rapport coût-efficacité global de l'immunisation des garçons contre le papillomavirus. Deux des bureaux de santé publique que nous avons visités ont fait observer que vacciner les garçons contre le papillomavirus devrait être une priorité, parce que cela freinerait la propagation de l'infection et donc des maladies connexes.</p> <p>Le CCPMI a également recommandé d'offrir le programme de vaccination en 7^e plutôt qu'en 8^e année parce qu'il serait plus économique, en termes de temps du personnel infirmier et de frais d'administration, d'administrer ce vaccin en même temps que les deux autres vaccins administrés en 7^e année. Le groupe de travail du Ministère qui se penchait sur la question n'était pas d'accord : il craignait que trois vaccins soient trop pour les élèves de 7^e année. En conséquence, le vaccin contre le papillomavirus continue d'être administré seulement en 8^e année.</p>
Méningite à méningocoques	<p>Le CCNI recommande le vaccin méningococcique pour les adolescents, généralement à l'âge de 12 ans, tandis que le Guide canadien d'immunisation le recommande également pour les jeunes adultes de 24 ans ou moins. L'Ontario finance le vaccin pour les élèves de 7^e année. Le Ministère n'a pas calculé combien de personnes risquent de contracter cette maladie parce qu'elles n'ont pas été vaccinées.</p>

Coqueluche	<p>Le CCNI recommande le vaccin contre la coqueluche pour tous les adultes, mais l'Ontario ne le finance pas pour les 65 ans et plus. Le Ministère a indiqué que la recommandation du CCNI est à l'étude depuis 2011. Il n'avait pas encore déterminé s'il serait rentable d'étendre l'admissibilité à tous les adultes – par exemple, en tenant compte des coûts des soins de santé qui devraient être dispensés aux enfants de moins de six mois qui pourraient avoir contracté la coqueluche par contact avec une personne âgée.</p> <p>Le Guide canadien d'immunisation (publié par l'Agence de la santé publique du Canada) indique que les adultes éprouvent souvent une baisse de l'immunité contre certaines maladies évitables par vaccination, comme la coqueluche. Il recommande donc d'immuniser les adultes qui n'ont pas été vaccinés depuis l'enfance et qui sont en contact avec des bébés. De même, le CCPMI a recommandé en 2011, et de nouveau en 2012, que l'admissibilité au vaccin contre la coqueluche soit étendue à tous les adultes étant donné la diminution possible de l'immunité.</p>
Varicelle	<p>Le CCNI recommande deux doses du vaccin contre la varicelle pour les personnes de 12 mois à 49 ans qui n'ont jamais eu la varicelle (et y sont donc susceptibles). Comme le Ministère estime que la varicelle est surtout une maladie d'enfance et qu'il a d'autres priorités de financement, il finance le vaccin seulement pour les enfants nés en 2000 ou après.</p> <p>Malgré le fait que la varicelle a tendance à être plus dangereuse avec l'âge, les personnes nées avant l'an 2000 qui sont encore susceptibles à cette maladie parce qu'elles ne l'ont jamais contractée ne sont pas admissibles au vaccin. Elles peuvent choisir de payer le vaccin, et deux doses sont recommandées pour une protection adéquate. Le Ministère n'a pas calculé combien de personnes risquent de contracter cette maladie parce qu'elles n'ont pas été vaccinées.</p>

Glossaire

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

bureau de santé publique – Chacun des 36 organismes locaux de l'Ontario qui ont notamment pour tâche d'administrer le programme de vaccination financé par le Ministère dans leurs régions respectives. Chaque bureau de santé publique est dirigé par un médecin hygiéniste local et régi par un conseil de santé.

calendrier de vaccination – Liste des vaccins financés par le secteur public, des personnes admissibles à les recevoir et des dates où ils devraient être administrés.

chaîne du froid – Procédure suivie pour conserver la puissance des vaccins en veillant à ce qu'ils soient toujours stockés à une température variant entre 2 °C et 8 °C.

conseil de santé – Instance dirigeante d'un bureau de santé publique. Le médecin hygiéniste de chaque bureau de santé publique relève d'un conseil de santé dont la plupart des membres sont nommés par la municipalité locale. Les conseils de santé doivent notamment assurer l'exécution du programme de lutte contre les maladies évitables par vaccination, qui est financé par le secteur public, sur le territoire servi par leurs bureaux de santé publique respectifs. Les conseils font surtout rapport à leur municipalité locale; ils communiquent aussi l'information sur certains indicateurs du rendement au Ministère, conformément à leurs ententes de responsabilisation avec lui.

coqueluche – Maladie qui se caractérise par de la fièvre, des vomissements et des crises de toux. Les complications comprennent la pneumonie, les crises épileptiques, les lésions cérébrales et la mort. On estime que, chez les enfants de moins d'un an, 1 cas sur 200 est mortel.

diphtérie – Maladie des voies respiratoires supérieures. Les complications comprennent la suffocation, la paralysie, l'insuffisance cardiaque, le coma et la mort. Une personne sur dix qui contractent la diphtérie en meurt.

effet secondaire suivant la vaccination – Événement médical indésirable qui survient après qu'une personne a été vaccinée et qui n'est pas nécessairement une conséquence directe du vaccin. Les effets secondaires comprennent les réactions allergiques, les convulsions, les éruptions cutanées, les douleurs, les rougeurs et les enflures qui durent au moins quatre jours.

grippe – Maladie respiratoire qui réduit la capacité de l'organisme à combattre d'autres infections. Elle peut entraîner des infections bactériennes, comme la pneumonie, et parfois la mort, particulièrement chez les personnes vulnérables telles que les aînés, les enfants, les femmes enceintes et les gens qui ont des troubles médicaux chroniques.

Haemophilus influenzae de type b (Hib) – Type de bactérie qui peut provoquer des infections des voies respiratoires menant à une pneumonie, une bronchite, une infection aux oreilles, aux yeux ou aux sinus ou à d'autres problèmes plus graves comme la méningite et les infections osseuses. Les effets à long terme de la méningite peuvent inclure une perte auditive permanente, la paralysie, des crises épileptiques, des lésions cérébrales et la mort.

hépatite B – Maladie qui peut causer des symptômes tels que des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements et la jaunisse pendant des semaines ou des mois. Un petit nombre de personnes qui contractent l'hépatite B sont infectées pour la vie. Le taux de mortalité est d'environ 1 %.

infection à pneumocoques – Maladie bactérienne qui peut causer quatre infections graves : la méningite (infection cérébrale), la bactériémie (infection sanguine), la pneumonie (infection pulmonaire) et l'otite moyenne (infection de l'oreille moyenne). Les complications des infections à pneumocoques peuvent avoir des conséquences très graves pour les enfants et les personnes âgées, y compris des lésions cérébrales et la mort.

médecin hygiéniste – Personne responsable du programme de lutte contre les maladies évitables par vaccination d'un bureau de santé publique et d'autres programmes de santé publique. Dans la plupart des cas, le personnel du bureau de santé publique relève du médecin hygiéniste, qui relève à son tour d'un conseil de santé.

médecin hygiéniste en chef – Responsable de la gestion des risques pour la santé publique en Ontario. Le médecin hygiéniste en chef rend compte au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de questions telles que les vaccins qui devraient être financés par le gouvernement de l'Ontario et les préoccupations concernant le taux de couverture vaccinale dans toute la province.

méningite à méningocoques – Maladie invasive qui entraîne souvent une méningite et/ou une septicémie (infection sanguine potentiellement mortelle). Les symptômes comprennent la fièvre, la somnolence, l'irritabilité, des maux de tête intenses, des vomissements, des raideurs de nuque et des éruptions cutanées. Les cas graves peuvent causer le délire et le coma et, s'ils ne sont pas traités, un choc toxique et la mort.

niveau d'immunité collective – Pourcentage d'une population qui doit être vacciné pour réduire ou stopper la transmission d'une maladie infectieuse dans cette population.

oreillons – Maladie qui cause une inflammation des glandes salivaires chez 40 % des personnes qui la contractent. Les oreillons peuvent causer une méningite virale et sont associés aux pertes auditives et à l'inflammation du pancréas.

Panorama – Nouveau système de santé publique en voie de mise en oeuvre par le Ministère qui englobe un nouveau registre de vaccination et un système de suivi des stocks de vaccins et qui devrait être pleinement opérationnel dans tous les bureaux de santé publique de l'Ontario avant mars 2016. Il est prévu d'élargir le système et d'y intégrer des capacités de gestion des épidémies et d'investigation des maladies. Panorama est aussi en voie de mise en oeuvre dans d'autres provinces canadiennes.

papillomavirus – Maladie infectieuse qui peut provoquer des cancers liés au col de l'utérus, au vagin et à la vulve, à l'anus, à la cavité buccale (certaines parties de la bouche) ou à l'oropharynx (fond de la gorge) chez les femmes et au pénis, à l'anus, à la cavité buccale ou à l'oropharynx chez les hommes.

poliomyélite (polio) – Maladie qui envahit le système nerveux et peut causer la paralysie ou la mort si les muscles respiratoires sont affectés. Il n'y a aucun remède contre la polio. Grâce au vaccin contre la polio, cette maladie est considérée comme éradiquée dans de nombreuses parties du monde, dont le Canada.

registre de vaccination – Base de données où tous les vaccins administrés sont enregistrés et suivis. Le registre peut servir à identifier les personnes qui devraient recevoir un vaccin et, en cas d'épidémie, celles qui n'ont pas été vaccinées.

rotavirus – Cause la plus courante des cas graves de gastroentérite. Les symptômes comprennent la diarrhée, les nausées et les vomissements. Le rotavirus tue plus de 500 000 bébés et jeunes enfants dans le monde entier chaque année.

rougeole – Maladie qui se caractérise par des plaques rouges qui apparaissent d'abord sur le visage. Les complications comprennent la diarrhée, la pneumonie et les infections cérébrales. Dans les pays développés, 2 ou 3 cas sur 1 000 sont mortels.

rubéole – Maladie qui cause une éruption cutanée, des douleurs aux articulations, des ganglions lymphatiques anormaux et une légère fièvre. Les complications graves sont rares. Une infection rubéolique durant la grossesse pose un risque de déficience congénitale grave pour le bébé.

rupture de la chaîne du froid – Laps de temps durant lequel un vaccin n'est pas conservé dans la plage de températures requise pour en préserver la puissance.

Santé publique Ontario (ancienne Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé) – Organisme gouvernemental provincial chargé, entre autres choses, de surveiller les taux de couverture vaccinale et les effets secondaires suivant l'immunisation.

Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI) – Logiciel d'enregistrement des vaccinations utilisé par les bureaux de santé publique pour suivre les dossiers de vaccination de la plupart des élèves de l'Ontario et de certains enfants inscrits en garderie. Il sera remplacé par un nouveau registre de vaccination (une composante de Panorama) qui devrait être pleinement mis en oeuvre avant mars 2016.

Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) – Système fédéral que les bureaux de santé publique de l'Ontario utilisent pour signaler tous les cas de maladies transmissibles à déclaration obligatoire (y compris la plupart des maladies évitables par vaccination) ainsi que les effets secondaires suivant l'immunisation.

tétanos – Maladie qui peut causer de douloureuses contractions musculaires et/ou des raideurs à la mâchoire, au cou, aux bras, aux jambes et à l'estomac. Les spasmes musculaires peuvent être si intenses que la personne atteinte peut se casser des os. Les complications comprennent les problèmes respiratoires, les infections pulmonaires, le coma et la mort. Les taux de décès sont plus élevés chez les bébés et les personnes âgées.

varicelle – Maladie qui provoque habituellement des symptômes semblables à ceux de la grippe, de la fièvre et une éruption cutanée où les cloques durent une semaine avant la formation d'une gale. La varicelle peut être grave, particulièrement chez les bébés, les adultes susceptibles (p. ex. ceux qui n'ont jamais contracté la maladie) et les personnes au système immunitaire affaibli. Les complications comprennent les infections cutanées bactériennes et/ou une fasciite nécrosante (« maladie dévoreuse de chair ») et les pneumonies. Après la maladie initiale, le virus peut réapparaître sous forme de zona plus tard dans la vie.

zona – Aussi appelé herpès zoster. Infection qui survient lorsque le virus varicelle-zona est réactivé. Le zona cause souvent des douleurs et des démangeaisons d'un côté du visage ou du corps, qui sont suivies par une éruption cutanée douloureuse. Il peut affecter les yeux et même causer une perte de vision. Les autres symptômes peuvent inclure de la fièvre, des maux de tête, des frissons et des maux d'estomac.