

Santé publique : prévention des maladies chroniques

1.0 Résumé

La santé publique vise à protéger les personnes contre les maladies en faisant la promotion de comportements associés à un mode de vie sain et en prévenant la propagation des maladies. La santé publique a notamment pour fonction de prévenir les maladies chroniques. Les maladies chroniques s'entendent des maladies qui persistent longtemps et qui, généralement, ne peuvent être prévenues par des vaccins ou soignées par des médicaments. Les maladies chroniques importantes comprennent les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le cancer et le diabète.

En Ontario, le nombre de personnes ayant une maladie chronique a augmenté. Par exemple, la prévalence, c'est-à-dire le nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, a augmenté entre 2003 et 2013 dans les quatre problèmes de santé suivants :

- diabète – 65 %;
- cancer – 44 %;
- hypertension artérielle – 42 %;
- bronchopneumopathie chronique obstructive (un type de maladie respiratoire) – 17 %.

La qualité de vie des personnes ayant une maladie chronique peut être inférieure à celle de la population générale.

Les recherches de l'Institut de recherche en services de santé, un organisme sans but lucratif qui mène des recherches sur les données liées à la santé en Ontario, révèlent que les maladies chroniques engendrent des coûts importants pour le système de santé. Selon son rapport de 2016, quatre facteurs de risque modifiables peuvent contribuer aux maladies chroniques : la sédentarité, le tabagisme, la mauvaise alimentation et la consommation excessive d'alcool. De 2004 à 2013, les maladies chroniques ont coûté près de 90 milliards de dollars en soins de santé en Ontario.

Heureusement, la plupart des maladies chroniques sont évitables ou leur apparition peut être retardée en limitant les facteurs de risque modifiables. L'Ontario a mis l'accent sur la réduction du tabagisme et a connu un certain succès à cet égard – entre 2003 et 2014, le taux d'usage du tabac a diminué d'un peu moins de 5 %, passant de 22,3 à 17,4 %. Selon Action Cancer Ontario, la baisse et la stabilisation du taux d'incidence – le nombre de nouveaux malades durant une période donnée – du cancer pulmonaire à petites cellules, une maladie presque entièrement attribuable à l'usage du tabac, seraient attribuables au déclin historique du tabagisme en Ontario.

Cependant, l'Ontario n'a pas accordé autant d'importance à l'élimination des autres facteurs de risque modifiables en vue de réduire le fardeau des maladies chroniques, même si des recherches ont

révélé que la sédentarité a généré des coûts au titre des soins de santé plus élevés que le tabagisme.

Des occasions de collaboration s'offrent au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), à Santé publique Ontario (organisme provincial chargé de fournir au gouvernement des conseils de nature scientifique et technique sur des questions de santé publique) et aux 36 bureaux de santé publique (organismes comptables à la province et financés principalement par le Ministère, qui ont pour mandat de planifier et de fournir les programmes et les services visant à réduire le fardeau des maladies chroniques), afin d'éliminer les facteurs de risque modifiables liés aux maladies chroniques.

Dans le même ordre d'idées, le Ministère peut collaborer plus efficacement avec d'autres ministères provinciaux – comme ceux de l'Éducation, de l'Environnement et des Transports – pour élaborer des politiques publiques qui tiendraient compte de leurs effets sur la santé de la population, de sorte à favoriser encore plus l'amélioration de la santé des Ontariens.

Nous avons constaté d'importantes lacunes dans l'ensemble des bureaux de santé publique, qui sont imputables au nombre limité de systèmes officiels pour coordonner leurs activités et partager leurs pratiques exemplaires. En effet, de nombreux bureaux travaillent de manière indépendante en ce qui concerne l'exécution de recherches et l'obtention des données requises.

Par ailleurs, le Ministère ne mesure pas pleinement le rendement des bureaux de santé publique en matière de prévention des maladies chroniques. Plus particulièrement, le Ministère ne mesure pas le rendement et les activités des bureaux dans les domaines de l'activité physique, de la saine alimentation et du poids santé, et il n'a pas établi d'objectifs mesurables concernant l'amélioration de la santé globale de la population. Par conséquent, il ne peut pas s'assurer que les bureaux de santé publique et tous les autres bénéficiaires de fonds provinciaux pour la prévention des maladies chroniques réalisent des

progrès pour ce qui est d'aider les Ontariens à vivre plus longtemps et en meilleure santé.

En outre, à la suite de plusieurs études commandées par le Ministère qui ont souligné l'amélioration nécessaire du modèle de prestation des services de santé publique, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a nommé un comité d'experts sur la santé publique, qui est chargé de fournir des conseils sur les changements optimaux de nature structurelle et organisationnelle et en matière de gouvernance devant être apportés à la santé publique dans le cadre de la transformation du système de soins de santé. En juillet 2017, le Ministère a fait paraître le rapport du Comité d'experts, intitulé *La santé publique au sein d'un système intégré de santé*, qui renfermait plusieurs recommandations. Une recommandation proposait de ramener les 36 bureaux de santé publique à 14 entités régionales de santé publique afin d'améliorer la prestation des services de santé publique. Le Ministère procédait à des consultations au sujet des recommandations du Comité d'experts lorsque nous avons achevé notre audit.

Les autres points préoccupants que nous avons relevés sont les suivants :

- **L'Ontario ne dispose pas de stratégie générale de prévention des maladies chroniques** – La province ne dispose pas d'un cadre stratégique général de prévention des maladies chroniques pour orienter la planification et l'élaboration de l'ensemble des programmes. Un tel cadre établirait les buts et objectifs des programmes de prévention des maladies chroniques, fixerait des cibles provinciales axées sur les résultats en matière de santé, et énoncerait les rôles et responsabilités des différentes parties intervenant dans la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes de santé publique visant à prévenir les maladies chroniques. À titre de comparaison, la Colombie-Britannique a établi des objectifs et des cibles à long terme pour guider

les mesures prises à l'échelle du système et améliorer les résultats en matière de santé. Elle s'est également dotée d'un cadre stratégique en vue de l'utilisation de données probantes pour concevoir des interventions qui tiennent compte des facteurs de risque importants associés aux maladies chroniques. Or, comme nous le mentionnerons plus loin, l'espérance de vie des résidents de la Colombie-Britannique est en général déjà supérieure à celle des Ontariens.

- **Certains bureaux de santé publique éprouvaient des difficultés à accéder aux écoles pour y exécuter des programmes de promotion de la santé** – Étant donné que la modification précoce des comportements liés à la santé, par opposition à leur modification plus tard dans la vie, est plus efficace et a des effets plus durables, les professionnels de la santé publique ciblent souvent les enfants en tant que population prioritaire à qui doivent être offerts des programmes de modes de vie sains. Les bureaux de santé publique ont le mandat de collaborer avec les écoles, mais le manque de coordination à l'échelon provincial pour les aider à fournir les programmes et services de santé publique au niveau local dans les écoles a limité leur capacité d'influer sur l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes enfants. Par conséquent, les bureaux de santé publique utilisent leurs ressources pour établir des relations avec les écoles et convaincre celles-ci de participer à des programmes efficaces de santé publique, au lieu de les consacrer à la prestation des services.
- **Aucun leadership provincial uniforme n'est exercé pour coordonner la mise à jour des données probantes des bureaux de santé publique, le partage des pratiques exemplaires et l'élaboration des systèmes de surveillance des programmes de promotion de la santé** – Étant donné qu'aucun organisme provincial ne procède

activement à la mise à jour des données probantes et au partage des pratiques exemplaires de façon régulière ou n'élabore de systèmes de surveillance des activités en matière de promotion de la santé pour aider les bureaux de santé publique à concevoir des programmes qui répondent à leurs besoins locaux, les bureaux ont mené de recherches et élaboré des solutions locales de manière indépendante. Nous avons constaté qu'il y avait beaucoup d'activités faisant double emploi et de variation dans l'exhaustivité des recherches et le type de renseignements recueillis. Par exemple, les deux tiers des bureaux de santé publique ont déclaré avoir examiné de manière indépendante les données probantes et les pratiques exemplaires de programmes en milieu scolaire qui font la promotion du poids santé, de la saine alimentation ou de l'activité physique. Par ailleurs, les bureaux de santé publique avaient tendance à travailler individuellement pour élaborer des systèmes de collecte de données, et les types de renseignements recueillis différaient d'un bureau à l'autre, ce qui faisait en sorte que les données ne pouvaient être comparées.

- **Les bureaux de santé publique n'ont pas tous accès aux données épidémiologiques requises** – Il importe que les bureaux de santé publique disposent de données complètes et exactes, car ils sont tenus d'évaluer et de surveiller la santé de la population et de mesurer l'efficacité de leurs programmes dans le cadre des Normes de santé publique de l'Ontario. Nous avons constaté que les bureaux de santé publique n'ont pas tous été en mesure d'accéder à des données épidémiologiques complètes et à jour pour étudier les tendances, les causes et les effets en matière de santé et de maladies au sein des populations. Par exemple, l'Ontario ne dispose pas de données suffisantes sur les populations d'enfants et d'Autochtones pour répondre

aux besoins locaux concernant l'évaluation et la surveillance de la santé des populations ainsi que la planification et l'évaluation des programmes. En outre, il n'y a pas d'organisme central chargé de recueillir des données et de les communiquer aux bureaux de santé publique, et certains bureaux n'ont donc pas accès à ces renseignements. Par ailleurs, il se peut que certains bureaux de santé publique n'utilisent pas des données à jour pour planifier leurs programmes étant donné que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada ne fournit pas d'échantillons d'une taille adéquate qui permettrait l'exécution d'analyses locales dans les régions desservies par ces bureaux. Dans son rapport de 2015, le médecin hygiéniste en chef a aussi mis en exergue l'importance des données locales et a recommandé que l'Ontario entreprenne une enquête sur la santé de la population provinciale afin de recueillir des données à l'échelon local.

- **Les différents bureaux de santé publique ont indiqué qu'ils avaient une capacité limitée d'effectuer des analyses épidémiologiques pour les aider à orienter et à surveiller leurs programmes** – Certains bureaux de santé publique ont mentionné que, même lorsque les données épidémiologiques sont disponibles, ils ne disposent pas d'assez de temps ou du personnel qualifié requis pour les examiner et les analyser. Le Ministère n'a pas établi de normes particulières quant à la quantité de travail épidémiologique que devaient accomplir les bureaux de santé publique aux fins de la prévention des maladies chroniques ou n'a pas déterminé si certaines analyses épidémiologiques devaient être effectuées centralement. Par conséquent, il n'y a aucune assurance que les bureaux de santé publique qui ne disposent pas de ressources suffisantes en épidémiologie ont procédé à une analyse adéquate des données

sur les populations pour orienter et surveiller leurs programmes.

- **Certains bureaux de santé publique ne procédaient pas à des évaluations de leurs programmes pour déterminer si ceux-ci avaient une incidence positive** – Nous avons relevé des cas où certains bureaux de santé publique n'avaient pas évalué leurs nouveaux programmes ni mesuré l'efficacité des programmes, comme l'exige le Ministère. Par exemple, trois des quatre bureaux que nous avons visités avaient exécuté des programmes en milieu scolaire sans effectuer une évaluation de ceux-ci. Nous avons aussi constaté que les bureaux de santé publique avaient des compréhensions différentes de ce en quoi consiste une évaluation et que la rigueur des évaluations variait d'un bureau à l'autre, parce que le Ministère n'avait pas déterminé une méthode précise d'évaluation. En outre, il est ressorti d'une étude menée en 2015 par les bureaux de santé publique que la plupart des bureaux n'avaient pas la capacité d'évaluer les programmes. Sans ces évaluations, les bureaux de santé publique ne peuvent faire la preuve que leurs programmes se sont avérés efficaces pour ce qui est d'améliorer les résultats en matière de santé au sein de leur population. Par ailleurs, les bureaux de santé publique ne déterminaient pas toujours la mesure dans laquelle les objectifs de leurs programmes de prévention des maladies chroniques avaient été atteints. Par exemple, dans l'un des quatre bureaux que nous visités, nous avons observé que l'un des objectifs consistait à réduire la consommation de boissons sucrées dans la région géographique qu'il desservait, mais il n'avait pas mesuré la variation de la consommation de ces boissons.
- **Les indicateurs de rendement provinciaux actuels ne mesurent pas pleinement le rendement des bureaux de santé publique concernant la prévention des maladies**

chroniques et la promotion de la santé – Il n’y a pas d’indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés par les bureaux de santé publique relativement à l’atténuation des facteurs de risque tels que la sédentarité, la mauvaise alimentation et l’excès de poids. Par ailleurs, le personnel de la santé publique a mentionné que les résultats liés à un certain nombre d’indicateurs de rendement, comme le taux de jeunes qui n’ont pas fumé une cigarette complète et le taux d’adultes qui consomment une quantité d’alcool supérieure à celle indiquée dans les Directives de consommation d’alcool à faible risque, ne peuvent être attribués uniquement aux efforts des bureaux de santé publique. Ces indicateurs font intervenir le travail des bureaux de santé publique ainsi que celui d’autres intervenants, comme des écoles et des organismes communautaires. Le Ministère ne pouvait donc, à partir de ces seuls indicateurs, déterminer si les bureaux de santé publique s’étaient avérés efficaces pour ce qui est de fournir des programmes et services de prévention des maladies chroniques dans leur collectivité locale.

- **Le Ministère a commencé à traiter la question de l’équité du financement, mais la mise en oeuvre complète d’un modèle de financement axé sur les besoins pourrait prendre jusqu’à 10 ans** – À la suite d’une recommandation formulée en 2013 par le Groupe de travail sur l’étude du financement, le Ministère a mis au point un nouveau modèle de financement pour déterminer la portion appropriée de fonds à fournir à chaque bureau de santé publique. En 2015, le Ministère a commencé à appliquer ce nouveau modèle, mais il n’a pas fixé de date cible concernant le moment où les bureaux de santé publique obtiendront leur part de financement déterminée selon le modèle. Le Ministère a estimé qu’il pourrait s’écouler 10 ans avant que le financement de santé publique soit

distribué de manière plus équitable à tous les bureaux, en tenant pour acquis que le taux de croissance sera de 2 % et que les fonds supplémentaires futurs seront destinés aux bureaux qui ne reçoivent pas encore une part de financement déterminée selon le modèle. Par conséquent, certains bureaux de santé publique pourraient continuer de recevoir un financement inéquitable.

Le présent rapport contient 11 recommandations comportant 22 mesures pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Le Ministère n’a pas mis en place les processus et les systèmes requis pour s’assurer que les bureaux de santé publique planifient et fournissent de manière rentable les programmes et services de prévention des maladies chroniques. Par ailleurs, la coordination entre le Ministère et les autres ministères provinciaux ou entre les bureaux de santé publique laissait à désirer. Une telle coordination aiderait les bureaux de santé publique à planifier et à exécuter plus efficacement les programmes.

Le Ministère n’a pas non plus vérifié si Santé publique Ontario fournit tout le soutien dont ont besoin les bureaux de santé publique en matière de conseils scientifiques et techniques dans les domaines de l’évaluation de la santé des populations, de l’épidémiologie, et de la planification et de l’évaluation des programmes. En outre, le Ministère n’oriente pas les bureaux de santé publique en vue de l’adoption d’une méthodologie pour évaluer leurs programmes. Les bureaux ont besoin d’une méthodologie pour évaluer, mesurer et déclarer la mesure dans laquelle leurs programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé se sont avérés efficaces pour ce qui est de réduire les coûts imposés au système de soins de santé et d’améliorer les résultats en matière de santé pour la population.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille favorablement les recommandations formulées dans le rapport de la vérificatrice générale et l'importance accordée à la prévention des maladies chroniques. En Ontario et dans le monde entier, les maladies chroniques pèsent lourdement dans le fardeau des maladies et peuvent souvent être évitées ou réduites en limitant les facteurs de risques modifiables, tels que l'alimentation malsaine, la sédentarité, le tabagisme et la consommation néfaste d'alcool.

L'Ontario a accompli des progrès dans la prévention des maladies chroniques, notamment :

- La Stratégie Ontario sans fumée, qui vise à atteindre les plus faibles taux de tabagisme au Canada, a grandement réduit l'usage du tabac et les risques pour la santé des non-fumeurs dans la province au cours des 11 dernières années. Grâce aux efforts concertés, l'Ontario a réduit le taux de tabagisme, qui est passé de 20,9 % en 2005 à 17,4 % en 2014.
- La Stratégie pour la santé des enfants, une initiative pangouvernementale lancée en 2013, repose sur des interventions clés pour favoriser les poids santé chez les enfants et les jeunes en les incitant à accroître leur activité physique et en préconisant l'alimentation saine. Elle s'inscrit dans une nouvelle législation provinciale exigeant l'affichage des calories sur les panneaux-menus dans les établissements de restauration réglementés et l'action communautaire Enfants en santé lancée dans 45 collectivités ontariennes.
- Le Ministère et les bureaux de santé publique participent activement à la promotion des Directives de consommation d'alcool à faible risque afin d'instaurer une culture de modération et de communiquer des messages uniformes sur les choix éclairés

et la consommation responsable d'alcool. Plus de 65 intervenants ont été consultés afin d'orienter l'élaboration d'une stratégie provinciale sur l'alcool.

- Le Ministère a engagé un processus pour moderniser les Normes de santé publique de l'Ontario en vigueur, qui mettront davantage l'accent sur les résultats, la responsabilisation, l'évaluation, la transparence et la collaboration. Aux termes des Normes modernisées, qui devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018, les programmes de prévention des maladies chroniques répondront aux besoins locaux, seront fondés sur des données probantes et seront soutenus par un système de santé intégré.

Faisant fond sur ces réalisations, le Ministère élabore actuellement une stratégie provinciale intégrée pour favoriser l'adoption de comportements de vie saine et réduire les facteurs de risque pour les maladies chroniques durant toute la vie, notamment l'alimentation malsaine, la sédentarité, la consommation néfaste d'alcool et le tabagisme, tout en reconnaissant l'incidence des déterminants sociaux de la santé. Les recommandations formulées dans notre audit contribueront grandement à l'élaboration de la stratégie provinciale, qui vise à promouvoir la santé, à prévenir la maladie et à aider tous les Ontariens à vivre une longue vie en santé.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu de la santé publique

La santé publique met l'accent sur la santé et le bien-être de la population dans son ensemble grâce à des activités de promotion et de protection de la santé ainsi que de prévention des maladies. La

santé publique fait intervenir une grande variété d'activités, par exemple :

- l'inspection des dépôts d'aliments et des détaillants de tabac;
- la vaccination des enfants et des adultes;
- les enquêtes sur les cas et les flambées de maladies infectieuses afin de prévenir leur propagation;
- l'offre d'un soutien aux nouveaux parents pour que les bébés soient en bonne santé;
- la collecte et l'analyse de données épidémiologiques pour évaluer la santé de la population;
- la promotion de programmes de modes de vie sains pour prévenir les maladies chroniques, tels que les maladies cardiovasculaires et le cancer.

En Ontario, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la Loi) est le principal texte législatif régissant la prestation des programmes et des services de santé publique dans la province. L'objet de la Loi est d'assurer l'organisation et la prestation de programmes et de services de santé publique, la prévention de la propagation des maladies, et la promotion et la protection de la santé des habitants de l'Ontario. Les autres textes législatifs qui jouent un rôle en matière de santé publique comprennent la *Loi sur l'immunisation des élèves* et la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*.

2.1.1 Le système de santé publique en Ontario

Le système de santé publique en Ontario consiste en un vaste réseau d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires menant leurs activités aux échelons local, provincial et fédéral. Les organismes non gouvernementaux comprennent des groupes sans but lucratif qui militent pour la sensibilisation aux maladies chroniques ainsi que la prévention et le traitement de celles-ci. Les organismes communautaires comprennent des groupes comme les centres communautaires qui exécutent des programmes

alimentaires visant à améliorer les compétences et les connaissances en matière d'alimentation.

À l'échelon provincial, les principaux intervenants de la santé publique sont le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et Santé publique Ontario. Le Ministère cofinance 36 bureaux de santé publique municipaux qui sont répartis à l'échelle de la province et chargés de fournir directement les services de santé publique aux Ontariens. Le Ministère est le principal bailleur de fonds des bureaux de santé publique, mais ceux-ci reçoivent également des fonds d'autres sources, dont le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Santé Canada et des organismes communautaires.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

La Division de la santé de la population et de la santé publique (la Division) du Ministère est responsable de l'élaboration des initiatives et des stratégies provinciales de santé publique, ainsi que du financement et de la surveillance des programmes de santé publique exécutés par les bureaux de santé publique. Il veille également à ce que des mesures appropriées soient prises lorsque surviennent des situations d'urgence.

Le médecin hygiéniste en chef de la province rend compte directement au sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sans passer par la Division. Ses responsabilités comprennent les suivantes :

- exercer un leadership et fournir au secteur de la santé publique des conseils sur la pratique clinique et la pratique en santé publique;
- repérer et évaluer les risques et les possibilités d'amélioration concernant la santé publique en Ontario;
- communiquer directement avec la population au sujet des questions de santé publique, par exemple, le risque que représente le virus Zika pour les Ontariens;

- faire rapport tous les ans à l'Assemblée législative de la province sur l'état de la santé publique.

Santé publique Ontario

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (aussi appelée Santé publique Ontario) a amorcé ses activités en 2008 en tant qu'organisme à vocation scientifique et technique financé en majeure partie par le Ministère. L'organisme a été établi en vertu de la *Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* à la suite des recommandations formulées après l'écllosion des cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Ontario, en 2003.

Santé publique Ontario fournit des conseils de nature scientifique et technique et mène des activités de soutien, comme l'évaluation de l'état de santé de la population et la recherche, la surveillance, les études épidémiologiques, la planification de programmes et l'évaluation en matière de santé publique, afin de protéger et d'améliorer la santé des Ontariens. Elle crée une expertise scientifique et en matière de recherche en santé publique dans les domaines des maladies transmissibles, de la salubrité de l'environnement, des maladies chroniques et des blessures, effectue une surveillance et mène des enquêtes épidémiologiques. Elle exploite également les 11 laboratoires de santé publique, qui fournissent des services d'analyses cliniques et environnementales, d'analyses de détection du bioterrorisme, et d'évaluation des nouvelles technologies et méthodologies de laboratoire. Certaines de ces fonctions relevaient du Ministère avant l'établissement de Santé publique Ontario.

Bureaux de santé publique

Les 36 bureaux de santé publique de l'Ontario fournissent aux collectivités qu'ils desservent une variété de services et de ressources, qui varient selon les besoins locaux. Les services et les ressources peuvent comprendre la tenue d'un

dossier sur la vaccination des élèves d'une école, l'offre d'une certification de manipulation salubre des aliments, des alertes de concentrations élevées de bactéries dans les eaux de baignade, des renseignements en ligne sur la santé physique et mentale – ce qui comprend la prévention des maladies chroniques – et des alertes de chaleur ou de froid extrême.

Les différents bureaux de santé publique desservent des populations de diverses tailles et profils, qui vont par exemple d'environ 34 000 personnes au Témiscamingue à presque 3 millions de personnes à Toronto. L'**annexe 1** montre les zones de desserte des 36 bureaux de santé publique et la population estimative servie par chaque bureau.

Chacun des 36 bureaux de santé publique est régi par un conseil de santé local, qui doit rendre compte du respect des normes provinciales sous le régime de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la Loi); chaque conseil est dirigé et administré par un médecin hygiéniste. Dans chaque région, le médecin hygiéniste rend compte au conseil de santé local au sujet de la santé publique et des autres questions.

Les modèles de gouvernance varient considérablement à l'échelle des 36 bureaux de santé publique. La Loi ne prescrit pas un modèle normalisé de gouvernance qui s'appliquerait à tous les conseils de santé. Les municipalités de l'Ontario ont différentes structures organisationnelles, et les conseils de santé de la province ont été établis à des moments différents au fil des ans. Cependant, tous les conseils de santé sont contrôlés par les municipalités dans une certaine mesure – certains sont des conseils autonomes dont les membres sont nommés par les municipalités, tandis que d'autres sont inclus dans la structure de l'administration municipale ou régionale. Selon le modèle de gouvernance, les conseils peuvent être composés de personnes nommées par la province ou la municipalité, de conseillers municipaux ou régionaux élus, ou de membres du public.

Chaque bureau de santé publique est partie à une entente de financement et de responsabilisation en santé publique passée avec le Ministère, qui énonce les modalités de son financement. L'entente n'est pas assortie d'une date d'expiration, et elle est modifiée tous les ans afin d'y inclure de nouvelles exigences et cibles de rendement. Les Normes de santé publique de l'Ontario (qui sont décrites à la **section 2.1.2**) établissent les exigences minimales pour la prestation des programmes et services de santé publique, et la Loi confère le pouvoir de mettre les normes en oeuvre, ce qui comprend l'établissement des rôles et responsabilités respectifs des bureaux de santé publique et du Ministère.

2.1.2 Normes de santé publique de l'Ontario

Le Ministère élabore des lignes directrices pour la prestation des programmes et services de santé publique conformément à la Loi. Chaque conseil de santé est tenu de respecter ces lignes directrices, appelées Normes de santé publique de l'Ontario. Les 14 normes, élaborées en 2008 et révisées pour la dernière fois en mars 2017, sont incluses dans un document de 77 pages. Elles établissent les exigences minimales auxquelles doivent satisfaire les bureaux de santé publique lorsqu'ils fournissent leurs programmes et services.

Les 14 normes comprennent une norme fondamentale qui englobe l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, la recherche et l'échange de connaissances, et l'évaluation des programmes. Les 13 autres normes s'inscrivent dans les 5 grandes catégories suivantes :

- les maladies chroniques et les blessures (par exemple, la prévention des maladies chroniques ainsi que la prévention des blessures et du mésusage de substances);
- la santé de la famille (par exemple, la santé génésique et la santé de l'enfant);
- la préparation aux situations d'urgence;

- la santé environnementale (par exemple, la salubrité des aliments et la salubrité de l'eau);
- les maladies infectieuses (par exemple, la prévention des maladies infectieuses et la prévention de la tuberculose, de la rage et des maladies évitables par la vaccination).

L'**annexe 2** présente un résumé des 14 normes et de leurs objectifs, et fournit certains exemples d'exigences imposées aux bureaux de santé publique pour chaque norme.

2.1.3 Structure de financement des programmes et services de santé publique

En vertu de la Loi, l'octroi d'un financement provincial au titre de la santé publique n'est pas obligatoire; ce financement est fourni aux termes de politiques ministérielles. La Loi oblige toutefois les municipalités assujetties (toute municipalité de palier supérieur ou municipalité à palier unique qui est située, en totalité ou en partie, dans le territoire qui renferme la circonscription sanitaire) à payer les dépenses engagées par les bureaux de santé publique ou au nom de ceux-ci pour fournir les programmes et services de santé publique prévus par la Loi, la réglementation ou les lignes directrices.

Cependant, le Ministère finance les programmes des bureaux de santé publique en totalité ou en partie, selon le programme. Il finance :

- jusqu'à 75 % des programmes obligatoires; les municipalités financent la tranche restante de 25 %, ou une tranche supérieure si les dépenses réelles dépassent le montant approuvé;
- 100 % des programmes provinciaux prioritaires, comme la Stratégie Ontario sans fumée, l'initiative de lutte contre les maladies infectieuses, le Programme de prévention du diabète, l'initiative de rémunération des médecins hygiénistes/médecins hygiénistes adjoints, le Programme de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario,

le programme Beaux sourires Ontario et les programmes de réduction des méfaits.

Certains bureaux de santé publique offrent uniquement des programmes provinciaux obligatoires, tandis que d'autres peuvent fournir des services de santé publique additionnels qui sont financés par les municipalités dont ils relèvent. Par exemple, la Ville de Toronto finance un programme de soins dentaires pour les aînés et les adultes à faible revenu, ainsi que pour les enfants et les jeunes qui ne sont pas admissibles à d'autres programmes de soins dentaires.

Chaque année, le Ministère met à jour les annexes de l'entente de financement et de responsabilisation en santé publique conclue avec chaque conseil de santé qui régit un bureau de santé publique pour tenir compte des affectations de fonds actualisées, des nouvelles politiques et lignes directrices, des nouvelles exigences en matière de rapport, et des indicateurs de rendement, bases de référence et cibles à jour.

Au cours des 10 dernières années, le Ministère a consacré en moyenne environ un milliard de dollars par année aux programmes et services de santé publique, soit approximativement 2 % des dépenses provinciales globales en matière de santé. Ces fonds sont octroyés à de nombreuses parties, dont les bureaux de santé publique, les organismes sans but lucratif et Santé publique Ontario.

2.2 Importance de la promotion de modes de vie sains et de la prévention des maladies chroniques

2.2.1 Les maladies chroniques et leurs conséquences pour les personnes et les coûts liés aux soins de santé

Les maladies chroniques s'entendent des maladies qui persistent longtemps. En général, elles ne peuvent être prévenues par des vaccins ou soignées par des médicaments. Les maladies chroniques importantes comprennent les maladies

cardiovasculaires et respiratoires, le cancer et le diabète. Selon Santé publique Ontario, les maladies chroniques ont représenté les trois quarts environ de tous les décès en Ontario en 2012, soit 68 944 décès sur 90 525.

Les personnes ayant une maladie chronique peuvent avoir une moins bonne qualité de vie que la population générale. Par exemple, les diabétiques sont plus susceptibles de subir une amputation d'orteils, de pieds ou d'une partie de la jambe et d'être atteintes de néphropathie et de rétinopathie, et beaucoup de personnes ayant le cancer doivent subir de multiples types de procédures, comme des chirurgies, de la radiothérapie et de la pharmacothérapie, pour traiter ou contrôler la maladie.

Les maladies chroniques ont des répercussions considérables sur les dépenses relatives aux soins de santé. À partir de données de 2008, le Ministère a estimé que les maladies chroniques importantes et les blessures ont représenté environ 31 % des coûts directs attribuables aux soins de santé en Ontario. Il s'agit d'une catégorie de coûts importante à laquelle il faut accorder une attention, étant donné que les dépenses relatives aux soins de santé en Ontario ont augmenté d'environ 47 % entre 2007-2008 et 2016-2017, passant de 38,1 à 56,0 milliards de dollars.

La prévention des maladies chroniques aide à réduire le fardeau pour le système de soins de santé et favorise une meilleure qualité de vie. L'Institut de recherche en services de santé, un organisme sans but lucratif qui mène des recherches sur les données liées à la santé en Ontario, a publié, en 2016, une étude provinciale de l'incidence des facteurs de risques modifiables – le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité – sur les dépenses de santé en Ontario. Un facteur de risque est dit « modifiable » lorsque des mesures peuvent être prises pour le changer et que son incidence sur la santé d'une personne peut être prévenue ou modifiée grâce à l'adoption d'un comportement sain, comme le fait

de ne pas fumer, de faire de l'activité physique et de consommer des aliments sains.

Il est ressorti de l'étude de l'Institut que 22 % des dépenses provinciales relatives aux soins de santé étaient attribuables aux quatre facteurs de risque modifiables associés aux maladies chroniques. L'étude a aussi montré que ces facteurs de risque ont entraîné des coûts liés aux soins de santé de près de 90 milliards de dollars en Ontario, notamment au titre des soins hospitaliers, des médicaments et des soins communautaires, entre 2004 et 2013.

Dans un rapport sur la prévention des maladies publiées en 2009, le Trust for America's Health, un organisme américain sans but lucratif qui milite pour des politiques et des ressources efficaces à l'appui des programmes de santé publique, a conclu que les fonds qui sont investis aujourd'hui dans des programmes communautaires éprouvés de prévention des maladies – plus précisément ceux qui se traduisent par une augmentation de l'activité physique, une alimentation plus saine et une réduction du tabagisme – peuvent entraîner des économies considérables à l'avenir. Le rapport a mentionné que pour chaque dollar investi, le rendement était de 6,2 dans une période allant

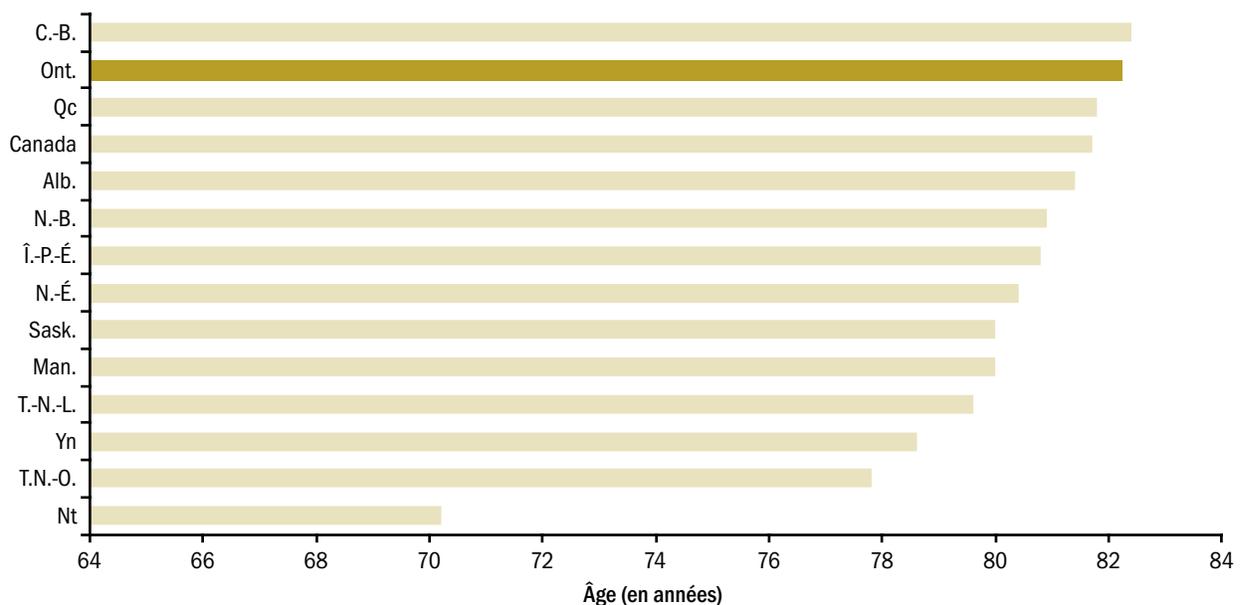
de 10 à 20 ans. Ce rendement ne tient pas compte des gains importants qui pourraient découler de l'augmentation de la productivité des travailleurs, de la réduction de l'absentéisme au travail et à l'école, et de l'amélioration de la qualité de vie.

2.2.2 Espérance de vie des Ontariens

L'état de santé d'une population est habituellement mesuré par l'espérance de vie, les comportements liés à la santé, l'état de santé autoévalué, ainsi que la prévalence (le nombre de cas à un moment donné) et l'incidence (le nombre de nouveaux cas durant une période donnée) des maladies. Selon Statistique Canada, l'espérance de vie calculée du Canadien moyen pour la période de 3 ans allant de 2011 à 2013 (la plus récente pour laquelle des données sont disponibles) était de 81,7 ans. L'espérance de vie des habitants de Colombie-Britannique était la plus longue (82,4 ans), tandis que celle des résidents des trois territoires était la plus courte, variant de 70,2 ans au Nunavut à 78,6 au Yukon. L'Ontario se situait au deuxième rang des provinces et des territoires au chapitre de l'espérance de vie, à 82,2 ans, comme le montre la **figure 1**.

Figure 1 : Espérance de vie, Canada, provinces et territoires, 2011-2013

Source des données : Statistique Canada



2.2.3 Tendances des maladies chroniques et des facteurs de risque clés

La prévalence des maladies chroniques diagnostiquées en Ontario a crû entre 2003 et 2013 :

- les cas de diabète ont augmenté de 65 %;
- les cas de bronchopneumopathie chronique obstructive (un type de maladie respiratoire) ont augmenté de 17 %;
- les cas d'hypertension artérielle (une cause de maladie cardiovasculaire) ont augmenté de 42 %;
- les cas de cancer ont augmenté de 44 %.

Le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués par année en Ontario, soit le taux d'incidence, a crû depuis au moins 1981, passant de 29 649 à 85 648 en 2016, et le nombre de nouveaux cas de diabète a fluctué – il s'établissait à 66 180 en 2000, a atteint un sommet à 93 950 en 2006, puis a diminué pour s'établir à 72 510 en 2012, l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles au moment de notre audit.

L'une des principales raisons de la hausse marquée de la prévalence et de l'incidence des maladies chroniques est le vieillissement de la population de la province. De 2006 à 2016, la population générale de l'Ontario a augmenté d'environ 11 %. Durant la même période, le nombre d'Ontariens âgés de 65 ans ou plus est passé de 1,65 million à 2,25 millions, ce qui constitue une hausse de 36 % au cours des 10 dernières années. En outre, selon la Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario publiée au printemps 2017, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait presque doubler entre 2016 et 2041, la croissance de la proportion et du nombre d'aînés s'accroissant de 2016 à 2031, période durant laquelle les derniers enfants du baby-boom atteindront l'âge de 65 ans.

Les progrès en matière de traitement ont aussi contribué à faire en sorte que les personnes ayant une maladie chronique vivent plus longtemps, au lieu de mourir tôt de leur maladie.

La **figure 2** montre les tendances entre 2003 et 2014 pour les cinq facteurs qui contribuent à l'incidence des maladies chroniques : la consommation insuffisante de fruits et de légumes, l'obésité, la sédentarité, la consommation excessive d'alcool et le tabagisme.

En 2014, une proportion moindre d'Ontariens a déclaré fumer et consommer de l'alcool de manière abusive par rapport à 2003, ce qui constitue une tendance positive. Cependant, une proportion plus grande de personnes a déclaré ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes, et plus de personnes faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses, ce qui constitue une tendance négative. Le changement concernant l'activité physique a été négligeable durant cette période.

En 2012, l'Institut de recherche en services de santé et Santé publique Ontario ont publié un rapport dans lequel il était mentionné que l'usage du tabac, la consommation excessive d'alcool, la mauvaise alimentation, la sédentarité et le stress élevé pouvaient influencer sur l'espérance et la qualité de vie. Collectivement, ces cinq risques réduisent l'espérance de vie de 7,5 ans en Ontario, soit de 7,9 ans pour les hommes et de 7,1 ans pour les femmes. Si ces risques étaient réduits, les Ontariens, en plus de vivre plus longtemps, augmenteraient le nombre d'années qu'ils vivent en bonne santé – une notion appelée « années de vie ajustées en fonction de la qualité », qui tient compte de la qualité de vie dans le calcul du nombre d'années de vie et du fait que les facteurs de risque associés aux maladies chroniques pourront avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie.

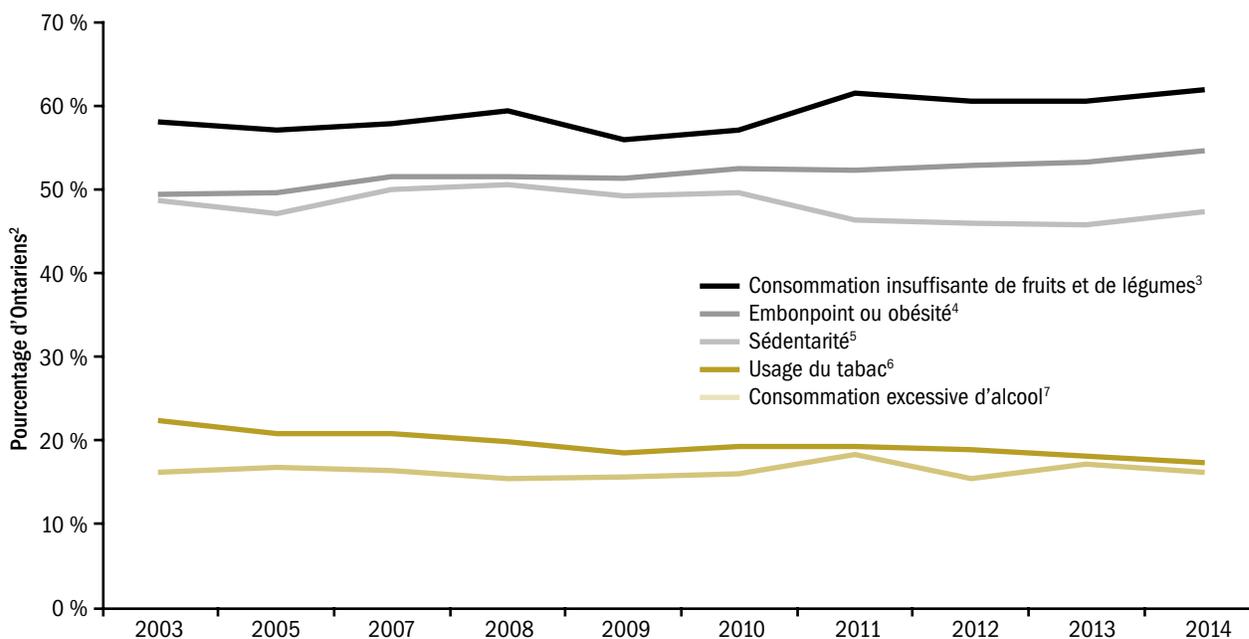
2.3 Programmes et services visant à promouvoir des modes de vie sains et à prévenir les maladies chroniques

2.3.1 Trois niveaux de prévention

En Ontario, les programmes de santé publique sont axés sur la promotion de la santé et la

Figure 2 : Tendances concernant les facteurs de risque clés en Ontario, 2003–2014

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada



1. Aucune donnée disponible pour 2004 et 2006.

2. Ontariens âgés de 12 ans et plus, à l'exception de ceux âgés de 18 ans et plus qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses.

3. Consommation de fruits et de légumes inférieure à cinq portions par jour.

4. Le ratio du poids (en kilogrammes) sur le carré de la taille (en mètres) est de 25 et plus.

5. Activité physique par jour durant les loisirs < 1,5 kcal/kg/jour.

6. Usage du tabac quotidien ou occasionnel.

7. Avant 2013, la consommation excessive d'alcool était définie comme le fait de prendre au moins cinq consommations à une occasion au moins une fois par mois. En 2013, la définition a été modifiée comme suit : au moins cinq consommations pour les hommes et au moins quatre consommations pour les femmes.

prévention primaire pour réduire l'incidence des maladies avant l'apparition de symptômes. D'autres partenaires du secteur de la santé, dont les fournisseurs de soins primaires et les

hôpitaux, peuvent être inclus dans les stratégies de prévention secondaires et tertiaires, comme il est indiqué à la **figure 3**.

Figure 3 : Le spectre des catégories de prévention

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

Niveau de prévention	Description	Exemples	Principaux responsables en Ontario
Primaire*	Prévention de l'apparition de la maladie; des interventions sont effectuées avant les manifestations de maladie ou de blessure.	Abandon du tabac, activité physique et immunisation.	Les 36 bureaux de santé publique.
Secondaire	Détection d'une maladie au tout début de celle-ci, avant l'apparition de symptômes; les interventions visent à ralentir ou à stopper la progression de la maladie.	Dépistage du cancer et épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale.	Fournisseurs de soins primaires, Action Cancer Ontario.
Tertiaire	Intervention visant à stopper la progression d'une maladie établie, comme le diabète, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux, et à limiter ses conséquences négatives.	Pharmacothérapie, chirurgie bariatrique (pour faciliter la perte de poids) et diète.	Fournisseurs de soins primaires, hôpitaux

* Dans le cadre du présent audit, l'accent est mis sur l'intervention primaire réalisée par la santé publique.

2.3.2 Programmes et services de santé publique visant à promouvoir des modes de vie sains et à prévenir les maladies chroniques

Les Normes de santé publique de l'Ontario précisent que les bureaux de santé publique doivent collaborer avec les intervenants locaux, tels que les écoles et les administrations locales, et renforcer la capacité des lieux de travail et des partenaires communautaires, en vue de fournir des programmes de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques portant sur les six domaines suivants :

- une saine alimentation;
- le poids santé;
- la lutte globale antitabac;
- la consommation d'alcool;
- l'activité physique;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet (p. ex. les lits de bronzage et la surexposition au soleil).

Les bureaux de santé publique sont également tenus d'influer sur l'élaboration de politiques publiques qui intègrent les effets sur la santé, la mise en place de conditions de vie et de travail qui favorisent les activités et les environnements sains, et l'acquisition de compétences personnelles à l'appui de modes de vie sains. Ils doivent également analyser les données de surveillance, ce qui comprend la surveillance des tendances au fil du temps, des nouvelles tendances et des populations prioritaires dans les six domaines susmentionnés.

Les activités menées par les bureaux de santé publique aux fins de la prévention des maladies chroniques comprennent les suivantes :

- effectuer des recherches relatives aux interventions, approches et politiques efficaces visant à atténuer les facteurs de risque associés aux maladies chroniques, comme l'étude de la relation entre la consommation de sucre (notamment les boissons sucrées) et la santé des enfants, des jeunes et des adultes;

- concevoir et mettre en oeuvre des campagnes de communication, par exemple en créant des brochures, des affiches et des ressources en ligne (ce qui comprend le versement de documents sur des sites Web) afin de mieux sensibiliser aux facteurs de risque associés aux maladies chroniques, comme la consommation de boissons sucrées, la sédentarité et le tabagisme;
- collaborer avec des intervenants externes, comme des installations de loisir, des municipalités, des conseils scolaires et des organismes sans but lucratif, pour l'offre d'ateliers et de séances de formation sur le renoncement au tabac, la promotion d'une saine alimentation, et les connaissances et compétences liées à l'activité physique;
- promouvoir l'approche globale de la santé en milieu scolaire (expliquée à la **section 4.4.3**) en élaborant du matériel à l'appui du curriculum, et en collaborant avec les parents, le personnel et les élèves pour favoriser un milieu qui soutienne une saine alimentation, le maintien d'un poids santé, une vie sans tabagisme, la prévention de la consommation d'alcool, la prudence au soleil et l'activité physique.

La **figure 4** présente des exemples de programmes et services de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques offerts par les 36 bureaux de santé publique en Ontario.

2.3.3 Financement des programmes de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques

En Ontario, le Ministère a dépensé 1,2 milliard de dollars au titre des programmes de santé publique et de promotion de la santé en 2016-2017. La **figure 5** présente une ventilation des affectations de fonds aux principales parties, les bureaux de santé publique recevant environ 58 % du financement pour exécuter les programmes et services imposés par le Ministère.

Figure 4 : Exemples de programmes et de services fournis par les bureaux de santé publique pour prévenir les facteurs de risque qui contribuent aux maladies chroniques

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

Facteurs de risque clés	Exemples de programmes et de services fournis par les bureaux de santé publique
Mauvaise alimentation	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers qui offrent de l'information en matière d'alimentation (par exemple, en faisant connaître le Guide alimentaire canadien aux élèves) ou qui visent l'acquisition de compétences alimentaires. Coordination d'un programme des petits-déjeuners pour les élèves.
Excès de poids	<ul style="list-style-type: none"> Offre de matériel à un lieu de travail qui organise une foire sur la santé. Combinaison de programmes et de services portant sur la saine alimentation et l'activité physique.
Usage du tabac	<ul style="list-style-type: none"> Cliniques d'abandon du tabac qui offrent aux fumeurs des services de counseling et des thérapies de substitution de la nicotine. Programmes de leadership chez les jeunes visant à former des jeunes afin qu'ils militent pour la lutte contre le tabac. Inspections visant à s'assurer que les détaillants de tabac respectent les lois et règlements en matière d'affichage.
Consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de communication pour faire connaître les Directives canadiennes de consommation d'alcool à faible risque. Ateliers offerts dans des écoles secondaires pour éduquer les élèves au sujet de la consommation raisonnable d'alcool.
Sédentarité	<ul style="list-style-type: none"> Programme de prêt de podomètres. Planification des transports actifs; par exemple, évaluer la sécurité des routes pour les élèves qui se rendent à l'école à pied. Campagne de communication sur les comportements sédentaires; par exemple, « levez-vous de votre siège et bougez ».
Exposition au rayonnement ultraviolet (UV)	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec des partenaires communautaires pour élaborer des politiques de prudence au soleil et aider les camps de jour à obtenir une certification relative à la protection contre le soleil. Mise en oeuvre d'une politique sur l'aménagement de lieux ombragés, pour s'assurer que les écoles fournissent suffisamment de lieux ombragés aux élèves durant les récréations et lorsqu'ils sortent à l'extérieur.

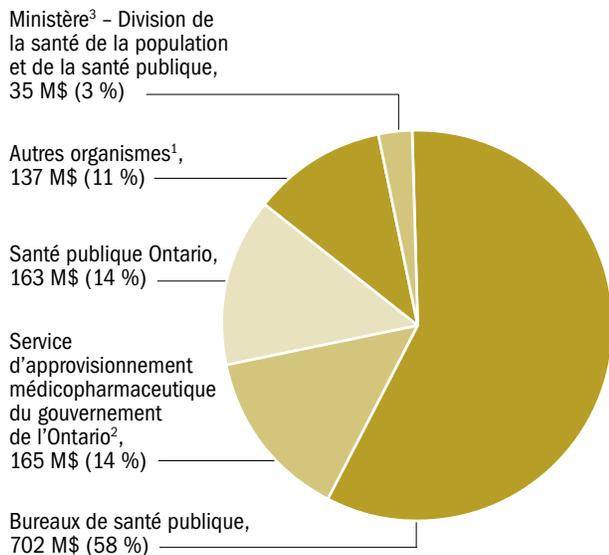
Comme il est mentionné à la **section 2.2.1**, il a été déterminé que les maladies chroniques contribuent considérablement aux coûts du système de soins de santé. Les bureaux de santé publique sont des agents d'exécution clés des programmes de prévention des maladies chroniques en Ontario, et ils reçoivent du financement ministériel à cette fin. Les bureaux de santé publique déterminent de façon indépendante la proportion de leur financement qu'ils destinent aux diverses activités relevant des Normes de santé publique de l'Ontario. Dans l'ensemble, les 36 bureaux de santé publique ont déclaré avoir affecté 12 % de leurs équivalents temps plein à la prévention des maladies chroniques en 2016.

Dans le même ordre d'idées, Santé publique Ontario détermine la proportion des fonds octroyés à diverses activités, comme le soutien des laboratoires de santé publique, le soutien scientifique et technique pour les maladies chroniques et infectieuses, et d'autres domaines opérationnels.

Globalement, en 2016-2017, l'Ontario a dépensé quelque 192 millions de dollars, soit 16 % des dépenses totales en matière de santé publique, au titre de la prévention des maladies chroniques. Le pourcentage de fonds pour la santé publique consacré à la prévention des maladies chroniques n'a pas changé ces 10 dernières années, en dépit du fait que les taux de maladies chroniques ont

Figure 5 : Affectation du financement provincial de la santé publique aux principaux bénéficiaires, 2016-2017

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



1. Comprennent des organismes tels que AccertaClaim Servcorp Inc. (qui administre le programme de soins dentaires de l'Ontario), l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et la Société canadienne du cancer.
2. La majorité de ce financement est consacré à la vaccination visant à prévenir la propagation de maladies infectieuses.
3. Pour l'élaboration, la surveillance et l'application des politiques.

augmenté à mesure que vieillit la population. La **figure 6** présente la ventilation de ces dépenses.

2.4 Comité d'experts sur la santé publique

En janvier 2017, le Ministère a nommé les membres du Comité d'experts sur la santé publique pour qu'il fournisse des conseils sur les changements optimaux de nature structurelle et organisationnelle et en matière de gouvernance devant être apportés à la santé publique dans le cadre de la transformation du système de soins de santé, ce qui comprend la question de longue date du réaménagement des frontières des bureaux de santé publique afin d'améliorer la prestation des services de santé publique. Le Ministère a fait paraître le rapport du Comité d'experts – *La santé publique au sein d'un système intégré de santé* – en juillet 2017. Les recommandations du Comité comprenaient les suivantes :

- l'établissement de 14 entités régionales de santé publique qui seraient associées à des secteurs de prestation des services locaux et dont les frontières correspondraient à celles des Réseaux locaux d'intégration des services

Figure 6 : Affectation du financement provincial de la prévention des maladies chroniques aux principaux bénéficiaires, 2016-2017

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

Bénéficiaire	Description	Montant (en millions de dollars)
Bureaux de santé publique	Portion provinciale des programmes obligatoires à coûts partagés par la province et les municipalités.	105
	Programme Ontario sans fumée	23
Parties diverses*	Programme Ontario sans fumée	27
	Programmes de nutrition et de saine alimentation	22
Centres de ressources en promotion de la santé	Fonds fournis à 12 centres de ressources en promotion de la santé (se reporter à la figure 7 pour la liste des centres et de leurs organisations mères respectives).	11
Santé publique Ontario	Fonds affectés pour soutenir la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures à partir d'un budget total de 165 millions de dollars.	4
Total		192

* Comprennent des municipalités, des universités et des organismes sans but lucratif tels que la Société canadienne du Cancer et Les diététistes du Canada.

de santé, ce qui constituerait une diminution par rapport aux 36 bureaux de santé publique;

- une structure proposée de leadership et de services au sein de chaque entité de santé publique;
- une approche uniforme en matière de gouvernance pour tous les conseils de santé, ainsi que des propositions concernant la composition et la taille des conseils et les compétences des membres des conseils.

Le Ministère a annoncé la tenue de consultations sur les recommandations au cours de l'été et de l'automne 2017. Au moment de l'achèvement de notre audit, aucun échéancier n'avait été établi et aucun engagement n'avait été pris relativement à l'apport de changements au système de prestation des services de santé publique.

Au cours de la dernière décennie, un certain nombre d'études commandées par le Ministère ont fait état du besoin de revoir le nombre et la taille des bureaux de santé publique afin de déterminer la structure de prestation la plus rentable. Ces recommandations indiquaient que le modèle de prestation des services de santé publique profiterait d'une réduction du nombre de bureaux de santé publique et du fait de s'assurer que les bureaux, surtout ceux de petite taille, disposent de ressources suffisantes et de personnel qualifié. Par exemple, un rapport publié en 2006 mentionnait que [traduction] « les petits bureaux de santé ont parfois de la difficulté à recruter et à conserver du personnel qualifié, et, en général, la taille de leurs équipes et leur effectif de soutien ne permettent pas un bon déroulement des activités en cas de postes vacants ou de situations d'urgence ». On y lisait également que [traduction] « les bureaux de santé ont davantage de difficulté à assumer les coûts associés au recours à du personnel spécialisé ou à justifier le recours à ce type de personnel pour composer avec les programmes et les questions de santé publique qui prennent de l'ampleur et qui sont de plus en plus complexes ».

Il y avait toujours 36 bureaux de santé publique au moment de notre audit. Le Ministère a expliqué

qu'il n'avait pas modifié le nombre de bureaux de santé publique au cours des 10 dernières années parce que les recommandations visaient exclusivement le secteur de la santé publique, et qu'il fallait tenir compte du système de santé dans son ensemble.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le Ministère, les conseils de santé et Santé publique Ontario avaient mis en place des systèmes et processus efficaces pour :

- surveiller, coordonner et fournir de façon équitable et économique les programmes et services de prévention des maladies chroniques;
- mesurer l'efficacité des programmes et des services pour ce qui est de réduire les coûts imposés au système de soins de santé et d'améliorer les résultats en matière de santé pour la population, et faire rapport à ce sujet.

Avant d'amorcer nos travaux, nous avons défini les critères à appliquer pour répondre à l'objectif de l'audit. Nous avons établi ces critères à partir d'un examen des lois, politiques et procédures applicables, et d'études internes et externes. La haute direction du Ministère, de Santé publique Ontario et des quatre bureaux de santé publique que nous avons visités a examiné notre objectif et les critères connexes, qui sont énoncés à l'**annexe 3**. Elle nous a fait part de ses préoccupations découlant des difficultés à évaluer l'efficacité des programmes et des services à réduire le fardeau économique sur le système de soins de santé et à faire rapport à ce sujet.

Nous nous sommes concentrés sur les activités de santé publique depuis 2014, et nous avons tenu compte des données et événements pertinents des 10 dernières années. Nous avons mené notre audit de novembre 2016 à mai 2017. Nous avons

obtenu du Ministère, de Santé publique Ontario et des quatre bureaux de santé publique que nous avons visités une déclaration écrite, à savoir que le 16 novembre 2017, ils nous avaient communiqué tous les renseignements dont ils disposaient et qui pouvaient avoir une incidence importante sur les constatations et les conclusions du présent rapport.

Comme il est décrit à la **section 2.0**, la santé publique englobe un large éventail de programmes et de services. Ces dernières années, notre Bureau a mené un certain nombre d'audits portant sur des programmes et services de santé publique, notamment les audits suivants :

- Immunisation, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en 2014;
- Stratégie visant des écoles saines, ministère de l'Éducation, en 2013;
- Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en 2012.

En outre, le rapport annuel de cette année comprend trois autres audits qui portent sur la santé publique. Il s'agit de ceux traitant des services de traitement du cancer (**chapitre 3.02**), de la gestion des situations d'urgence en Ontario (**chapitre 3.04**) et des services de laboratoire dans le secteur de la santé (**chapitre 3.07**).

Pour éviter qu'il y ait chevauchement avec des éléments traités dans nos précédents audits et nos autres travaux en cours, le présent audit est axé sur la surveillance et le financement, par le Ministère, des programmes et services de santé publique qui font la promotion de modes de vie sains afin de prévenir les maladies chroniques, la prestation de ces programmes et services par les bureaux de santé publique, et le rôle que joue Santé publique Ontario en vue de soutenir le Ministère et les bureaux de santé publique.

Notre audit a été mené principalement à la Division de la santé de la population et de la santé publique du Ministère, à Santé publique Ontario et à 4 des 36 bureaux de santé publique de l'Ontario, soit ceux situés à Chatham-Kent, à Durham, à Thunder Bay et à Toronto. Nous avons choisi

ces 4 bureaux en fonction de leur emplacement géographique, de leur structure de gouvernance et d'une analyse de 13 indicateurs de santé différents, dont les taux de mortalité, le tabagisme, l'obésité et les taux d'hospitalisation pour des cas de cancer, de diabète, de maladie cardiovasculaire et d'accident vasculaire cérébral.

Dans le cadre de notre audit, nous avons rencontré les personnes suivantes :

- les employés ministériels qui sont responsables de l'élaboration des politiques provinciales et de la surveillance de leur mise en oeuvre ainsi que de la surveillance et du financement de la santé publique, et le médecin hygiéniste en chef;
- les présidents des conseils d'administration ainsi que les membres de la direction et le personnel compétent des bureaux de santé publique qui supervisent, planifient, exécutent et évaluent les programmes de santé publique;
- les membres de la direction et le personnel compétent de Santé publique Ontario qui fournissent un soutien et du matériel de recherche au Ministère, aux bureaux de santé publique et à d'autres intervenants.

Nous avons également examiné des renseignements pertinents ainsi qu'analysé des données pertinentes sur les maladies chroniques et la santé publique, et effectué des recherches sur la manière dont les programmes et services de santé publique sont fournis dans d'autres provinces.

Pour obtenir des points de vue sur la santé publique, et plus particulièrement sur les programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé en Ontario, nous avons rencontré des représentants des organismes suivants : l'Association des agences locales de santé publique (une association qui représente les 36 bureaux de santé publique en Ontario); l'Association pour la santé publique de l'Ontario (une association qui représente des membres s'intéressant à la santé publique – des étudiants, des inspecteurs de la santé publique et des épidémiologistes, entre autres personnes);

Action Cancer Ontario; la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; l'Association pulmonaire du Canada – Ontario; l'Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario; la Fondation canadienne du rein – division de l'Ontario; Diabète Canada; la Société canadienne du cancer – division de l'Ontario. Par ailleurs, nous nous sommes entretenus avec des représentants du Comité d'experts pour la santé des enfants, qui a élaboré la Stratégie ontarienne pour la santé des enfants en 2012 afin de lutter contre l'obésité chez les enfants, et du Comité d'experts sur la santé publique (dont il est question à la **section 2.4**).

Notre audit a inclus un examen des plaintes reçues par l'ombudsman de l'Ontario et des audits réalisés par la Division de la vérification interne de l'Ontario ces cinq dernières années. Nous avons tenu compte de ces éléments dans la détermination de l'étendue de notre travail d'audit.

Nous avons également cherché à obtenir une rétroaction en sondant le personnel compétent des 36 bureaux de santé publique. Les groupes sondés comprenaient les organes de surveillance (les membres et les présidents des conseils d'administration), les cadres supérieurs chargés de faire rapport sur le rendement du bureau de santé publique, et le personnel responsable de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de prévention des maladies chroniques. Nous avons reçu les commentaires de 200 des 470 membres et présidents des conseils d'administration (taux de réponse de 43 %), de 51 des 57 médecins hygiénistes, médecins hygiénistes adjoints et directeurs généraux (taux de réponse de 89 %), de 169 des 195 cadres supérieurs chargés de faire rapport sur le rendement du bureau de santé publique (taux de réponse de 87 %), et de 70 des 80 cadres supérieurs responsables des programmes de prévention des maladies chroniques (taux de réponse de 88 %).

Nous avons également retenu les services d'un expert possédant une connaissance du système ontarien de santé publique pour nous aider à mener notre audit.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 La province n'a pas traité adéquatement les facteurs de risque afin de soutenir la promotion de modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques

4.1.1 Il n'existe à l'heure actuelle aucune stratégie provinciale pour la prévention des maladies chroniques

La province ne dispose actuellement d'aucun cadre stratégique général relatif aux maladies chroniques. Un tel cadre énoncerait les buts et les objectifs des programmes de prévention des maladies chroniques, des cibles provinciales axées sur les résultats en matière de santé, et les rôles et responsabilités des diverses parties intervenant dans la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes de santé publique visant à prévenir les maladies chroniques.

Bien que l'Ontario ait établi certaines stratégies qui concernent la prévention de maladies chroniques, comme la stratégie Ontario sans fumée, la Stratégie de lutte contre le diabète et la Stratégie pour la santé des enfants, celles-ci n'englobent pas la population dans son ensemble et elles ne sont ni intégrées ni exhaustives pour ce qui est de prévenir les maladies chroniques ou de réduire les facteurs de risque. Il importe de se doter d'une stratégie provinciale pour la prévention des maladies chroniques parce que ces maladies ont une incidence considérable sur les dépenses liées aux soins de santé (cette question est abordée à la **section 2.2.1**).

En mai 2007, le Ministère a créé un cadre provincial sur les maladies chroniques. Ce cadre porte à la fois sur la prévention et la gestion – la manière dont le système de santé aide un patient à gérer un problème de santé chronique dont il est déjà atteint. Il a pour objet d'orienter les

initiatives ministérielles et de revoir les approches en matière de gestion des maladies chroniques, tout en examinant des moyens d'intégrer la promotion de la santé et la prévention des maladies à la pratique des soins de santé. Cependant, au moment de notre audit, le Ministère ne s'appuyait pas sur ce document pour déterminer l'orientation stratégique des programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé. Le Ministère a indiqué qu'il s'était servi du cadre de 2007 comme d'un document de référence aux fins de ses récents efforts en vue d'examiner des options de politiques et de programmes pour prévenir les maladies chroniques en Ontario.

À titre de comparaison, la Colombie-Britannique a publié en 2013 un cadre d'orientation pour la santé publique qui s'accompagne d'objectifs et de cibles à long terme en vue d'encourager la prise de mesures à l'échelle du système et d'améliorer les résultats en matière de santé, ce qui comprend des bases de référence précises pour la mesure du rendement ainsi que des cibles particulières concernant les facteurs de risque modifiables associés aux maladies chroniques. La Colombie-Britannique a établi un certain nombre d'objectifs à atteindre d'ici 2023, notamment une hausse du pourcentage (de 60 % à 70 %) de Britanno-Colombiens qui respectent les lignes directrices en matière d'activité physique et de la proportion (de 44 % à 55 %) de Britanno-Colombiens âgés de 12 ans et plus qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légume par jour.

Le cadre de la Colombie-Britannique a été mis à jour en mars 2017 pour tenir compte des changements touchant les sources de données et de la disponibilité des données actualisées. En outre, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a rendu publique en 2014 une version à jour du document *Healthy Families BC Policy Framework*, qui établit une approche précise concernant la prévention des maladies chroniques en vue de guider l'utilisation de données probantes aux fins de la conception d'interventions qui visent à réduire les principaux facteurs de risque.

La province ne dispose pas de rapports sur l'état de santé global de la population

L'Ontario n'a pas établi de mesures de rendement et de cibles connexes pour mesurer l'état de santé global de la population. Le Ministère ne surveille pas officiellement les indicateurs de santé de la population ou les facteurs de risque, et il ne fait pas rapport au public à leur sujet. Dans un rapport paru en 2012, l'Institut sur la gouvernance, un organisme canadien indépendant et sans but lucratif ayant pour mission de favoriser une meilleure gouvernance dans l'intérêt public, a mentionné qu'il serait profitable pour l'Ontario que le Ministère désigne un groupe qui serait chargé de surveiller des indicateurs de résultats à long terme dans le cadre d'un système de mesure du rendement, comme les facteurs de risque et la prévalence des problèmes de santé chronique.

Le médecin hygiéniste en chef de la province est tenu de faire rapport tous les ans à l'Assemblée législative sur l'état de la santé publique en Ontario, mais les derniers rapports ont été axés uniquement sur des sujets particuliers au lieu d'une évaluation de l'état global de la santé publique en Ontario. Par exemple, dans son rapport de 2015, le médecin hygiéniste en chef a mis en exergue l'importance des données locales et a recommandé que l'Ontario procède à une enquête provinciale sur la santé de la population qui recueille des données aux échelons des collectivités locales et des quartiers.

À titre de comparaison, le cadre stratégique de la Colombie-Britannique établit un certain nombre d'objectifs à atteindre d'ici 2023 concernant une augmentation mesurable de l'activité physique et de la consommation de fruits et de légumes.

RECOMMANDATION 1

Pour réduire les coûts qui sont imposés au système de soins de santé en raison des maladies chroniques et améliorer la qualité de vie des Ontariens, et ce, de la manière la plus efficace possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer une stratégie provinciale visant à orienter les activités de prévention des maladies chroniques, ce qui comprend l'établissement d'objectifs mesurables pour la santé de la population assortis d'échéanciers ainsi que la détermination des mesures à prendre et des parties devant participer pour atteindre ces objectifs;
- faire rapport publiquement sur l'état de santé global de la population.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance de la prévention des maladies chroniques pour favoriser l'état de santé global, améliorer la qualité de vie et réduire le fardeau économique sur le système de soins de santé.

Prenant appui sur les efforts et les réalisations substantiels à ce jour, dont la Stratégie Ontario sans fumée, la Stratégie ontarienne pour la santé des enfants et les programmes locaux de santé publique, le Ministère élabore actuellement une stratégie provinciale globale visant à promouvoir la santé, à prévenir la maladie et à aider tous les Ontariens à vivre de longue vie en santé. La stratégie, dont la mise en oeuvre progressive commencera en 2018-2019, comprendra des mesures ciblées pour favoriser l'adoption de comportements de vie saine (p. ex. réduire les facteurs de risque des maladies chroniques) en employant une approche intégrée qui tient compte de l'incidence des déterminants sociaux de la santé. La surveillance, l'évaluation et l'amélioration constante de la qualité sont des composantes clés de la stratégie proposée.

Concernant les rapports publics sur l'état de santé général de la population ontarienne, le Ministère poursuivra son travail avec ses partenaires, tels que l'Institut de recherche en services de santé, Santé publique Ontario et Qualité des services de santé, pour surveiller la santé de la population, y compris le fardeau

des maladies chroniques. À l'échelon local, aux termes de la version modernisée des Normes de santé publique de l'Ontario, les conseils de santé seront tenus de fournir de l'information sur la santé au public, aux partenaires communautaires et à d'autres fournisseurs de soins de santé.

4.1.2 La province ne dispose pas d'une approche complète pour évaluer l'incidence de la santé publique sur l'élaboration des lois et des politiques

Les bureaux de santé publique militent pour l'apport de changements stratégiques aux échelons local et provincial. Par exemple, de nombreux bureaux ont réussi à influencer sur les politiques locales concernant l'interdiction de fumer dans les restaurants, dans les bars, sur les plages, dans les parcs et dans les terrains de jeu, et certaines de ces politiques ont été ensuite adoptées par la province. En outre, les bureaux de santé publique ont influencé des politiques locales relatives aux loisirs abordables et aux voies cyclables, ainsi que des politiques municipales en matière d'alcool.

Les approches efficaces pour la mise en oeuvre des politiques en matière de santé nécessitent l'élaboration de politiques aux échelons local et provincial. Le gouvernement provincial est davantage en mesure d'influer sur certains résultats en matière de santé, et les politiques provinciales peuvent parfois entraîner des changements plus importants que les politiques locales. Différents ministères provinciaux sont responsables de divers domaines – par exemple, la fiscalité, l'éducation, l'environnement, le travail, les services communautaires et sociaux, le logement, les transports, le développement économique, l'agriculture et la santé – qui peuvent avoir une incidence sur les résultats en matière de santé pour la population. Ainsi, le ministère de l'Environnement et de l'Action en matière de changement climatique est responsable de l'amélioration et de la protection de la qualité de

l'air. Or, la pollution atmosphérique peut influencer négativement sur la santé des personnes, en particulier celles qui ont une maladie chronique.

Des administrations ont recours à l'approche de la santé dans toutes les politiques (SdTP). L'Organisation mondiale de la santé définit celle-ci comme une approche qui tient compte de la manière dont les décisions gouvernementales influent sur la santé de la population de sorte que les décideurs soient soumis à une obligation redditionnelle accrue. La Finlande a été reconnue comme une pionnière de la SdTP en 2006, lors de la publication d'un rapport qui se penchait sur les avantages des politiques pangouvernementales pour améliorer la santé. Au Canada, le Québec est la seule province à avoir officiellement mis en oeuvre l'approche de la SdTP. Au Québec, en vertu de la Loi sur la santé publique, tous les ministères doivent évaluer les répercussions sur la santé publique dans le cadre du processus d'élaboration de politiques.

Dans leur rapport de 2012 intitulé *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*, Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario ont recommandé que le gouvernement provincial adopte une approche pangouvernementale pour la prévention primaire des maladies chroniques, et notamment qu'il nomme un responsable du Ministère et de la haute fonction publique chargé de coordonner les activités d'amélioration de la santé entre les secteurs et les ordres de gouvernement. Ils ont également recommandé l'élaboration d'une stratégie intégrée et multilatérale de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques en Ontario qui comporte des buts et des objectifs mesurables (cette question est abordée à la **section 4.1.1**). De tels buts et objectifs n'étaient pas établis au moment de notre audit, et le Ministère ne dispose pas d'un plan pour la mise en oeuvre de ces recommandations, mais il a indiqué qu'il continuera de tenir compte de celles-ci dans le contexte de l'élaboration de l'orientation stratégique. Nous

discutons du manque de coordination ministérielle à la **section 4.2**.

RECOMMANDATION 2

Afin d'encourager la prise en compte de l'incidence des politiques gouvernementales sur la santé de la population durant l'élaboration de ces politiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les organismes centraux concernés pour :

- évaluer les avantages et les désavantages de l'adoption d'une approche exigeant que l'incidence sur la santé soit évaluée dans le cadre de l'élaboration des politiques;
- mettre au point un processus en vue d'intégrer cette approche dans l'établissement des politiques, le cas échéant.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte de collaborer avec les organismes compétents pour évaluer les avantages et les inconvénients de l'adoption d'une approche qui tient compte des effets sur la santé durant l'élaboration des politiques. D'après les résultats de l'analyse, il pourrait être envisagé d'intégrer cette approche à l'élaboration des politiques, s'il y a lieu.

4.1.3 Il y a des politiques exhaustives et des fonds réservés pour la lutte contre le tabagisme, mais il n'y en a pas pour l'activité physique, la saine alimentation et la consommation d'alcool

L'Ontario a élaboré des politiques exhaustives et réservé des fonds pour soutenir la lutte contre le tabagisme, l'usage du tabac étant l'un des facteurs de risque qui contribuent le plus aux maladies chroniques, mais il ne l'a pas fait pour d'autres facteurs de risque importants, comme la sédentarité, la mauvaise alimentation et la consommation excessive d'alcool.

Le rapport de 2016 de l'Institut de recherche en services de santé (l'Institut), mentionné à la **section 2.2.1**, a ventilé les dépenses de soins de santé par facteur de risque, et il est ressorti que 12,8 % des fonds étaient affectés à la sédentarité, 9,9 % à l'usage du tabac, 1,2 % à l'alimentation et 0,3 % à la consommation d'alcool. Dans le même ordre d'idées, certaines études américaines ont indiqué qu'aux États-Unis, le coût associé à l'obésité et à l'embonpoint avait dépassé celui associé au tabagisme.

Une réduction du taux de tabagisme de 22,3 % en 2003 à 17,4 % en 2014 a été constatée chez les Ontariens de 12 ans et plus, et les tendances concernant la sédentarité, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et la consommation excessive d'alcool sont demeurées relativement inchangées. Parallèlement, le taux d'embonpoint et d'obésité est passé de 49,5 % à 54,6 %. Or, l'embonpoint et l'obésité sont considérés comme des facteurs de risque importants de maladies chroniques comme le diabète, la stéatose hépatique et l'insuffisance rénale terminale.

Tabagisme

En 2006, la province a promulgué la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, qui a remplacé la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*. La province a mis l'accent sur le tabagisme parce que, à ce moment, il était considéré comme la cause première des décès évitables en Ontario, tuant plus de 13 000 Ontariens chaque année. En plus de promulguer la loi en 2006, la province a aussi affecté des fonds et des ressources à la lutte contre le tabagisme. De 2006 au 31 mars 2017, le Ministère a octroyé des fonds totaux de 465 millions de dollars à l'appui de cette initiative. Le taux de tabagisme a été ramené de 22,3 % en 2003 à 17,4 % en 2014, ce qui représente une diminution d'un peu moins de 5 %.

Selon Action Cancer Ontario, le taux d'incidence du cancer pulmonaire à petites cellules, un

problème de santé très largement associé à l'usage du tabac, a diminué depuis 1987 et est demeuré stable de 2006 à 2012, et cette baisse peut être le résultat du déclin historique du tabagisme en Ontario. Dans le même ordre d'idées, le rapport de 2016 de l'Institut (mentionné à la **section 2.2.1**) a indiqué que la diminution du tabagisme entre 2004 et 2013 s'est soldée par des coûts évités d'environ 4,1 milliards de dollars, ce qui constitue un rendement important des investissements.

Activité physique

Le rapport de 2016 de l'Institut a mentionné que le manque d'activité physique représentait la plus importante portion des coûts totaux associés aux soins de santé, soit 12,8 %, tandis que les pourcentages sont beaucoup moins élevés pour l'alimentation et la consommation d'alcool. Cependant, nous avons constaté que les bureaux de santé publique que nous avons visités avaient mis un accent plus grand sur les services liés à l'alimentation par rapport aux services liés à l'activité physique. Dans le cadre d'un sondage mené auprès des 36 bureaux de santé publique, lorsqu'on leur a demandé de classer l'affectation des ressources par facteur de risque, 86 % des bureaux ont placé la saine alimentation au premier ou au deuxième rang, tandis que seulement 14 % ont placé l'activité physique au premier ou au deuxième rang.

L'un des bureaux de santé publique que nous avons visités comptait 23 diététistes de la santé publique ou consultants en promotion d'une bonne alimentation, et 2 employés ayant des compétences en matière d'activité physique (par exemple, possédant un diplôme en kinésiologie) qui se consacraient à la prévention des maladies chroniques et des blessures. Ce bureau fournissait aux clients près de cinq fois plus de services nutritionnels que de services liés à l'activité physique. Dans le même ordre d'idées, un autre bureau de santé publique que nous avons visité avait deux fois plus d'employés affectés aux

programmes nutritionnels par rapport aux programmes d'activité physique. En outre, un autre bureau, dans le cadre de son plan annuel pour l'équipe de santé en milieu scolaire, avait prévu de 40 à 50 mesures relatives à la saine alimentation, et seulement de 4 à 5 mesures liées à l'activité physique.

Ces bureaux de santé publique ont expliqué qu'il mettait un accent accru sur l'alimentation par rapport à l'activité physique parce que les écoles et d'autres organisations, notamment les lieux de travail et les centres communautaires, sont perçues comme ayant de meilleures connaissances en matière d'activité physique qu'en matière d'alimentation, et elles demandent aux bureaux de santé publique une aide relative à l'alimentation au lieu de l'activité physique. Cependant, il est ressorti d'une enquête sur les élèves de Toronto menée en 2014 par le Bureau de santé publique de Toronto que seulement 7 % des élèves de la 7^e à la 12^e année de Toronto suivaient les lignes directrices canadiennes en matière d'activité physique. Par conséquent, les bureaux de santé publique peuvent en faire encore plus pour promouvoir et élaborer des programmes liés à l'activité physique.

Saine alimentation

L'Ontario a mis en oeuvre un certain nombre de mesures pour promouvoir une saine alimentation. Une de ces mesures a consisté en l'adoption de la *Loi pour des choix santé dans les menus*, selon laquelle les chaînes de restaurants comptant 20 lieux de restauration ou plus en Ontario doivent afficher les teneurs en calories sur les menus. Une autre mesure a été l'instauration du Programme de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario, qui donne accès à des produits frais pour les enfants qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. Cependant, certaines études ontariennes sur la santé publique ont suggéré que d'autres mesures pourraient aussi être mises en oeuvre pour favoriser une saine alimentation.

Ces mesures ont pour but l'atteinte des objectifs suivants : accroître l'accès à des aliments frais, réduire l'exposition des enfants aux boissons sucrées, et faire en sorte que les enfants et les jeunes apprennent à préparer des repas. Toutefois, au moment de notre audit, la province n'avait pas adopté ces mesures.

Le rapport de la Stratégie pour la santé des enfants, publié en 2013, comportait 23 recommandations concernant la réduction des taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants, ce qui comprenait l'adoption d'un certain nombre de politiques qui pourraient améliorer les comportements des enfants liés à la santé. À cette fin, il faut notamment que les administrations municipales et le gouvernement provincial examinent les mesures d'encouragement qu'utilisent d'autres administrations pour attirer des commerces dans les « déserts alimentaires », c'est-à-dire les secteurs où l'accès à des aliments frais est limité, habituellement des quartiers où les taux de pauvreté et de criminalité chez les jeunes sont élevés. Ces mesures d'encouragement peuvent comprendre des incitations fiscales et des remboursements de taxe, des indemnités de zonage et un soutien à la planification. Le rapport a mentionné que le gouvernement des États-Unis avait établi la *Healthy Food Financing Initiative* en 2010 pour compenser les coûts associés à la mise en place et au maintien d'épiceries dans les régions insuffisamment desservies.

Une autre recommandation stratégique formulée par la Stratégie pour la santé des enfants portait sur le fait d'interdire la promotion d'aliments, de boissons et de collations à haute teneur en calories et à faible valeur nutritive auprès des enfants de moins de 12 ans. Elle a aussi recommandé d'interdire la promotion et la présentation en magasin d'aliments et de boissons à haute teneur en calories et à faible valeur nutritive dans les commerces au détail, à commencer par les boissons sucrées. Certains pays, dont le Mexique, le Royaume-Uni et la Suède, ont adopté des

mesures similaires pour limiter la promotion et la publicisation de ces produits auprès des enfants.

En septembre 2016, un sénateur canadien a présenté un projet de loi d'intérêt public émanant du Sénat visant à modifier la *Loi sur les aliments et drogues* afin d'interdire le marketing d'aliments et de boissons destiné aux enfants de moins de 13 ans. Si le projet de loi était adopté, il serait illégal d'emballer et de publiciser de la malbouffe, des boissons sucrées et de la gomme à mâcher à l'intention de préadolescents à l'échelle du Canada, et l'Agence canadienne d'inspection des aliments serait chargée d'appliquer la loi. Au moment de notre audit, le gouvernement provincial n'avait présenté aucune politique à cet égard.

Dans leur rapport de 2012, Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario ont publié 22 recommandations fondées sur des données probantes. Le rapport a notamment recommandé que la province intègre des programmes obligatoires de compétences alimentaires dans les curriculums des écoles élémentaires et secondaires. Au moment de notre audit, la province n'avait pas mis en oeuvre cette recommandation.

Consommation d'alcool

En ce qui concerne le fait d'exercer des contrôles efficaces en matière de disponibilité de l'alcool, nous avons constaté que, alors que la santé publique est chargée de promouvoir les Directives canadiennes de consommation d'alcool à faible risque afin de réduire le fardeau des maladies liées à la consommation d'alcool, la province, en 2015, a élargi la vente d'alcool aux épiceries, aux marchés fermiers et aux canaux de commerce électronique de la Régie des alcools de l'Ontario. Un bureau de santé publique a diffusé une déclaration publique indiquant que cette décision de la province nuit à l'objectif des travaux des bureaux de santé publique visant à réduire le fardeau des maladies liées à la consommation d'alcool.

Dans le même ordre d'idées, dans leur rapport mentionné précédemment, Action Cancer Ontario

et Santé publique Ontario font valoir que, selon les données probantes disponibles, l'augmentation de la disponibilité de l'alcool est associée à un risque élevé de problèmes de consommation excessive et de maladies liées à la consommation d'alcool.

RECOMMANDATION 3

Pour mieux réduire les facteurs de risque qui contribuent aux maladies chroniques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit élaborer des politiques exhaustives axées sur les facteurs de risque clés associés aux maladies chroniques – la sédentarité, la mauvaise alimentation et la consommation d'alcool – en plus des politiques de lutte contre l'usage du tabac.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il est important d'élaborer des politiques exhaustives pour éliminer les principaux facteurs de risque pour les maladies chroniques, soit la sédentarité, la mauvaise alimentation et la consommation d'alcool, en plus de lutter contre le tabagisme. À cette fin, le Ministère a entrepris notamment les initiatives stratégiques suivantes :

- La Stratégie pour la santé des enfants, une initiative pangouvernementale lancée en 2013, repose sur des interventions clés pour favoriser les poids santé chez les enfants et les jeunes en les incitant à accroître leur activité physique et en préconisant l'alimentation saine. D'autres initiatives provinciales sont en cours dans le cadre de cette stratégie, notamment la *Loi pour des choix santé dans les menus*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 afin d'imposer l'affichage des calories sur les panneaux-menus dans les établissements de restauration réglementés; le lancement de l'action communautaire Enfants en santé dans 45 collectivités en Ontario; le counseling téléphonique pour appuyer les

femmes qui allaitent; et l'extension des programmes visant à approvisionner les collectivités nordiques en fruits et légumes frais et à promouvoir l'alimentation saine et la vie active dans les collectivités autochtones.

- Le Ministère et les bureaux de santé publique participent activement à la promotion des Directives de consommation d'alcool à faible risque afin d'instaurer une culture de modération et de communiquer des messages uniformes sur les choix éclairés et la consommation responsable d'alcool. Plus de 65 intervenants ont été consultés afin d'orienter l'élaboration d'une stratégie provinciale sur l'alcool.

Faisant fond sur ces réalisations, le Ministère élabore actuellement une stratégie provinciale intégrée pour favoriser l'adoption de comportements de vie saine durant toute la vie afin de réduire les effets des facteurs de risque pour les maladies chroniques, notamment la mauvaise alimentation, la sédentarité, la consommation néfaste d'alcool et le tabagisme, tout en reconnaissant l'incidence des déterminants sociaux de la santé.

4.2 Il y a un manque de coordination et de collaboration dans la planification et l'exécution des programmes

4.2.1 Une coordination à l'échelon provincial est requise pour aider les bureaux de santé publique à exécuter les programmes destinés aux enfants et aux jeunes

Conformément aux Normes de santé publique de l'Ontario, les bureaux de santé publique sont tenus de collaborer avec les conseils scolaires et le personnel des écoles pour promouvoir des comportements sains, comme la saine alimentation et l'activité physique.

Nous avons constaté un manque général de coordination à l'échelon provincial – entre le Ministère et le ministère de l'Éducation, qui est responsable des conseils scolaires – pour ce qui est d'aider les bureaux de santé publique à fournir les programmes et services de santé publique aux écoles. Ce manque de coordination influe négativement sur la capacité qu'ont les bureaux de santé publique d'encourager l'adoption de comportements associés à des modes de vie sains chez les jeunes enfants.

Les quatre bureaux de santé publique que nous avons visités devaient travailler avec chacune des différentes écoles pour accéder à celles-ci. Nous avons constaté que certaines écoles ne souhaitent pas collaborer avec les bureaux de santé publique ou, pour d'autres raisons, choisissent de ne pas collaborer avec eux. Par conséquent, les bureaux de santé publique utilisent leurs ressources pour établir des relations avec les écoles et convaincre celles-ci de participer à des programmes efficaces de santé publique, au lieu de les consacrer à la prestation des services. Certains bureaux ont même eu recours à la tenue d'activités ponctuelles pour accéder à des écoles, malgré le fait que, selon les données probantes disponibles, les interventions de promotion de la santé doivent être plus longues et inclure des changements de politique à l'appui en plus des activités pédagogiques. Il est ressorti de notre enquête auprès des cadres supérieurs chargés de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques que plus de la moitié des bureaux de santé publique acceptent parfois ou souvent les demandes d'activités ponctuelles soumises par des écoles, et que moins de 5 % refusent systématiquement de telles demandes.

Bien que nous ayons relevé des exemples de bureaux de santé publique qui collaborent avec des écoles – par exemple en offrant des cours de cuisine pour aider les élèves à adopter de meilleures habitudes alimentaires ou en fournissant aux enseignants une formation sur les activités dans les terrains de jeu –, les bureaux ne pouvaient toujours pas accéder facilement aux écoles. En 2016, l'un des

bureaux de santé publique que nous avons visités n'était pas intervenu auprès de 28 % des écoles publiques situées dans la région qu'il dessert et n'avait fourni qu'un seul service, soit un atelier sur l'alimentation, à 18 % de celles-ci.

Un autre domaine pour lequel un manque de coordination entre les écoles et les bureaux de santé publique est constaté est celui de la collecte et du partage des données. Par exemple, Santé publique Ontario est responsable de l'évaluation d'un programme pluriannuel de réduction de l'obésité chez les enfants financé par le Ministère et doté d'un budget de 33 millions de dollars. Afin de recueillir les données de base en fonction desquelles le programme sera évalué, Santé publique Ontario avait prévu de mener un sondage dans 234 écoles et 57 conseils scolaires à l'échelle de l'Ontario pour obtenir un échantillon représentatif et de taille suffisamment importante. À cette fin, Santé publique Ontario devait négocier avec chacun des 57 conseils scolaires, ce qui s'est avéré finalement infaisable, et le projet a été abandonné. Une directive du ministère de l'Éducation à l'intention des conseils scolaires aurait pu faire en sorte que le projet soit possible, ce qui aurait amélioré la qualité de l'évaluation.

Dans le cadre de notre audit de 2013 sur la Stratégie visant des écoles saines, nous avons recommandé que le ministère de l'Éducation et les conseils scolaires collaborent plus efficacement avec les bureaux de santé publique et d'autres organisations ayant des objectifs similaires. Le manque de coordination relativement à cette question de santé publique était toujours évident durant le présent audit.

RECOMMANDATION 4

Pour aider les bureaux de santé publique à exécuter de façon plus efficace et efficiente les initiatives de promotion de la santé destinées aux enfants et aux jeunes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit assurer une coordination avec le ministère

de l'Éducation aux fins de l'établissement de partenariats de collaboration durables entre les conseils scolaires et les bureaux de santé publique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que sa collaboration avec le ministère de l'Éducation est importante, non seulement pour la prestation des programmes de santé publique dans les écoles, mais aussi pour favoriser l'élaboration coordonnée des politiques provinciales.

Depuis 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de l'Éducation ont coparrainé un comité mixte du Conseil ontarien des directrices et directeurs de l'éducation (CODE) et du Conseil des médecins hygiénistes de l'Ontario (CMHO), dans le but d'optimiser la prestation des programmes et services de santé publique en renforçant les partenariats entre les bureaux de santé publique et les conseils scolaires. Le comité mixte du CODE et du CMHO a élaboré un modèle de protocole d'entente qui peut servir à définir les domaines de travail conjoint et de collaboration entre les conseils scolaires et les bureaux de santé publique.

Afin d'améliorer la coordination provinciale dans les secteurs de la santé publique et de l'éducation, le Ministère a adopté une norme en matière de santé dans les écoles, qui est rattachée à la version modernisée des Normes de santé publique de l'Ontario et qui précise l'ensemble des activités exécutées dans les écoles et en collaboration avec elles. La norme a été élaborée avec la contribution du ministère de l'Éducation et d'autres partenaires et s'harmonise avec la Stratégie ontarienne pour le bien-être en milieu scolaire du ministère de l'Éducation.

Le ministère de la Santé entend faire fond sur la collaboration à l'échelle provinciale entre les secteurs de la santé et de l'éducation

pour mettre en place un forum des directeurs, comptant des représentants des deux ministères et d'autres ministères pertinents, comme le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

4.2.2 La planification et l'élaboration des programmes ne sont pas bien coordonnées à l'échelle des bureaux de santé publique

Aucun organisme provincial ne procède activement à la mise à jour des données probantes et au partage des pratiques exemplaires de façon régulière ni n'élabore de systèmes de surveillance des programmes de promotion de la santé pour aider les bureaux de santé publique à concevoir des programmes qui répondent à leurs besoins locaux.

Santé publique Ontario finance et soutient le programme Projets locaux, dans le cadre duquel les bureaux de santé publique collaborent sur un sujet commun. Depuis 2011, les bureaux de santé publique ont mené à terme huit projets de prévention des maladies chroniques. Trois de ces projets ont porté sur les lacunes actuelles dans les données sur la surveillance du poids santé des enfants dans les bureaux locaux de santé publique (il en est question plus en détail à la **section 4.3.2**). Deux autres projets ont amélioré les connaissances et les compétences des jeunes pour ce qui est de la budgétisation, de l'achat et de la préparation des aliments, tandis qu'un autre a porté sur la consommation d'alcool et ses méfaits. Un projet s'est attardé aux stratégies de promotion de la santé et de l'éducation en matière de santé des nourrissons et des enfants, et un autre a évalué un modèle pour la collecte de données provinciales sur la santé de la population.

En outre, le Ministère a fourni du financement aux centres de ressources en promotion de la santé (qui sont décrits à la **figure 7**). Ces centres relèvent d'organismes spécialisés dans divers domaines, comme Action Cancer Ontario et l'Association pulmonaire du Canada – Ontario. Les centres de ressources soutiennent le secteur

de la santé en fournissant de la formation, des ressources et des outils dans différents domaines, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et la santé des enfants. Ils ont reçu un financement provincial totalisant 11 millions de dollars en 2016-2017. Au début de 2017, le Ministère a informé les centres de ressources qu'il éliminait progressivement leur structure de financement et qu'il mettait en place une nouvelle approche de financement à compter de 2018-2019 pour améliorer l'efficacité des services offerts. Dans le cadre de cette nouvelle approche, des demandes de financement pourront être soumises en vue de soutenir des domaines comme l'évaluation, la formation et le développement communautaire.

Malgré ces initiatives, nous avons constaté que, dans la plupart des cas, les bureaux de santé publique exécutent leurs recherches ou élaborent les solutions locales de manière indépendante, ce qui se traduit par une comparabilité limitée entre les bureaux, des chevauchements, et des différences considérables dans l'exhaustivité des recherches, les campagnes de communication mises au point et le type de renseignements recueillis.

Double emploi et variabilité des recherches

Il est ressorti de notre sondage auprès des 36 bureaux de santé publique que, depuis 2014, un tiers environ des bureaux ont entrepris des recherches sur un certain nombre de sujets communs, notamment les boissons sucrées, les boissons énergisantes, les cigarettes électroniques et l'alcool. Cela peut donner lieu à des chevauchements et au double emploi des ressources consacrées aux recherches étant donné que chaque bureau de santé publique exécute ses propres travaux, ainsi qu'à une variabilité importante de l'exhaustivité des recherches effectuées à l'appui de la planification et de l'élaboration des programmes.

Dans deux des bureaux de santé publique que nous avons visités, nous avons constaté des différences considérables dans l'exhaustivité des examens des interventions efficaces en milieu

Figure 7 : Domaines d'intérêt et organismes d'attache des centres de ressources en promotion de la santé

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

Nom du centre de ressources	Organisme d'attache	Domaine d'intérêt
Financé par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée		
Centre de ressources en promotion de la santé du CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)	Santé mentale et toxicomanie
Projet TEACH du CAMH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health)	CAMH	Usage du tabac
Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario	Université de Toronto	Usage du tabac
Centre de formation et de consultation	Action Cancer Ontario ¹	Usage du tabac
Fondation pour la lutte contre le tabac	Association pour les droits des non-fumeurs	Usage du tabac
Institut de formation de jeunes porte-parole	Association pulmonaire - Ontario	Usage du tabac et mobilisation des jeunes
Réseau CS	Nexus Santé	Collectivités en santé
Renforcement des capacités en promotion de la santé	Santé publique Ontario (SPO)	Promotion de la santé
Renforcement des capacités en promotion de la santé - Politique en matière d'alcool	SPO	Politique de lutte contre l'alcoolisme
Centre de ressources en nutrition	Association pour la santé publique de l'Ontario	Nutrition
Ontario Injury Prevention Resource Centre	Parachute ¹	Prévention de traumatismes
Centre de ressources d'activités physiques	Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario (ASEPO)	Activité physique
Financé par d'autres ministères		
Centre de ressources Meilleur départ ²	Nexus Santé	Santé de la mère et de l'enfant
Curriculum et centre de ressources sur la santé en milieu scolaire ³	ASEPO	Vie saine et active et programmes pédagogiques en santé et en éducation physique

1. Le financement de ces centres de ressources provient de Santé publique Ontario.

2. Financé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

3. Financé par le ministère de l'Éducation.

scolaire relatives à la saine alimentation et à l'activité physique pour le maintien d'un poids santé. Un bureau avait évalué 18 documents en 2013, tandis que l'autre bureau en avait analysé 400 un an plus tôt. Le bureau ayant procédé à l'examen le plus exhaustif s'est servi de l'information pour élaborer de nouvelles interventions en milieu scolaire, tandis que l'autre bureau a utilisé les résultats de sa recherche pour renforcer ses pratiques actuelles, comme celle ayant trait à l'obligation de tenir compte des attitudes et des obstacles culturels au moment de planifier et

de mettre en place des interventions en matière de saine alimentation et d'activité physique. En outre, les répondants des deux tiers environ des bureaux de santé publique sondés ont mentionné avoir préparé en interne une revue de la littérature sur les programmes en milieu scolaire qui font la promotion du poids santé, de la saine alimentation et de l'activité physique.

Par ailleurs, nous avons constaté que, bien que Santé publique Ontario ait pour mandat de fournir un soutien scientifique et technique aux fins de la prévention des maladies chroniques, trois

des quatre bureaux de santé publique que nous avons visités ne communiquaient généralement pas avec Santé publique Ontario pour obtenir de l'aide concernant les recherches sur les maladies chroniques ou des conseils de nature scientifique. Un bureau de santé publique a présenté une demande à Santé publique Ontario relativement à la prévention des maladies chroniques, mais sa demande a été refusée en raison de ressources limitées et de priorités conflictuelles. Les autres bureaux de santé publique ont mentionné qu'ils savaient que Santé publique Ontario avait une capacité limitée ou encore ils avaient l'impression que Santé publique Ontario n'offrait pas ce genre de soutien en matière de maladies chroniques.

Dans le cadre du sondage mené auprès des cadres supérieurs responsables de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, on a notamment demandé à ceux-ci s'il y avait des choses que Santé publique Ontario pourrait mieux faire dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Sur les 40 commentaires reçus, 20 ont indiqué qu'un soutien central était requis pour la mise à jour et la diffusion des recherches et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs des bureaux de santé publique ont généralement fait mention de la nécessité d'un leadership et d'une coordination accrue, d'une analyse plus centralisée des données épidémiologiques et d'un soutien en matière d'évaluation pour réduire le double emploi et accroître l'efficacité. Nous discutons de ces besoins aux **sections 4.3 et 4.4**.

L'élaboration des programmes et des campagnes ne fait pas l'objet d'une coordination centralisée

Les bureaux de santé publique élaboraient généralement à partir de zéro leurs propres programmes de prévention des maladies chroniques, dont le degré de qualité variait. Cette situation était attribuable notamment au fait que les besoins et les environnements locaux nécessitent

des programmes différents. Cependant, un certain nombre de programmes de divers bureaux de santé publique avaient un objectif semblable et ont été mis au point dans un contexte similaire. Par exemple, les quatre bureaux de santé publique que nous avons visités avaient élaboré séparément du contenu pour les salles de classe et des ressources matérielles concernant la saine alimentation, l'activité physique et le mésusage de substances. Nous avons demandé aux cadres supérieurs responsables de la prévention des maladies chroniques aux quatre bureaux de décrire en quoi leurs programmes différaient de ceux des autres bureaux, et ils n'ont pas été en mesure de répondre.

Par ailleurs, l'élaboration centralisée de campagnes pourrait s'avérer beaucoup plus efficace pour ce qui est de traiter les facteurs de risque qui sont communs à tous les bureaux de santé publique. Les bureaux que nous avons visités ont mentionné que si les campagnes de communication étaient conçues centralement, il faudrait qu'ils puissent les modifier pour les adapter aux populations qu'ils servent. Par exemple, les campagnes médiatiques destinées aux régions rurales ne peuvent inclure des images de personnes sortant d'une station de métro. Nous avons relevé des cas où des bureaux de santé publique ont adopté des campagnes communes dans les domaines de la lutte contre le tabagisme, des choix de boissons bonnes pour la santé et de la consommation d'alcool. Nous avons toutefois constaté que les bureaux n'avaient pas élargi leur collaboration à d'autres campagnes. Par exemple, les quatre bureaux de santé publique que nous avons visités avaient élaboré séparément ou étaient en train d'élaborer séparément une campagne de promotion de l'activité physique de 2014 à 2016, sans qu'il y ait de coordination centrale.

Il n'y a aucun système central pour la collecte de données sur l'allaitement maternel

En 2013, le Ministère a établi une exigence selon laquelle tous les bureaux de santé publique devaient faire état de leur progrès vers l'obtention

d'une désignation au titre de l'Initiative amis des bébés, un projet de l'Organisation mondiale de la santé qui vise à encourager l'allaitement maternel. La désignation a notamment comme condition préalable que le bureau de santé publique est tenu de fournir des données annuelles sur l'allaitement maternel, ce qui comprend le nombre de femmes qui commencent à allaiter leur enfant et la période durant laquelle elles ont nourri leur enfant exclusivement au lait maternel. Étant donné que l'Ontario ne dispose pas d'un système de collecte de données exhaustives qui consigne la durée de la période d'allaitement maternel, chacun des 36 bureaux de santé publique a dû mettre au point un système de surveillance pour recueillir ces données ou procéder à une coordination entre eux.

Notre sondage auprès des bureaux de santé publique a révélé que 13 d'entre eux utilisaient un système mis au point par un tiers, 10 bureaux avaient élaboré leur propre système de surveillance, et 6 bureaux avaient recours à une base de données et à un questionnaire téléphonique mis à l'essai dans le cadre d'un projet de collaboration entre les bureaux. En ce qui concerne les sept autres bureaux de santé publique, un bureau faisait appel à une entreprise externe, un bureau employait un simple sondage, deux bureaux n'employaient aucun système, et trois bureaux n'étaient pas en mesure de répondre à cette question.

Dans les différents bureaux de santé publique, les renseignements peuvent être recueillis par courriel, par téléphone ou en personne, ou en combinant les trois méthodes. Par ailleurs, les bureaux de santé publique recueillent l'information à des moments différents; par exemple, un bureau recueillait les données 48 heures et 2 semaines après la sortie de l'hôpital, tandis que d'autres les recueillaient après 2, 6 et 12 mois. Par conséquent, les données sur l'allaitement maternel ne sont pas comparables d'un bureau à l'autre, ce qui nuit à la capacité de partager les pratiques exemplaires et de déterminer quels sont les bureaux de santé publique pour lesquels les taux d'allaitement maternel sont les plus bas.

RECOMMANDATION 5

Pour favoriser l'uniformité et éviter le double emploi dans la planification des programmes et les recherches aux fins d'interventions en santé publique efficaces et fondées sur des données probantes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les bureaux de santé publique et Santé publique Ontario en vue d'élaborer une approche centrale concernant la mise à jour, la coordination et le partage des recherches et des pratiques exemplaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec l'approche centrale pour partager les recherches et les pratiques exemplaires se rapportant à la prévention des maladies chroniques et à d'autres dossiers d'intérêt du secteur de la santé publique.

Une approche coordonnée a été adoptée pour appuyer les bureaux de santé publique dans la planification, la prestation et l'évaluation de leurs programmes et services locaux, aux termes des Normes de santé publique de l'Ontario mises à jour. Les Normes modernisées seront appuyées par un cadre de responsabilisation en matière de santé publique, des indicateurs axés sur les résultats, un soutien coordonné des données, et une stratégie provinciale de surveillance et de suivi comportant des liens aux rapports publics. Un dépôt central de données probantes, de pratiques exemplaires, d'outils et d'information sera mis en place à compter de 2018-2019 et sera accessible à tous les bureaux de santé publique pour les aider à poursuivre la mise en oeuvre des Normes modernisées. Le dépôt sera mis à jour pour faire en sorte que le secteur continue d'avoir accès à une information pour orienter l'élaboration continue des programmes et services.

4.3 Les bureaux de santé publique ne disposent pas de données suffisantes ni de normes précises pour analyser efficacement les données épidémiologiques

Les bureaux de santé publique sont tenus de recueillir, de gérer, d'analyser et d'interpréter les données épidémiologiques sur la population qu'ils desservent. L'épidémiologie fournit des renseignements sur les tendances concernant les comportements liés à la santé et sur la mesure dans laquelle ces comportements renvoient à des caractéristiques sociodémographiques tels que l'âge, l'éducation et le revenu. L'information tirée des données épidémiologiques aide les bureaux de santé publique à planifier et à élaborer des programmes, à affecter les ressources, à surveiller les changements, à mesurer le rendement et à évaluer l'efficacité des programmes.

Dans un rapport publié en 2017, intitulé *Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance*, l'Organisation mondiale de la santé a insisté sur l'importance de recueillir des données de qualité suffisante, c'est-à-dire des données qui soient actuelles, fiables et valides, pour atteindre les objectifs en matière de santé publique. Dans le même ordre d'idées, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a publié en mars 2017 le rapport *La carte du mieux-être : La voie de l'Ontario vers des collectivités en meilleure santé*, dans lequel il a souligné l'importance du rôle que jouent les données locales fiables dans le ciblage des problèmes de santé publique. Le rapport mentionnait notamment ce qui suit : « Dans de nombreux cas, les bureaux de santé manquent de données locales de qualité élevée nécessaires au suivi du bien-être communautaire. Sans ces données, les bureaux de santé publique avancent à l'aveugle. »

4.3.1 Les bureaux de santé publique n'ont pas tous accès à des données épidémiologiques locales

Les données épidémiologiques relatives aux maladies chroniques, à l'état de santé global et aux facteurs de risque associés aux comportements liés à la santé sont recueillies principalement par des organismes autres que les bureaux de santé publique. Par exemple, le système de surveillance rapide des facteurs de risque de l'Université York consiste en un service d'enquête qui recueille de l'information sur les comportements liés à la santé des personnes de 18 ans et plus. Les participants à l'enquête peuvent répondre à des questions sur l'usage du tabac, l'activité physique, la consommation d'alcool, la prudence au soleil, les enjeux relatifs à la santé des femmes, le port du casque à bicyclette ou autres.

Chacun des bureaux de santé publique peut conclure un contrat pour recourir à ce service, mais seulement 13 des 36 bureaux l'ont fait en 2016 et en 2017. Beaucoup des bureaux n'ont pas eu accès à ce service en raison de son coût. En 2016, l'enquête a coûté à chacun des bureaux de santé publique participants près de 27 000 \$ à 125 000 \$ pour la collecte des données, en plus des coûts associés au personnel administratif spécialisé et aux épidémiologistes. Le Ministère n'a pas coordonné l'accès à ces données pour les 36 bureaux de santé publique. À titre de comparaison, la province de l'Alberta finance l'Alberta Community Health Survey, qui recueille des données annuelles sur les tendances relatives aux comportements liés à la santé et divers autres sujets, comme la consommation de sel, auxquelles on ne peut accéder à partir d'autres sources.

En outre, bien que tous les bureaux de santé publique aient accès à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada, qui recueille de l'information sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé pour la population canadienne, la taille des échantillons de certains bureaux peut

être trop faible pour produire des renseignements suffisants sur les sous-populations qu'ils desservent aux fins de la planification des programmes. Par conséquent, selon la taille de la population et les besoins d'analyse locaux, les bureaux peuvent devoir combiner des données recueillies durant plusieurs années pour disposer de renseignements suffisants pour exécuter certaines analyses, ce qui nuit à leur capacité d'utiliser des données actuelles à des fins d'élaboration de programmes, de formulation de conseils stratégiques et de surveillance du rendement.

4.3.2 Les bureaux de santé publique n'ont pas facilement accès aux données épidémiologiques sur les enfants et les populations autochtones

Étant donné que la modification précoce des comportements liés à la santé, par opposition à leur modification plus tard dans la vie, est plus efficace et a des effets plus durables, les professionnels de la santé publique ciblent souvent les enfants en tant que population prioritaire à qui doivent être offerts des programmes de modes de vie sains.

Dans le même ordre d'idées, les Autochtones ontariens ont un état de santé inférieur, ce qui comprend une espérance de vie moindre ainsi que des taux de mortalité infantile et de maladies chroniques plus élevés. L'information qui ne tient pas compte des populations autochtones peut être grandement trompeuse pour les bureaux de santé du Nord; par exemple, le bureau de santé du Nord-Ouest dessert une population qui compte près de 30 % d'Autochtones.

Nous avons constaté que les données épidémiologiques sur les enfants d'âge scolaire sont limitées, et que les bureaux de santé publique n'ont généralement pas accès à des données sur les Autochtones.

Enfants

Il y a des données provinciales minimales pour les enfants de 6 à 12 ans. Dans le cadre d'une enquête menée auprès de certains bureaux de santé publique en 2017, 94 % des répondants ont indiqué que l'Ontario ne dispose pas de suffisamment de données sur les enfants et les jeunes pour répondre aux besoins locaux en matière de surveillance, de planification des programmes et d'évaluation. D'autres organismes recueillent des données sur les enfants, mais celles-ci ne sont pas facilement accessibles ou ne sont pas représentatives des populations desservies par les bureaux de santé publique. Les bureaux peuvent accéder à ces données seulement si les écoles leur accordent expressément cet accès, ou encore ils doivent payer pour augmenter la taille des échantillons afin d'en accroître le caractère représentatif.

Les bureaux de santé publique peuvent choisir d'obtenir des données en exécutant eux-mêmes des enquêtes, mais cela est onéreux et prend beaucoup de temps. Par exemple, un bureau de santé publique a mené une enquête locale sur les élèves en 2014. L'enquête a nécessité 3 ans de préparation, et plus de 100 employés ont participé à son exécution, dont des infirmières de la santé publique, des hygiénistes dentaires et des assistants dentaires. Une part importante de la planification a consisté en des négociations avec les 4 conseils scolaires concernés et les 165 écoles visées par l'enquête.

Autochtones

Les renseignements sur les Autochtones appartiennent à ceux-ci et aux collectivités autochtones selon les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations. Les bureaux de santé publique sont tenus de respecter ces principes lorsqu'ils accèdent aux renseignements. Par conséquent, les bureaux qui desservent des populations autochtones importantes ne disposent pas toujours de données épidémiologiques suffisantes pour procéder à

évaluations fiables de la santé des populations. L'enquête auprès des peuples autochtones de Statistique Canada exclut les populations vivant dans les réserves ainsi que dans certaines régions du Nord de l'Ontario et régions éloignées. Par ailleurs, en application des principes ci-dessus, l'administrateur de la base de données provinciale sur les grossesses et les naissances supprime l'information sur les naissances concernant les personnes qui vivent dans des réserves lorsqu'il fournit les renseignements aux bureaux de santé publique.

Étant donné qu'il importe de disposer d'une information complète pour entreprendre des évaluations de la santé, il serait prudent que le Ministère collabore avec les bureaux de santé publique et les populations autochtones, et les appuie au besoin, pour s'assurer qu'on utilise les renseignements qui les concernent pour répondre à leurs besoins en matière de santé, tout en veillant à respecter le droit des collectivités de prendre leurs propres décisions concernant pourquoi, comment et par qui l'information est recueillie, utilisée et partagée.

4.3.3 Il n'y a pas de normes sur l'étendue des travaux épidémiologiques requis

Le Ministère n'a pas établi de normes précises quant à l'étendue des travaux épidémiologiques que les bureaux de santé publique doivent accomplir concernant la plupart des sujets, et il n'a pas non plus évalué si certaines analyses épidémiologiques devaient être exécutées centralement. Il n'y a donc aucune assurance que les bureaux de santé publique ont procédé à des analyses adéquates des données sur les populations aux fins de la conception de leurs programmes.

Dans le cadre de l'enquête que nous avons menée, certains bureaux de santé publique ont indiqué que leurs épidémiologistes ne disposaient pas du temps requis pour examiner et analyser les données, et certains bureaux ont mentionné que leur effectif ne comptait aucun épidémiologiste ou

comptait un nombre insuffisant d'épidémiologistes. Au moment de notre audit, un quart environ des 36 bureaux de santé publique ont déclaré ne pas avoir eu au moins un épidémiologiste à temps plein au sein de leur personnel depuis 2014. En outre, 45 % des médecins hygiénistes et des directeurs généraux ont mentionné que leur bureau ne disposait pas d'une capacité suffisante en matière de surveillance et d'épidémiologie. Par ailleurs, 21 bureaux de santé publique ont fait état du besoin d'un soutien central pour l'épidémiologie, la surveillance et les évaluations de la santé des populations.

Il importe de déterminer la quantité de travail requise afin de guider les bureaux de santé publique lorsqu'ils exécutent leurs activités d'épidémiologie. À deux des bureaux de santé publique que nous avons visités, les épidémiologistes analysaient seulement une petite fraction des données épidémiologiques acquises auprès d'un service d'enquête sur les données de santé publique géré par une université. Un bureau avait analysé uniquement 5 des 200 modules de données à sa disposition, et l'autre prévoyait de diffuser ses données de 2016 en 2018.

Par contraste, l'agence de santé de l'Alberta dispose d'un outil central d'analyse épidémiologique qui recueille de l'information provenant des principales sources de données et qui met à jour et exécute automatiquement des analyses locales. Il effectue notamment des analyses par quartiers (dans les secteurs métropolitains) ainsi que des analyses de l'information sur les comportements liés à la santé selon le statut socioéconomique, l'âge et le sexe. Les bureaux de santé publique de l'Ontario ont besoin de tous ces types d'analyses, mais, dans la pratique, celles-ci sont rarement effectuées pour tous les indicateurs de comportements liés à la santé.

RECOMMANDATION 6

Pour aider les bureaux de santé publique à obtenir et à analyser de manière plus efficace

et économique des données épidémiologiques aux fins de la planification et de l'évaluation des programmes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé publique Ontario et les bureaux de santé publique, doit :

- déterminer s'il est possible de centraliser les compétences en épidémiologie aux fins de l'exécution des analyses ou de l'offre d'une assistance à tous les bureaux de santé publique;
- établir des points repères concernant l'étendue que doivent avoir les analyses épidémiologiques de maladies chroniques et surveiller le respect de ces points repères;
- communiquer et collaborer avec les dirigeants des collectivités autochtones pour obtenir les données épidémiologiques qui serviraient à étayer l'élaboration des programmes au profit des collectivités autochtones de l'Ontario;
- déterminer les autres domaines pour lesquels les données pertinentes ne sont pas toujours accessibles à tous les bureaux de santé publique, comme les données sur les enfants et les jeunes, et élaborer et mettre en oeuvre un processus de collecte des données requises.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient de l'importance d'appuyer les bureaux de santé publique pour obtenir et analyser les données épidémiologiques de manière efficace et rentable. À l'appui de la version actualisée des Normes de santé publique de l'Ontario, et en collaboration avec Santé publique Ontario et les bureaux de santé publique, le Ministère compte :

- fournir aux bureaux de santé publique un ensemble commun de données épidémiologiques et d'indicateurs de la santé de la population afin de faciliter l'évaluation de la santé de la population

locale, la planification et l'évaluation des programmes;

- évaluer la faisabilité d'établir et de suivre des repères liés à l'étendue des analyses épidémiologiques des maladies chroniques requises en fonction du cadre de responsabilisation en matière de santé publique;
- continuer à collaborer avec les collectivités autochtones afin d'appuyer leurs efforts, s'il y a lieu et au besoin, dans une approche coordonnée aux échelons local, régional et provincial, afin d'améliorer la collecte et l'analyse de données propres aux populations autochtones, en conformité aux principes de responsabilité, de contrôle, d'accès et de possession;
- élaborer, à compter de 2018-2019, une stratégie provinciale de surveillance et de suivi qui comprendra un processus pour cerner et combler les lacunes dans les données relatives à la prévention des maladies chroniques.

4.4 Les évaluations des programmes de promotion de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques sont limitées et non uniformes

L'évaluation des programmes de prévention des maladies chroniques s'avère essentielle pour ce qui est de s'assurer que les bureaux de santé publique fournissent du matériel pédagogique, des programmes et des services qui répondent aux objectifs souhaités et contribuent à la bonne santé des populations locales. Les évaluations visent à comprendre la relation entre les activités et les résultats. Cela importe tout particulièrement en ce qui concerne les programmes de prévention des maladies chroniques parce que l'incidence quantifiable de ces programmes pourrait ne pas se concrétiser avant plusieurs années ou être modifiée

en raison d'autres facteurs pouvant échapper au contrôle des bureaux de santé publique.

Dans un manuel d'introduction pour l'évaluation des programmes de promotion de la santé publié en août 2017, Santé publique Ontario a mentionné qu'une évaluation approfondie des programmes peut aider le personnel de la santé publique à prendre constamment des décisions concernant la meilleure utilisation du temps et des ressources, et pour ce qui est de déterminer si un programme répond aux besoins des participants et de trouver des moyens d'améliorer celui-ci. Dans le même ordre d'idées, dans un document datant de 2001 intitulé *L'évaluation de la promotion de la santé : Principes et perspectives*, l'Organisation mondiale de la santé a indiqué qu'il doit y avoir des données probantes à l'appui de l'efficacité des efforts de promotion de la santé et de leurs coûts relatifs par rapport à d'autres options de promotion de la santé pour montrer que les efforts demeurent responsables et durables.

Les bureaux de santé publique sont tenus d'effectuer des évaluations lorsque de nouveaux programmes ou services sont élaborés ou mis en place. Par exemple, un bureau qui aurait amorcé un programme communautaire de prêt de pedomètres devrait chercher à déterminer si le programme a rejoint le nombre cible de personnes et s'il a contribué à accroître les niveaux d'activité physique. Les bureaux doivent également procéder à des évaluations lorsqu'ils détectent des indices révélant des problèmes opérationnels ou des résultats imprévus. Par exemple, un bureau qui aurait constaté un déclin marqué des présences à ses cliniques d'abandon du tabac devrait effectuer une évaluation.

4.4.1 Le Ministère n'exige pas le recours à une méthodologie normalisée pour l'évaluation des programmes

Le Ministère donne simplement pour instruction aux bureaux de santé publique d'« utiliser un éventail de méthodes » pour évaluer

les programmes, mais il ne les oblige pas à employer une méthode d'évaluation établie. Par conséquent, les bureaux de santé publique ont élaboré séparément des lignes directrices et des modèles d'évaluation, et déterminé de manière indépendante les degrés de rigueur acceptables.

Étant donné que le Ministère n'a pas obligé tous les bureaux de santé publique à suivre des lignes directrices communes lorsqu'ils évaluent des programmes locaux, chaque bureau a sa propre définition de ce en quoi consiste une évaluation. Nous avons constaté le recours à un vaste éventail de méthodes d'évaluation aux bureaux de santé publique que nous avons visités, notamment :

- des appels téléphoniques pour effectuer un suivi auprès d'un enseignant après la tenue d'un atelier à une école;
- la tenue d'une enquête auprès des personnes qui ont assisté à des séances, qui comprend des questions telles que « Le service a-t-il répondu à vos attentes? » et « Croyez-vous que les personnes présentes ont profité de ce service? »;
- le fait de s'en remettre aux évaluations effectuées par les écoles dans lesquelles ont eu lieu les ateliers, sans toutefois avoir accès aux résultats de ces évaluations.

Nous avons aussi observé que les deux bureaux de santé publique qui ont établi leurs propres méthodes d'évaluation utilisaient différentes approches. Le document sur la politique d'évaluation de l'un des bureaux fournissait seulement une orientation générale en matière d'évaluation. Il mentionnait qu'une évaluation devait être intégrée à tous les plans de programmes, mais il ne décrivait pas comment l'évaluation devait être effectuée. En revanche, la politique d'évaluation de l'autre bureau était plus détaillée; elle incluait les étapes de la création d'un plan d'évaluation, une orientation concernant la documentation de l'objet de l'évaluation, et des précisions sur la manière de déterminer les questions d'évaluation appropriées.

Le Ministère finance deux centres de ressources en promotion de la santé (se reporter à la **section 4.2.2**) qui sont chargés de fournir un soutien en matière d'évaluation aux bureaux de santé publique. L'un de ces centres soutient la recherche et l'évaluation relativement à un seul sujet – l'usage du tabac. L'autre centre offre un soutien technique pour la planification, la formation et le renforcement de la capacité d'évaluation des programmes. Ce centre a mis au point une méthode d'évaluation, mais les bureaux de santé publique que nous avons visités ne l'utilisaient pas pour planifier leurs activités d'évaluation. Il offre également des conseils techniques et des services consultatifs, ce qui comprend l'examen de documents, mais il ne planifie pas et n'effectue pas d'évaluation des programmes.

4.4.2 La plupart des bureaux de santé publique estimaient que leur capacité d'évaluation des programmes était « en développement »

La plupart des bureaux de santé publique que nous avons visités ne disposaient pas de suffisamment d'employés formés pour évaluer efficacement les programmes. Deux des quatre bureaux que nous avons visités comptaient au sein de leur effectif un seul spécialiste de l'évaluation ayant des antécédents ou une expérience en recherche universitaire, et l'un d'eux avait seulement affecté un employé à la planification et à l'évaluation des programmes à la fin de 2015. Le quart des bureaux de santé publique sondés ont mentionné qu'ils n'avaient aucun employé affecté à l'évaluation depuis 2014, et 28 % ont indiqué qu'ils avaient pu compter sur les services d'un spécialiste de l'évaluation pour une partie seulement de cette période. Lorsque les bureaux de santé publique ne disposent pas de la capacité requise pour évaluer leurs programmes, il se peut que les évaluations ne soient pas suffisamment approfondies et vastes

pour déterminer efficacement si les programmes ont produit les résultats souhaités.

La capacité d'évaluation des bureaux de santé publique a été mesurée par une équipe de projet comptant des représentants des bureaux, au moyen d'un outil inspiré d'autre instrument mis au point par un chercheur universitaire. Le projet visait à déterminer l'ampleur de la capacité d'évaluation (en tenant compte des infrastructures, du personnel spécialisé et des ressources) au sein des bureaux et pour l'ensemble de ceux-ci, ainsi qu'à repérer les domaines pouvant faire l'objet d'améliorations.

Dans le cadre de cet exercice, les bureaux de santé publique ont été classés comme ayant une capacité d'évaluation faible, en développement, intermédiaire ou établie. Les facteurs suivants ont été utilisés pour déterminer les bureaux qui ont une capacité établie d'évaluation des programmes :

- il y a une équipe de gestionnaires supérieurs qui accorde de la valeur aux évaluations;
- les méthodes de collecte des données sont rigoureuses;
- les compétences en matière d'évaluation sont régulièrement jaugées pour repérer les lacunes et déterminer les activités de formation requises;
- des politiques et des procédures ont été établies pour orienter les activités d'évaluation;
- les gestionnaires et le personnel responsables des programmes comprennent l'objet de l'évaluation et la manière dont celle-ci est utilisée.

Sur les 32 bureaux de santé publique qui ont effectué l'autoévaluation en 2015, seulement 5 se considéraient comme ayant une capacité intermédiaire, 26 se considéraient comme ayant une capacité en développement, 1 se considérait comme ayant une faible capacité, et aucun ne se considérait comme ayant une capacité établie.

Principales lacunes constatées

Les autoévaluations ont révélé les principales lacunes suivantes concernant les évaluations de programmes pour l'ensemble des bureaux de santé publique de l'Ontario :

- il n'y a pas de cadre ou de politique et de procédures liés aux évaluations;
- le temps et les ressources consacrés aux évaluations sont insuffisants;
- il n'y a pas de méthodes précises de partage des évaluations;
- on a tendance à utiliser les constatations seulement pour valider un programme selon une approche fondée sur la satisfaction de la clientèle et non pour mesurer les résultats du programme.

L'équipe de projet n'a pas communiqué officiellement les résultats de cet exercice au Ministère, mais elle a publié le rapport en ligne.

À la suite de l'exercice, 10 bureaux de santé publique ont participé à un projet visant à renforcer la capacité d'évaluation en mettant à l'essai certaines des stratégies recensées dans le cadre de l'exercice pour remédier aux lacunes recensées. Le projet a donné lieu notamment aux messages clés suivants : un leadership à tous les niveaux est essentiel pour qu'il y ait un appui concernant l'évaluation, et les membres du personnel sont impatients d'accroître leurs compétences et leurs connaissances dans ce domaine. Les résultats du projet sont accessibles en ligne sur le site Web de Santé publique Ontario.

4.4.3 Les évaluations des programmes ne sont pas dûment réalisées

En vertu des Normes de santé publique de l'Ontario, le Ministère exige que les bureaux de santé publique préparent des évaluations des programmes pour :

- soutenir l'établissement de nouveaux programmes et services;
- déterminer si les programmes s'appuyant sur des données probantes sont exécutés avec la

rigueur requise et ont une portée et une durée suffisantes;

- documenter l'efficacité et l'efficience des programmes et des services.

Aux quatre bureaux de santé publique que nous avons visités, nous avons constaté que ces évaluations n'étaient pas toujours réalisées. Par ailleurs, le Ministère n'était pas au fait de cette situation parce qu'il n'a pas mis en place de mécanisme pour déterminer si les bureaux de santé publique exécutent les évaluations des programmes.

Nous avons observé ce qui suit :

- Un bureau de santé publique avait évalué certains aspects de seulement 3 de ses 42 programmes et services de prévention des maladies chroniques, tels que des ateliers, des présentations et des séances de formation, offerts ces 3 dernières années. Ce bureau n'avait pas évalué ses nouveaux programmes comme il devait le faire, notamment une campagne d'affichage et des ateliers visant à favoriser une sensibilisation et une compréhension accrues concernant l'activité physique, un programme de course pour les enfants d'âge scolaire, un programme de préparation des aliments, un programme de bonne nutrition des élèves, un programme de jardins communautaires et des programmes de bien-être en milieu de travail.
- Trois bureaux de santé publique n'avaient pas évalué une approche globale de la santé en milieu scolaire, qui traite de la santé en milieu scolaire de manière planifiée, intégrée et holistique afin de soutenir l'amélioration des résultats scolaires et le bien-être des élèves. Un bureau a mentionné qu'il n'avait pas évalué le programme parce qu'il constitue une pratique exemplaire reconnue à l'échelle internationale; les deux autres bureaux ont évoqué un manque de ressources et de soutien.
- Un bureau de santé publique avait mis au point un programme de compétences

alimentaires pour les adultes, qui était inspiré en partie d'un programme éprouvé conçu aux États-Unis. Cependant, il a offert seulement de 1 à 5 séances du programme, malgré une évaluation du programme américain indiquant que la présentation de plus de 11 séances produirait les effets les plus importants, et que la présentation de moins de 6 séances pourrait n'avoir aucune incidence.

Dans le cadre du sondage que nous avons mené auprès des 36 bureaux de santé publique, les employés de 19 d'entre eux ont mentionné que leur bureau respectif n'avait pas réalisé plus de 5 évaluations des programmes et services de prévention des maladies chroniques, qui servent à mesurer les changements touchant les connaissances, les compétences ou les attitudes à la suite des mesures prises par les bureaux de santé publique.

Les évaluations ne mesurent pas les résultats ou la rentabilité

Trois bureaux de santé publique concentraient leurs efforts limités d'évaluation sur le processus ou la satisfaction de la clientèle. Bien que ces évaluations puissent aider les bureaux à déterminer si le programme a été exécuté conformément au plan et si les participants ou le public cible ont été satisfaits du programme, elles n'évaluent pas les résultats, comme la sensibilisation, les connaissances, les attitudes, les compétences et la réduction des comportements nocifs. En fait, dans le cadre de notre sondage, 50 % des bureaux de santé publique ont mentionné qu'ils avaient réalisé, de 2014 au printemps 2017, deux évaluations ou moins de leurs programmes de prévention des maladies chroniques qui avaient pour but de mesurer un changement dans les comportements, et 14 % ont déclaré n'avoir effectué aucune évaluation de ce type.

L'une des évaluations que nous examinées à un bureau de santé publique portait sur un programme de consommation de fruits et de

légumes qui permettait à des membres de la collectivité de se procurer des fruits et des légumes que les agriculteurs auraient autrement jetés parce qu'ils n'étaient pas vendables. L'évaluation visait à mesurer la quantité de produits que s'étaient procurés les participants au programme, mais ne cherchait pas à déterminer si le programme s'était soldé par une augmentation de la consommation de fruits et de légumes. Dans le cadre de l'enquête auprès des participants au programme, on a demandé à ceux-ci s'il était probable qu'ils continuent à consommer des fruits et des légumes, mais on ne leur a pas demandé s'ils consommaient des quantités similaires de fruits et de légumes avant de se procurer ces produits; par conséquent, les réponses à l'enquête ne permettaient pas de mesurer l'incidence du programme.

Un autre bureau de santé publique recourait fréquemment à des sondages sur la satisfaction de la clientèle dans le cadre desquels il demandait aux clients ce qu'ils avaient retenu d'un atelier. Cependant, il n'y avait pas d'enquête précédant l'activité ni de suivi ultérieur auprès des clients. Par conséquent, on ne pouvait déterminer efficacement si des choses avaient été apprises au moyen d'un atelier.

Le fait d'établir des points repères pour les résultats des programmes ainsi que des exigences en matière de ressources pour les programmes qui sont couramment exécutés à l'échelle des 36 bureaux de santé publique peut aider à déterminer les éléments auxquels un bureau doit affecter ses ressources et à s'assurer que les coûts des programmes ne sont pas trop élevés par rapport aux avantages obtenus. Aucune des évaluations de programmes que nous avons examinées ne comparait le coût ou l'investissement au titre d'un programme avec les avantages obtenus en vue de mesurer le rapport coût-efficacité du programme. En outre, près des trois quarts des cadres supérieurs responsables de la prévention des maladies chroniques qui ont répondu à notre sondage ont mentionné que les évaluations des programmes et des services de prévention des maladies chroniques

qu'ils effectuent ne comparent pas ou ne cherchent pas à comparer les coûts aux avantages obtenus.

RECOMMANDATION 7

Pour aider les bureaux de santé publique à évaluer efficacement leurs programmes de prévention des maladies chroniques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer des documents d'orientation sur les évaluations de programmes et exiger que tous les bureaux de santé publique suivent des principes d'évaluation communs fondés sur des données probantes;
- surveiller les efforts que déploient les bureaux de santé publique pour renforcer leur capacité d'effectuer des évaluations;
- veiller à ce que les bureaux de santé publique évaluent les programmes conformément à ses exigences;
- établir des points repères provinciaux que doivent utiliser les bureaux de santé publique lorsqu'ils comparent le coût et les résultats des programmes importants.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît qu'il est important que les bureaux de santé publique évaluent les programmes locaux de prévention des maladies chroniques. À l'appui des Normes de santé publique de l'Ontario modernisées, le Ministère compte :

- intégrer aux Normes des exigences particulières relatives à l'évaluation des programmes que devront respecter les conseils de santé; ces exigences seront appuyées par des documents d'orientation ou de référence ou une formation commençant en 2018-2019;
- suivre les efforts consentis par les bureaux de santé publique pour renforcer leur capacité à mener des évaluations en conformité au cadre de responsabilisation en matière de

santé publique et à prendre des mesures de suivi appropriées au besoin;

- comparer les coûts unitaires déclarés par les bureaux de santé publique pour la prestation des services, selon le cas, en conformité au cadre de responsabilisation en matière de santé publique.

Le Ministère prévoit également accroître l'expertise en matière d'évaluation à l'échelle du secteur dans le cadre de son nouveau Programme de subventions pour la santé et le bien-être, qui sera lancé en 2018-2019.

4.4.4 Les bureaux de santé publique ne mesurent pas les progrès des programmes de prévention des maladies chroniques en fonction des objectifs

Les bureaux de santé publique sont tenus de documenter et de surveiller les objectifs de leurs programmes de prévention des maladies chroniques, les délais pour atteindre ces objectifs et les résultats attendus. Ces objectifs orientent la planification et l'élaboration des différents programmes et services de santé publique, dont la question de l'évaluation est abordée aux sections 4.4.1 à 4.4.3.

Les quatre bureaux de santé publique que nous avons visités avaient documenté à divers degrés les objectifs et les résultats souhaités de leurs programmes de prévention des maladies chroniques, mais ils n'avaient pas toujours mis des mesures en place concernant les objectifs et les délais pour atteindre ceux-ci. Par conséquent, les bureaux de santé publique ne peuvent montrer que leurs programmes de prévention des maladies chroniques ont produit les résultats souhaités.

Un seul des quatre bureaux avait établi des objectifs de programmes assortis d'une cible de résultat mesurable, par exemple une diminution de 70 % des résidents âgés de 18 ans et plus qui déclarent avoir consommé des boissons sucrées au moins une fois dans les 7 derniers jours, et une augmentation de 50 % des résidents de 12 ans et

plus qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.

Les trois autres bureaux n'avaient pas établi de cibles de résultat mesurables pour leurs objectifs; ils avaient plutôt fixé des buts globaux. Par exemple, ils s'étaient donné comme but de réduire la consommation de boissons sucrées ou d'améliorer les habitudes alimentaires chez les résidents, mais ils ne disposaient pas de renseignements de base ou de plans pour mesurer les changements de comportements afin de déterminer si l'objectif avait été atteint.

En outre, à 45 % des bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage, les cadres supérieurs chargés de la prévention des maladies chroniques ont mentionné que les progrès réalisés par rapport aux objectifs de rendement liés aux maladies chroniques sont parfois ou rarement mesurés de manière significative. Le Ministère ne cherche pas à déterminer si les bureaux de santé publique se tiennent réellement informés des tendances relatives aux comportements liés à la santé comme ils sont tenus de le faire. Par ailleurs, il revient aux bureaux de décider de la quantité de travail de surveillance qu'ils effectuent. Nous avons observé que deux des bureaux de santé publique que nous avons visités ne procédaient à aucune surveillance régulière de ces comportements, et qu'un autre mettait à jour ce type de renseignements aussi peu fréquemment qu'une fois tous les cinq ans.

RECOMMANDATION 8

Pour mesurer efficacement l'incidence des programmes et services de prévention des maladies chroniques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit exiger que les bureaux de santé publique élaborent des objectifs de programme mesurables et fixent des délais concernant l'atteinte de ces objectifs.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il importe de mesurer efficacement l'incidence des programmes locaux de prévention des maladies chroniques. À l'appui des Normes de santé publique de l'Ontario modernisées, le Ministère exigera que les bureaux de santé publique fixent des objectifs mesurables pour ces programmes afin de contribuer à la prévention des maladies chroniques, à compter de 2018-2019.

4.5 La mesure et la déclaration du rendement des bureaux de santé publique sont insuffisantes

4.5.1 Les indicateurs de rendement actuels ne permettent pas de mesurer pleinement le rendement des bureaux de santé publique en ce qui concerne la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé

Entre 2014 et 2016, le Ministère a exigé que les 36 bureaux de santé publique déclarent leur rendement annuel relativement à 10 indicateurs de rendement liés à la promotion de la santé, comme il est indiqué à la **figure 8**.

Nous avons constaté que ces indicateurs ne concernent pas uniquement le travail effectué par les bureaux de santé publique, que certains indicateurs ne sont pas utiles, et que l'ensemble d'indicateurs ne permet pas de mesurer pleinement tous les facteurs de risque clés associés aux maladies chroniques. Par conséquent, le Ministère ne pouvait pas bien mesurer le rendement des bureaux de santé publique en ce qui concerne la prestation de leurs programmes et services de promotion de la santé.

En novembre 2015, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé que le Ministère allait moderniser les Normes de santé publique de l'Ontario, notamment en mettant à jour les indicateurs utilisés pour mesurer le rendement des bureaux de santé publique. Les normes modifiées

Figure 8 : Indicateurs de promotion de la santé utilisés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour mesurer le rendement des bureaux de santé publique, 2016

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

Domaine	N°	Indicateur de promotion de la santé
Tabagisme	1	Pourcentage de vendeurs de produits du tabac qui respectaient les lois limitant la vente de ces produits aux jeunes au moment de la dernière inspection.
	2	Pourcentage d'écoles secondaires inspectées une fois l'an pour vérifier leur conformité à l'article 10 de la <i>Loi favorisant un Ontario sans fumée</i> .
	3	Pourcentage de détaillants du tabac inspectés pour vérifier leur conformité à l'article 3 de la <i>Loi favorisant un Ontario sans fumée</i> .
	4	Pourcentage de détaillants du tabac inspectés une fois l'an pour vérifier leur conformité aux dispositions de la <i>Loi favorisant un Ontario sans fumée</i> portant sur la présentation, la manipulation et la promotion des produits de tabac.
	5	Pourcentage de jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui n'ont jamais fumé une cigarette entière.
Saine alimentation	6	État de la mise en oeuvre de NutriSTEP (un questionnaire de détection des risques en matière d'alimentation).
	7	État de l'Initiative amis des bébés.
Consommation d'alcool	8	Pourcentage de la population (de 19 ans et plus) qui dépasse la limite recommandée dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque.
Prévention des blessures	9	Visites à l'urgence en raison de chutes chez les adultes âgés de 65 ans et plus.
Santé buccodentaire	10	Évaluation et surveillance de la santé buccodentaire : pourcentage de l'ensemble des enfants fréquentant la prématernelle et la maternelle et des élèves de 2 ^e année qui ont fait l'objet d'un dépistage dans les écoles publiques.

mettent l'accent sur la contribution des conseils de santé aux résultats en matière de santé pour la population et aux résultats des programmes, soit les résultats que l'on prévoit obtenir grâce à la prestation des programmes et services de santé publique.

Durant la transition vers les nouvelles normes, le Ministère a exigé en 2017 que les bureaux de santé publique fassent rapport uniquement sur 2 des 10 indicateurs liés à la promotion de la santé : le pourcentage de vendeurs de produits du tabac qui respectent les lois limitant la vente de ces produits aux jeunes, et le pourcentage de détaillants de tabac inspectés une fois l'an.

Le Ministère prévoit que la nouvelle version des Normes entrera en vigueur en janvier 2018, et les indicateurs de rendement seront finalisés par la suite.

Certains indicateurs ne dépendent pas uniquement du travail accompli par les bureaux de santé publique

Le personnel de la santé publique a mentionné que les variations concernant un certain nombre d'indicateurs de rendement ne peuvent être attribuées uniquement aux efforts des bureaux de santé publique. Les indicateurs de promotion de la santé qui sont influencés à la fois par le travail des bureaux de santé publique et celui d'autres intervenants comprennent les indicateurs de résultats suivants :

- le pourcentage de la population de 19 ans et plus qui dépasse la limite recommandée dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque;
- le pourcentage de jeunes âgés de 12 à 18 ans qui n'ont jamais fumé une cigarette entière;
- les visites à l'urgence en raison de chutes chez les adultes âgés de 65 ans et plus.

En ce qui concerne ces indicateurs, les bureaux de santé publique travaillent avec d'autres partenaires, comme des écoles, des centres de loisirs, des organisations culturelles, des centres d'accueil, des groupes de nouveaux immigrants, des fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires, des promoteurs de la santé, des fournisseurs de soins de santé dans des centres de santé communautaire, et d'autres établissements de soins primaires et organismes sans but lucratif qui font la promotion de modes de vie sains. Par conséquent, il est probablement préférable que la surveillance de ces indicateurs soit effectuée par le Ministère afin d'évaluer le rendement du secteur de la santé publique dans ces domaines à l'échelle provinciale. Ces mesures ne fournissent pas beaucoup d'informations sur le rendement des bureaux de santé publique à l'échelon local.

Par ailleurs, le Ministère n'a pas établi de cibles dans ces trois domaines pour favoriser l'amélioration du rendement des bureaux de santé publique. Il recueille simplement les données qui sont déclarées.

Les bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont mentionné qu'il y a des indicateurs qui rendent mieux compte de leur rendement, comme une hausse du taux d'abandon du tabac et une amélioration des connaissances en matière de saine alimentation pour les personnes qui participent à leurs programmes.

Certains indicateurs ne servent pas à mesurer des renseignements utiles additionnels

Deux indicateurs de promotion de la santé mesurent des volets de l'activité des bureaux de santé publique qui sont déjà achevés ou presque achevés, et ils ne fournissent donc pas de données utiles au Ministère. Ces deux volets sont la mise en oeuvre de NutriSTEP (un questionnaire de détection des risques en matière d'alimentation) et l'état de la conception de l'Initiative amis des bébés (qui porte sur l'allaitement maternel). En 2016, 25 des 36 bureaux de santé publique avaient déjà

obtenu la désignation et 11 possédaient celle-ci depuis 2013, tandis que 8 bureaux étaient sur le point de l'obtenir et que 35 des 36 bureaux avaient mis en oeuvre NutriSTEP.

Puisque la plupart des bureaux de santé publique ont achevé la mise en oeuvre de ces deux volets, le Ministère peut maintenant mesurer la qualité et la portée des programmes, comme le nombre d'enfants ayant fait l'objet d'une détection des risques dans le cadre de NutriSTEP et qui ont été aiguillés vers des ressources appropriées, et les taux de début et de durée de l'allaitement à la suite de la mise en oeuvre de l'Initiative amis des bébés dans les bureaux. Ces mesures seraient plus utiles si l'on ne se limitait pas à demander aux bureaux de santé publique de faire rapport sur la mise en oeuvre des initiatives.

L'ensemble d'indicateurs ne permet pas de mesurer pleinement tous les facteurs de risque

Des cinq autres indicateurs associés à la promotion de la santé, quatre ont trait à la lutte contre le tabagisme et un renvoie à la santé buccodentaire. Aucun indicateur ne mesure les réalisations des bureaux de santé publique concernant la réduction d'autres facteurs de risque clés, comme la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'excès de poids.

Le tiers environ du personnel des bureaux de santé chargé de faire rapport sur les indicateurs de rendement qui a répondu à notre sondage a mentionné que les domaines dans lesquels le Ministère mesure les bureaux ne sont pas suffisants et ne permettent pas de mesurer adéquatement le rendement des bureaux. Les répondants ont indiqué que les indicateurs tiennent compte seulement d'une petite partie de ce que font les bureaux de santé et ne rendent pas compte de l'incidence qu'ont les bureaux sur l'amélioration de la santé dans les collectivités.

RECOMMANDATION 9

Pour mesurer de manière appropriée le rendement des bureaux de santé publique en ce qui concerne la prestation de leurs programmes et services de promotion de la santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mettre en place des indicateurs pertinents qui sont liés aux nouvelles Normes de santé publique de l'Ontario prévues et qui mesurent des domaines dont les résultats sont attribuables aux bureaux de santé publique;
- établir des cibles qui tiennent compte du rendement attendu afin de favoriser l'amélioration continue.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance de mesurer le rendement des bureaux de santé publique dans la prestation des programmes et services locaux. À l'appui des Normes de santé publique de l'Ontario modernisées, le Ministère entend :

- mettre en oeuvre un cadre d'indicateurs de la santé publique qui comprendra des indicateurs particuliers pour mesurer les résultats de la prévention des maladies chroniques dans la province et qui correspondent aux résultats des programmes précisés dans les Normes modernisées;
- surveiller le rendement et les résultats réels obtenus par les bureaux de santé publique par rapport à ceux prévus en consultant l'information que les conseils de santé lui transmettent au moyen des outils de présentation de plans et de rapports, y compris leurs plans de services annuels, demandes budgétaires, rapports de rendement et rapports annuels.

Ces outils permettront aux conseils de santé de démontrer qu'ils répondent aux attentes définies ainsi qu'au Ministère d'assurer une surveillance appropriée des fonds publics et des ressources.

4.5.2 Il y a une absence de rapports publics sur le rendement en matière de prévention des maladies chroniques des bureaux de santé publique

Certains bureaux de santé publique font rapport à leur conseil de santé sur leur rendement individuel relatif aux 10 indicateurs de promotion de la santé dans le cadre de réunions accessibles au public, mais le Ministère ne produit pas de rapports publics sur les résultats du rendement de tous les bureaux. Les répondants à notre sondage ont mentionné que le Ministère devrait publier toutes les données de sorte que les bureaux de santé publique puissent avoir une idée du rendement du secteur pris dans son ensemble. Plus particulièrement, les bureaux pourraient avoir une meilleure compréhension du rendement du secteur par rapport aux cibles établies et de la manière dont le rendement des différents bureaux se compare à celui des autres et aux résultats provinciaux.

La divulgation publique des résultats en matière de rendement pourrait favoriser l'amélioration continue de la qualité des services et des programmes, ainsi que l'amélioration de la reddition de comptes des bureaux auprès des contribuables, qui financent et utilisent leurs services et leurs programmes.

4.5.3 Le Ministère dispose de renseignements limités sur l'utilisation des ressources des bureaux de santé publique

Le Ministère dispose de renseignements limités pour ce qui est de savoir si les bureaux de santé publique utilisent de manière rentable le financement provincial. Les indicateurs de rendement inclus dans l'entente de financement et de responsabilisation en santé publique intervenue entre les conseils de santé et le Ministère mesurent seulement les domaines qui sont associés à la promotion et la protection de la santé, et ne s'appliquent à aucun volet opérationnel des activités des bureaux.

Hormis les rapports sur les indicateurs de rendement, les bureaux de santé publique informent le Ministère du nombre d'équivalents temps plein affectés à la prévention des maladies chroniques, aux autres programmes obligatoires et à l'organisation dans son ensemble, ainsi que des coûts salariaux connexes, dans le cadre de leur demande annuelle de financement. En 2016, sur les quelque 7 500 équivalents temps plein que comptent les bureaux de santé publique, 980 ont été affectés à la prévention des maladies chroniques aux termes des Normes de santé publique de l'Ontario.

Les 36 bureaux de santé publique ont affecté en moyenne 12 % de leurs équivalents temps plein à la prévention des maladies chroniques; 17 bureaux y ont affecté un pourcentage inférieur à la moyenne provinciale, tandis que 3 bureaux ont affecté 6 % et 2 bureaux ont affecté jusqu'à 20 % de leurs équivalents temps plein totaux à la prévention des maladies chroniques. Les écarts peuvent être attribuables à des décisions locales des conseils de santé qui sont indépendants les uns des autres ainsi qu'aux priorités de chaque bureau de santé publique, mais le Ministère ne sait pas si ces écarts sont justifiés.

Étant donné qu'il n'évalue pas la mesure dans laquelle les bureaux de santé publique utilisent le financement provincial de manière efficiente pour exécuter les programmes de prévention des maladies chroniques, le Ministère ne peut montrer que ce financement a produit des résultats positifs pour les objectifs de programmes globaux de chacun des bureaux.

RECOMMANDATION 10

Pour améliorer continuellement la reddition de comptes et la transparence en ce qui concerne le rendement du secteur de la santé publique, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- rendre compte publiquement du rendement des bureaux de santé publique, ce qui

comprend les résultats annuels et les cibles de leurs indicateurs de rendement;

- élaborer une procédure afin de surveiller la quantité de ressources que les bureaux de santé publique affectent aux programmes de prévention des maladies chroniques par rapport aux résultats de ces programmes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il est important d'améliorer constamment la responsabilisation et la transparence en ce qui concerne le rendement du secteur de santé publique. La responsabilisation et la transparence sont des composantes clés des Normes de santé publique de l'Ontario modernisées. En conformité au cadre de responsabilisation en matière de santé publique, qui appuie les Normes modernisées, le Ministère s'engage à :

- exiger des conseils de santé qu'ils rendent compte publiquement de leur rendement dans un rapport annuel sur les finances et le rendement à compter de 2018-2019;
- élaborer des procédures afin de surveiller la quantité de ressources que les bureaux de santé publique affectent aux programmes de prévention des maladies chroniques par rapport aux résultats de ces programmes.

4.6 La mise en oeuvre complète du modèle de financement fondé sur les besoins pourrait prendre jusqu'à 10 ans

Le niveau actuel de fonds publics octroyés aux bureaux de santé publique est principalement fondé sur des décisions antérieures et ne s'appuie sur aucune formule de distribution du financement.

Au fil des ans, de nombreux facteurs ont influé sur le financement des bureaux de santé publique, comme les affectations inégales antérieures, les ententes traditionnelles de partage des coûts conclues avec des municipalités, et les priorités

provinciales concernant l'élargissement des programmes ou les programmes et services requis pour répondre aux besoins locaux. Cependant, les caractéristiques démographiques et les besoins locaux ont évolué au fil du temps.

Par conséquent, le financement par habitant des dépenses au titre de la santé publique varie considérablement à l'échelle des 36 bureaux de santé publique de la province. En 2016-2017, le financement par habitant par bureau de santé publique s'est établi en moyenne à 64,40 \$, le montant le moins élevé étant de 36,89 \$, pour la région de Halton, et le plus élevé étant de 133,61 \$, pour le Témiscamingue, comme il est indiqué à la **figure 9**.

Nous avons fait état de cette préoccupation concernant les écarts de financement dans nos deux rapports d'audit précédents portant sur la santé publique, en 1997 et en 2003, et elle a été soulevée par le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique du Ministère, en 2006.

Un nouveau modèle de financement a été recommandé en 2013

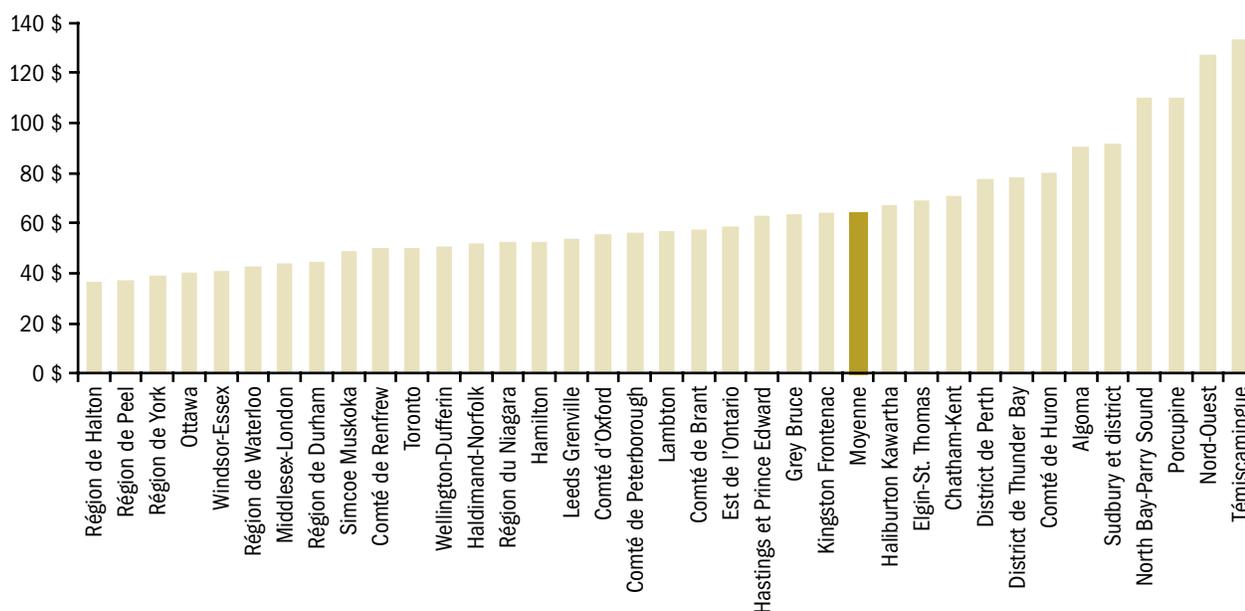
En 2010, le Ministère a mis sur pied le Groupe de travail sur l'étude du financement pour qu'il examine l'état du financement de la santé publique à ce moment, et qu'il conseille le Ministère au sujet d'un futur modèle de financement de la santé publique et des principes à suivre pour établir le modèle. Les objectifs de l'examen étaient d'élaborer une approche de financement de la santé publique fondé sur les besoins et de réduire les écarts de financement entre les bureaux de santé publique au fil du temps.

Le Groupe de travail a présenté son rapport final au Ministère en décembre 2013. Il a recommandé l'utilisation d'un nouveau modèle pour repérer la part de financement inappropriée versée à chaque bureau de santé publique. Le modèle s'appuie sur de nombreux facteurs, dont la population, les risques pour la santé, le coût de la vie, la faiblesse des taux de natalité, les taux de décès évitables, la géographie, la langue, le statut d'immigrant et l'éducation.

Depuis la recommandation formulée par le Groupe de travail, au moyen du nouveau modèle de financement, le Ministère a accordé

Figure 9 : Financement provincial par habitant des 36 bureaux de santé publique, 2016-2017

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



des augmentations de 2 % (11 millions de dollars) à 8 bureaux de santé publique en 2015 et de 1 % (6 millions de dollars) à 10 bureaux de santé publique en 2016 pour la prestation des programmes et services de santé prévus dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. En 2017, le Ministère n'a pas augmenté le financement des bureaux de santé publique au moyen du nouveau modèle.

Le Ministère n'a pas fixé de date cible à laquelle les bureaux de santé publique obtiendront leur part de financement établie selon le modèle. Il estime qu'une période de 10 ans pourrait s'écouler avant que le financement de la santé publique soit affecté plus équitablement à tous les bureaux de santé publique, en tenant pour acquis que le taux de croissance sera de 2 % et que les fonds supplémentaires futurs seront destinés aux bureaux qui ne reçoivent pas encore une part de financement déterminée selon le modèle. Le rapport final du Comité d'experts sur la santé publique paru en juillet 2017 recommandait que les 36 bureaux de santé publique soient restructurés et regroupés en 14 entités régionales de santé publique. Si le Ministère adopte la recommandation, le modèle de financement recommandé en 2013 par le Groupe de travail sur l'étude du financement serait désuet, et un nouveau modèle devra être défini.

Nous avons également constaté qu'en général, le Ministère ne rend pas de décisions définitives concernant le financement des bureaux de santé publique avant le dernier trimestre de l'année. Par conséquent, les bureaux disposent de très courts délais pour composer avec les changements imprévus en matière de financement. Plus de 80 % des médecins hygiénistes et des directeurs généraux des bureaux locaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont mentionné que le délai d'approbation du financement constitue un problème. Ils ont indiqué qu'il est difficile de planifier les programmes et les services sans savoir avec certitude les montants qui seront octroyés aux bureaux de santé publique.

RECOMMANDATION 11

Pour réduire les écarts de financement entre les bureaux de santé publique et soutenir une planification adéquate des programmes et des services, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- accélérer l'application du modèle de financement des bureaux de santé publique mis au point par le Groupe de travail sur l'étude du financement ou adopter une nouvelle méthode de financement qui favorise un financement plus équitable des bureaux;
- établir le financement définitif destiné aux bureaux de santé publique le plus tôt possible durant l'exercice en cours.

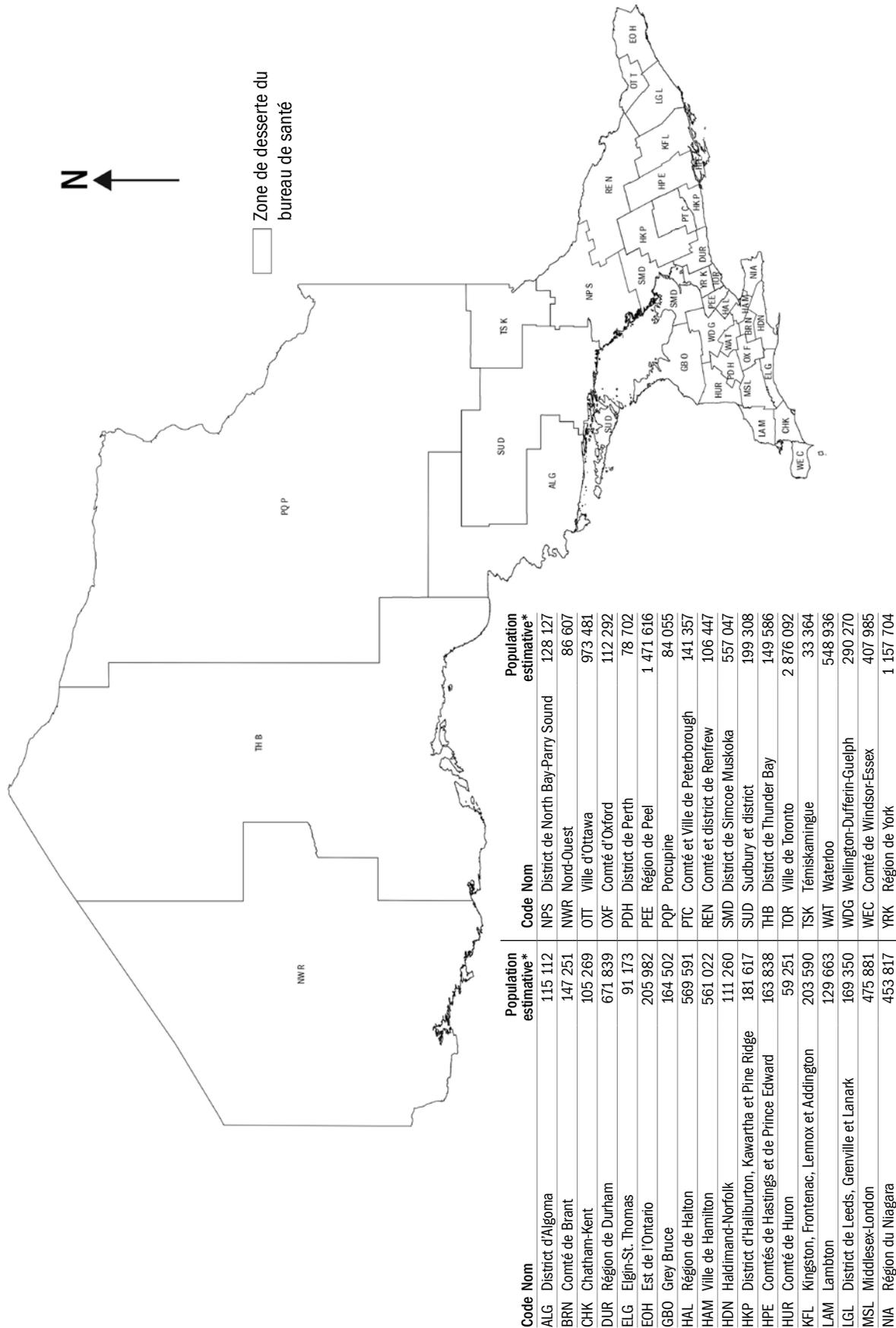
RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'un financement opportun et équitable pour les bureaux de santé publique. À cette fin, il entend :

- revoir le modèle de financement des programmes de santé publique dans le contexte de l'initiative de transformation et d'apporter des modifications, s'il y a lieu, à l'appui de méthodes de financement plus équitables;
- poursuivre son travail pour finaliser les rajustements du financement annuel des bureaux de santé publique le plus tôt possible durant l'exercice en cours;
- fixer le plus tôt possible les cibles de planification non officielles pour le secteur afin d'appuyer la planification budgétaire et les programmes;
- poursuivre son travail visant à prolonger, du 31 mars au 31 décembre, la période durant laquelle les bureaux de santé publique sont autorisés à utiliser les fonds approuvés par la province.

Annexe 1 : Bureaux de santé publique de l'Ontario

Source des données : Santé publique Ontario, Statistique Canada



* D'après les données de 2016 de Statistique Canada.

Annexe 2 : Résumé des normes, des exigences et des objectifs connexes inclus dans les Normes de santé publique de l'Ontario pour les bureaux de santé publique de l'Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir de renseignements provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Normes	But	Exemples d'exigences visant les bureaux de santé publique
Norme fondamentale		
1 Évaluation de la santé de la population, surveillance, recherche et échange de connaissance, et évaluation des programmes	La pratique de santé publique répond efficacement aux problèmes actuels et nouveaux et contribue à la santé et au bien-être du public.	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les programmes et les services de santé publique en fonction des besoins locaux, et fournir au public, aux partenaires communautaires et aux fournisseurs de soins de santé des renseignements sur la santé publique. • Surveiller les programmes et les services pour déterminer si les résultats souhaités sont obtenus et si le rendement peut être amélioré en modifiant la portée, l'intensité ou la durée des programmes.
Normes relatives aux programmes de maladies chroniques et de blessures		
2 Prévention des maladies chroniques	Réduire les maladies chroniques évitables qui ont une incidence sur la santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des politiques et accroître la sensibilisation concernant la saine alimentation, le poids santé, la lutte contre le tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'exposition au rayonnement ultraviolet.
3 Prévention des blessures et du mésusage de substances	Réduire la fréquence, la gravité et les effets des blessures évitables et du mésusage de substances.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et promouvoir des politiques favorisant la santé relatives à la consommation d'alcool et d'autres substances, à la prévention des chutes, et à la sécurité routière et hors route.
Normes relatives aux programmes de santé de la famille		
4 Santé génésique	Permettre aux personnes et aux familles d'atteindre un niveau de santé optimal avant une grossesse, de vivre une grossesse en santé, d'avoir des bébés le plus en santé possible et de se préparer au rôle parental.	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la santé avant la grossesse, les grossesses en santé, les résultats en santé génésique et la préparation au rôle parental.
5 Santé de l'enfant	Permettre à tous les enfants d'avoir le meilleur état de santé possible et de réaliser leur plein potentiel de développement.	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir un rôle parental positif, l'allaitement maternel, une dynamique familiale saine, une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique, la croissance et le développement, et la santé buccodentaire.
Normes relatives aux programmes de maladies infectieuses		
6 Prévention et contrôle des maladies infectieuses	Prévenir ou réduire le fardeau des maladies infectieuses ayant une incidence sur la santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître les connaissances du public au sujet des maladies infectieuses locales, de l'étiquette respiratoire (éternuements/toux), de l'hygiène des mains, des vaccins et des médicaments, et de la prévention et du contrôle des infections. • Gérer les cas et les éclosions de maladies infectieuses.

Normes		But	Exemples d'exigences visant les bureaux de santé publique
7	Prévention et contrôle de la rage	Prévenir les cas de rage chez les humains.	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître les connaissances du public au sujet de la prévention et du contrôle de la rage.
8	Santé sexuelle, infections transmissibles sexuellement ou par le sang (y compris le VIH)	Prévenir ou réduire le fardeau des infections transmissibles sexuellement ou par le sang, et promouvoir une sexualité saine.	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir une sexualité saine et l'accès à des services en santé sexuelle. • Prévenir les grossesses chez les adolescentes et les infections transmissibles sexuellement ou par le sang.
9	Prévention et contrôle de la tuberculose	Prévenir ou réduire le fardeau de la tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la tuberculose active et les personnes atteintes de l'infection tuberculeuse latente. • Fournir ou procurer gratuitement des médicaments antituberculeux.
10	Maladies évitables par la vaccination	Réduire ou éliminer le fardeau des maladies évitables par la vaccination.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir des dossiers et faire rapport sur l'état d'immunisation des enfants. • Promouvoir les programmes d'immunisation et les offrir à toutes les personnes admissibles.
Normes relatives aux programmes de santé environnementale			
11	Salubrité des aliments	Prévenir ou réduire les maladies d'origine alimentaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la surveillance des maladies d'origine alimentaire et l'inspection des dépôts d'aliments.
12	Salubrité de l'eau	Prévenir ou réduire les maladies d'origine hydrique liées à l'eau de consommation, et prévenir ou réduire les maladies d'origine hydrique et les blessures associées aux activités nautiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la surveillance des réseaux d'eau potable et des maladies liées à l'eau de consommation, ainsi que des plages publiques et des maladies d'origine hydrique qui sont liées à l'utilisation des plages publiques.
13	Prévention et gestion des risques pour la santé	Prévenir ou réduire les risques pour la santé dans l'environnement.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser davantage le public au sujet de la qualité de l'air intérieur et de l'air extérieur, des conditions météorologiques extrêmes, des changements climatiques et de l'exposition aux rayonnements.
Norme relative au programme de préparation aux situations d'urgence			
14	Préparation aux situations d'urgence	Prévoir une intervention efficace dans les situations d'urgence en santé publique ou ayant une incidence sur la santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des plans de maintien des services essentiels durant les situations d'urgence.

Annexe 3 : Critères d'audit

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

1. Les rôles et les responsabilités sont clairement établis, et des exigences redditionnelles sont en place pour soutenir l'exécution efficiente des programmes de santé publique.
2. Une coordination entre le Ministère, Santé publique Ontario, les conseils de santé et d'autres parties (y compris d'autres ministères, d'autres ordres de gouvernement et des associations d'intervenants) sont en place pour faciliter l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des programmes.
3. Des données probantes et des pratiques exemplaires actuelles sont utilisées pour étayer l'élaboration de stratégies, de plans d'action et de programmes en vue de répondre aux besoins de la population.
4. Les programmes sont établis et exécutés de manière équitable et économique.
5. Les stratégies et les programmes sont continuellement évalués et modifiés, au besoin, au moyen de méthodes acceptables d'évaluation des programmes.
6. Les entités de surveillance s'acquittent de leurs responsabilités pour s'assurer de la conformité aux exigences prévues par la loi et aux politiques, et pour veiller à ce que des mesures correctives soient prises afin de remédier aux sujets de préoccupations relevés.
7. Les ressources fournies sont stables, prévisibles et affectées aux domaines dans lesquels des besoins ont été constatés. Le financement annuel définitif est déterminé en temps opportun.
8. Des mesures et des cibles de rendement sont établies, surveillées et comparées aux résultats réels pour s'assurer que les résultats souhaités sont obtenus et que des mesures correctives sont prises en temps opportun lorsque des problèmes sont constatés.