

Activité de la santé publique

L'Activité de la santé publique («l'Activité») finance des programmes conçus pour préserver la santé de la population grâce, d'une part, à la protection et la promotion de la santé et, d'autre part, à la prévention des maladies. La Direction de la santé publique (la Direction) du ministère, sous la gouverne du médecin-hygiéniste en chef, est chargée de gérer l'Activité.

L'élaboration et le financement des programmes et des services de santé publique sont principalement régis par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. La Direction est également chargée de l'application de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, de la *Loi sur les garderies* et de la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*.

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) confère le pouvoir de créer des bureaux de santé qui sont administrés par des conseils de santé locaux autonomes. Au moment de notre vérification, il y avait 42 bureaux de santé en Ontario; 33 de ces bureaux étaient régis par un conseil de santé dont les membres avaient été nommés aux termes de la LPPS. Les neuf autres bureaux de santé étaient dirigés par des conseils municipaux régionaux ayant les attributions d'un conseil de santé.

Chaque conseil de santé doit nommer un médecin-hygiéniste à temps plein, nomination qui doit être approuvée par le ministre de la Santé. Le médecin-hygiéniste est chargé de la gestion et de l'administration des programmes de santé et des affaires courantes du conseil. Il a le pouvoir d'émettre des ordonnances afin de réduire les risques pour la santé et de prévenir la propagation des maladies transmissibles.

Aux termes de la LPPS, le ministre a le pouvoir d'exiger que les conseils de santé veillent à la mise en oeuvre de programmes et à la prestation de services. En outre, les conseils de santé peuvent assurer la mise en oeuvre d'autres programmes et la prestation d'autres services répondant aux besoins locaux en matière de santé. Le ministère a créé 20 programmes de santé publique obligatoires répartis entre quatre secteurs d'intérêt : croissance et développement sains, modes de vie sains, lutte contre les maladies transmissibles et environnements sains. Les programmes obligatoires sont définis dans les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* de 1989 où sont énoncés les buts, les objectifs, les conditions et les normes pour chacun des 20 programmes. La LPPS dispose que les conseils de santé doivent observer les lignes directrices publiées par le ministère.

Le coût des programmes obligatoires est normalement partagé entre le ministère et les municipalités. Selon le programme, la part de la province peut se situer entre 40 et 100 pour 100 du coût. Normalement, les programmes facultatifs sont financés par les municipalités desservies par les conseils de santé chargés de les offrir. De plus, le ministère fournit des vaccins gratuits dans le cadre de son programme obligatoire des Maladies pouvant être prévenues par vaccination.

Pour l'année financière 1996-1997, les dépenses de l'Activité de la santé publique ont totalisé 283 millions de dollars, dont près de 237 millions de dollars ont été consacrés à des paiements de transfert pour mettre en oeuvre des programmes et fournir des services obligatoires; 40 millions de dollars ont servi à acheter des vaccins; et 6 millions de dollars ont été affectés aux dépenses de fonctionnement de la Direction.

3.10

OBJECTIFS ET PORTÉE

L'objectif de notre vérification de l'Activité de la santé publique consistait à évaluer si le ministère est doté de politiques et de procédures adéquates

- pour veiller à ce que les programmes de santé publique soient financés et mis en oeuvre en tenant compte des principes de l'économie et de l'efficacité et en conformité avec les lois applicables; et
- pour mesurer l'efficacité des programmes de santé publique financés par la province et en rendre compte.

Notre vérification était surtout axée sur les programmes obligatoires liés à la lutte contre les maladies transmissibles puisque de nombreux autres grands programmes obligatoires étaient en voie d'être examinés par la Direction. Au cours de notre vérification, nous avons examiné et analysé les procédures et les politiques de la Direction; interrogé le personnel compétent de la Direction et des experts en médecine de l'extérieur; examiné la documentation pertinente; et effectué des recherches sur la l'exécution des programmes de santé publique dans d'autres compétences législatives. Nous avons aussi examiné tout autre travail de vérification pertinent effectué par le Bureau ontarien de vérification des comptes municipaux et la Direction des services de vérification du ministère de la Santé et, au besoin, nous avons eu recours à leurs travaux.

CONSTATATIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

La Direction de la santé publique a récemment mis sur pied un certain nombre d'initiatives importantes. Celles-ci comprennent l'organisation de campagnes d'immunisation des enfants contre l'hépatite B et la rougeole; la promotion des vaccins antigrippal et antipneumococcique auprès des personnes âgées; l'élimination des causes du gaspillage de vaccins; et l'adoption de protocoles d'inspection de la salubrité des aliments.

Nous avons toutefois constaté que le ministère doit prendre des mesures pour mieux s'assurer que les programmes de santé publique sont financés et exécutés en tenant compte des principes de l'économie et de l'efficacité ainsi que de la conformité aux lois applicables. Ces mesures particulières consisteraient à

- veiller à l'affectation équitable des fonds aux conseils de santé en se fondant davantage sur des indicateurs de coût des services et sur les besoins relatifs des collectivités en matière de santé;
- veiller à ce que les conseils de santé évaluent l'état d'immunisation des enfants en conformité avec les lois;
- déterminer si les écarts entre les coûts des programmes d'immunisation mis en oeuvre par les conseils de santé sont raisonnables et prendre les mesures correctives nécessaires.

Des améliorations s'imposent également pour permettre au ministère de mesurer l'efficacité des programmes de santé publique financés par la province et d'en rendre compte. En particulier, le ministère doit

- établir des rapports périodiques et publics sur les résultats des programmes de santé publique exécutés par les conseils de santé;
- améliorer la qualité de l'information accessible au sujet des résultats des campagnes d'immunisation pour permettre au ministère de corriger la situation, au besoin;
- fixer des objectifs de couverture vaccinale pour les programmes d'immunisation des adultes et vérifier s'ils ont été atteints;
- recueillir des renseignements pour évaluer l'efficacité des programmes de recherche des contacts et de gestion des cas de tuberculose et de maladie transmissible sexuellement;
- déterminer si des protocoles d'inspection de la salubrité des aliments ont été mis en oeuvre par les conseils de santé, et si ces protocoles ont été efficaces;
- déterminer s'il est nécessaire d'adopter des mesures d'exécution supplémentaires en ce qui touche la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

OBLIGATION DE RENDRE COMPTE À L'ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE

La *Loi sur le ministère de la Santé* oblige le ministre à préparer un rapport annuel sur les activités du ministère et à présenter ce rapport à l'Assemblée législative. Il n'existe toutefois aucune obligation spécifique de rendre compte de l'efficacité des programmes de santé publique ou de l'état de santé de la population ontarienne. Depuis 1991, le médecin-

3.10

hygiéniste en chef établi, de sa propre initiative, des rapports publics annuels où il énonce certaines préoccupations en matière de santé publique, notamment en ce qui concerne l'immunisation et l'usage du tabac.

La présentation de rapports à l'Assemblée législative sur le respect des normes provinciales relatives aux programmes de santé publique accroîtrait l'obligation de rendre compte de l'Activité de la santé publique. Nous avons examiné les lois et les responsabilités de reddition de comptes à l'égard de cette fonction dans plusieurs autres provinces.

Par exemple, le médecin-hygiéniste en chef de la Saskatchewan est notamment responsable de publier un rapport annuel décrivant l'état de santé de la population saskatchewannaise et l'efficacité des programmes de santé publique, et de recommander l'examen de questions de santé publique à l'échelle de la province et des régions. En Colombie-Britannique, le médecin-hygiéniste en chef doit établir chaque année un rapport public sur la santé de la population de la province à l'intention du ministre de la Santé. Le ministre doit présenter ce rapport à l'Assemblée législative.

Recommandation

Pour accroître l'obligation de rendre compte de l'Activité de la santé publique, le ministère devrait envisager la présentation de rapports périodiques à l'Assemblée législative indiquant dans quelle mesure

- les programmes de santé publique mis en oeuvre par les conseils de santé ont respecté les normes provinciales;
- les objectifs provinciaux en matière de santé publique ont été atteints.

Réponse du ministère

Cette recommandation pourra être examinée de façon plus approfondie à mesure qu'on définira les plans de mise en oeuvre du financement municipal à 100 pour 100 de la santé publique. Dans le cadre du projet «Qui fait quoi» [une initiative pour redéfinir la relation entre la province et les municipalités à l'égard du financement et de la mise en oeuvre des services] et du financement municipal, le ministère sera responsable de fixer des normes provinciales relatives au financement des programmes de santé publique et d'en contrôler le respect. En effet, on pourrait envisager l'établissement de rapports périodiques ou le dépôt de rapports à l'Assemblée législative.

MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Les programmes de santé publique obligatoires mis en oeuvre par les conseils de santé font l'objet d'un financement à frais partagés (municipalités et ministère). Des écarts de financement importants se sont creusés au fil du temps, le financement par habitant de certains conseils étant trois fois supérieur à celui d'autres conseils.

Le ministère n'a réalisé aucun examen systématique pour déterminer si ces variations de financement découlent de besoins distincts en matière de santé ou de coûts différents de mise en oeuvre des programmes. D'après le personnel de la Direction, les variations semblent souvent fondées uniquement sur des modèles historiques. Même si le processus de planification et de budgétisation de programmes de la Direction tente d'établir un rapport entre les ressources consacrées aux programmes et les services offerts, on manque d'information sur la quantité et la qualité des services réellement fournis.

À partir de 1996, le financement des conseils de santé par la province devait être réduit de 15 pour 100 sur une période de trois ans. Au lieu d'imposer une réduction en pourcentage uniforme à chaque conseil, la Direction a établi une «stratégie de financement équitable» pour assurer une imposition rationnelle de la réduction grâce à des indicateurs des besoins communautaires en matière de santé et à des indicateurs du coût des services. Cette stratégie a permis de réduire les écarts entre les conseils. La Direction n'avait pas encore déterminé si ces indicateurs pourraient être utilisés pour l'attribution de l'ensemble du financement aux conseils de santé.

Recommandation

Pour veiller à l'attribution équitable du financement de tous les programmes de santé publique obligatoires, le ministère devrait recourir davantage à des indicateurs du coût de services et des besoins relatifs des collectivités en matière de santé.

Réponse du ministère

Après le 1^{er} janvier 1998, la province ne financera plus la mise en oeuvre des programmes de santé publique par les conseils de santé.

Le ministère financera ces programmes d'une façon plus indirecte, c'est-à-dire qu'il exigera que les normes provinciales soient respectées et, par ricochet, que les niveaux de financement local soient suffisants pour répondre aux normes. Dans le cadre du nouveau programme des Bébés en santé /Enfants en santé, que la province continuera de financer, l'état de santé et d'autres indicateurs ont été pris en compte aux fins de l'attribution des fonds aux conseils de santé.

PROGRAMME DES MALADIES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES PAR VACCINATION

Le programme obligatoire des Maladies pouvant être prévenues par vaccination vise à «réduire le nombre des maladies pouvant être prévenues par vaccination».

L'immunisation est considérée comme une intervention économique sur le plan de la santé. En effet, elle se traduit par une amélioration de la santé et une diminution des souffrances et des décès prématurés. Le ministère fournit gratuitement certains vaccins aux conseils de santé et aux médecins. En 1996-1997, le ministère a dépensé environ 40 millions de dollars en vaccins.

3.10

Dans son rapport annuel de 1995, qui mettait l'accent sur l'immunisation, le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario a affirmé ce qui suit : «L'importance de l'immunisation n'est plus un sujet à débattre.» Cependant, il a aussi souligné que «nous en sommes arrivés à traiter l'immunisation avec suffisance, d'où ces taux d'immunisation trop faibles dans l'enfance et à l'âge adulte. En améliorant ces taux, nous pouvons prévenir des maladies et empêcher qu'elles se déclarent.»

IMMUNISATION DES ENFANTS

L'immunisation des enfants est régie par la *Loi sur l'immunisation des élèves*, la *Loi sur les garderies* et les lignes directrices touchant le programme obligatoire des Maladies pouvant être prévenues par vaccination. En Ontario, les programmes de vaccination des enfants visent huit maladies distinctes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, les oreillons, la rougeole, la rubéole et les infections à *Haemophilus influenzae* de type B. Chez les enfants, les programmes commencent dès l'âge de deux mois et prennent fin au deuxième anniversaire. Il faut administrer des vaccins supplémentaires entre 4 et 6 ans et entre 14 et 16 ans.

Un règlement pris en vertu de la *Loi sur les garderies* exige que chaque exploitant s'assure que les enfants sont immunisés comme il se doit avant leur admission à une garderie et qu'ils le soient périodiquement par la suite. Les lignes directrices touchant les programmes obligatoires exigent que les conseils de santé évaluent l'état d'immunisation de tous les enfants inscrits aux programmes de garde d'enfants agréés pour veiller à leur immunisation appropriée.

La *Loi sur l'immunisation des élèves* dispose que les médecins-hygiénistes locaux doivent tenir des dossiers d'immunisation sur chaque élève fréquentant une école de leur secteur et qu'ils suivent étroitement le dossier d'immunisation de tout élève n'ayant pas été soumis à une immunisation appropriée, conformément à la loi. En outre, cette loi autorise les médecins-hygiénistes locaux à prendre les mesures qui s'imposent à l'endroit des élèves dont l'immunisation n'est pas adéquate, y compris le renvoi de l'école. En vertu des lignes directrices touchant les programmes, les conseils de santé doivent évaluer tous les élèves et tenir des dossiers d'immunisation à jour sur ces derniers.

Les Conseils de santé utilisent le Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI), créé en 1992, pour tenir des dossiers d'immunisation et établir des rapports sur les enfants inscrits aux garderies et aux écoles. Nous avons examiné les plus récentes informations sur les garderies, extraites du SADI pour la période de septembre 1994 à juin 1995, et nous avons constaté que, par rapport au nombre de places dans les garderies agréées, les conseils de santé n'avaient évalué l'état d'immunisation que de 67 pour 100 des enfants en garderie. Ainsi, on a déterminé que seulement 66 pour 100 des enfants évalués ont fait l'objet d'une immunisation appropriée.

Nous avons aussi examiné les deux derniers rapports du SADI sur les élèves. Ces rapports ont révélé que les pourcentages d'élèves, dont l'état d'immunisation et sa conformité aux calendriers de vaccination ont été évalués, se situaient à 77 pour 100 et à 82 pour 100 pendant les années scolaires 1993-1994 et 1994-1995 respectivement. Des autres élèves inscrits pour l'année scolaire 1994-1995, environ 13,5 pour 100 ont fait l'objet d'une immunisation incomplète et 4,5 pour 100 n'ont pas été évalués.

En outre, nous avons remarqué que les taux de couverture vaccinale pour l'année scolaire 1994-1995 présentaient des écarts importants d'un bureau de santé à l'autre. Les taux de couverture vaccinale de plusieurs bureaux de santé étaient très faibles, mais un bureau de santé a fait état d'un taux de couverture vaccinale de 60 pour 100.

Taux de couverture vaccinale évaluée par conseil en 1994-1995

Taux de couverture vaccinale*	Nombre de conseils
Moins de 75 %	5
75 à 85 %	12
86 à 90 %	12
91 à 95 %	10
Plus de 95 %	3

*Pourcentage d'élèves évalués et immunisés complètement

Source : Ministère de la Santé

Même si la Direction a tenté d'assurer un suivi auprès des conseils de santé dont les taux de couverture vaccinale étaient faibles pendant l'année scolaire 1993-1994, elle ne l'a pas fait pendant l'année scolaire 1994-1995. D'après le personnel de la Direction, les conseils de santé ont réalisé des évaluations limitées des élèves pendant l'année scolaire 1995-1996 en raison d'une campagne d'immunisation contre la rougeole et on n'a donc pas reçu de rapport sur la couverture vaccinale pour l'année en question.

Recommandation

Pour mieux atteindre son but, qui consiste à protéger la santé publique et à prévenir les maladies, le ministère devrait contrôler les évaluations de l'état d'immunisation des enfants effectuées par les conseils dans les garderies et les écoles et corriger la situation, au besoin.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique s'est engagée à effectuer un contrôle dans les garderies et les écoles. L'année qui a fait l'objet de l'examen était unique du fait que les bureaux de santé ont dû administrer de nouveaux programmes d'immunisation (revaccination contre la rougeole et l'hépatite B). Certains conseils ont reporté ou retardé ce contrôle systématique des taux de couverture vaccinale. Dorénavant, tous les conseils devraient assurer un contrôle systématique. De même, puisque les lignes directrices provisoires portant sur les programmes et les services obligatoires stipulent que les conseils contrôleront les taux de couverture vaccinale, le ministère évaluera également le respect de cette exigence.

IMMUNISATION DES ADULTES

Contrairement à l'immunisation des enfants, l'immunisation des adultes n'est pas exigée par la loi. On fait confiance aux conseils de santé et aux dispensateurs de soins de santé pour promouvoir l'immunisation des adultes. Dans les lignes directrices touchant le programme des Maladies pouvant être prévenues par vaccination, on précise que le conseil de santé «doit favoriser l'immunisation des adultes, conformément aux directives provinciales, par le biais d'activités de formation organisées dans les établissements, les écoles secondaires, les collèges et les universités et, au besoin, sur les lieux de travail.»

GRIPPE

Des chercheurs ont découvert que le vaccin antigrippal peut prévenir 70 pour 100 des hospitalisations causées par la grippe et la pneumonie chez les personnes âgées. La Direction de la santé publique fournit des vaccins antigrippaux gratuits aux personnes faisant partie de groupes à risque élevé, aux personnes de 65 ans et plus et aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée.

En février 1993, à la Conférence canadienne de consensus sur la grippe, on a recommandé de chercher à atteindre d'ici la saison 2000-2001 des objectifs nationaux de couverture de vaccination antigrippale de 95 pour 100 chez les pensionnaires et le personnel des établissements de soins de longue durée, en prévision de la saison grippale 1995-1996, et de 70 pour 100 chez toutes les personnes de 65 ans et plus ainsi que chez les personnes atteintes de pathologies à risque élevé. Cependant, la Direction n'a fixé aucun objectif de couverture de vaccination antigrippale en Ontario.

Les deux plus récentes estimations de la couverture de vaccination antigrippale réalisées par la Direction chez les personnes de 65 ans et plus et chez les personnes à risque de moins de 65 ans étaient de 58 et de 56 pour 100 pour les saisons grippales 1993-1994 et 1994-1995, respectivement.

Dans le cadre du programme des Maladies pouvant être prévenues par vaccination, les conseils de santé doivent assurer la disponibilité du vaccin antigrippal et communiquer de l'information sur la maladie et le calendrier de vaccination à tous les établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées et hôpitaux de soins chroniques).

La Direction et plusieurs conseils de santé ont mis en oeuvre un programme pour accroître la couverture de vaccination antigrippale des pensionnaires et du personnel de ces établissements. Ces conseils desservent 22 pour 100 des pensionnaires d'établissements de soins prolongés en Ontario. D'après les statistiques recueillies par la Direction pour la saison grippale 1995-1996, on a vacciné environ 88 pour 100 des pensionnaires et 30 pour 100 du personnel des établissements de soins de longue durée desservis par ces conseils. Cependant, la Direction ne dispose d'aucun renseignement sur 78 pour 100 des pensionnaires des établissements de soins de longue durée qui sont desservis par d'autres conseils de santé.

INFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES

Les infections pneumococciques seraient responsables de 30 à 50 pour 100 des hospitalisations motivées par une pneumonie extra-hospitalière et, en Ontario, elles causeraient chaque année des milliers de décès chez les personnes âgées. En effet, les personnes âgées et les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques présentent un risque supérieur à la moyenne de contracter une pneumonie et d'autres maladies graves causées par les pneumocoques.

Le vaccin antipneumococcique n'est habituellement administré qu'une seule fois au cours de la vie. Le programme obligatoire prévoit que les conseils de santé assureront la promotion du vaccin auprès des personnes auxquelles on en recommande l'administration. Cependant, la Direction n'a pas fixé d'objectifs spécifiques de couverture vaccinale.

Dans son rapport de 1995 sur l'immunisation, le médecin-hygiéniste en chef a affirmé : «Les médecins et les responsables des programmes d'immunisation de l'Ontario sont très lents à adopter ce vaccin. Ce retard ne repose sur aucune bonne raison.» À l'automne 1996, le ministère a lancé un programme de vaccination antipneumococcique à financement public, qui sera mis en place graduellement sur trois ans, à l'intention de tous les groupes à risque élevé et des adultes de 65 ans et plus. La période de démarrage était nécessaire en raison de la quantité limitée de vaccins offerts par le fabricant. Les résultats préliminaires témoignent d'un taux de participation élevé au programme.

TÉTANOS ET DIPHTÉRIE

Le programme obligatoire prévoit que les conseils de santé favoriseront l'immunisation des adultes, mais aucun objectif spécifique n'a été fixé à l'égard de l'immunisation contre le tétanos et la diphtérie. Dans le *Guide canadien d'immunisation*, on recommande une injection de rappel tous les 10 ans afin de conserver l'immunité au tétanos et à la diphtérie.

Malgré la rareté relative des cas de tétanos ou de diphtérie confirmés en Ontario depuis 10 ans, on a signalé des flambées de diphtérie comportant des taux de létalité élevés dans de nombreuses autres parties du monde. Les immigrants et les visiteurs ne sont pas obligés de présenter une preuve d'immunisation ou d'être immunisés à leur entrée au Canada. Les Ontariens n'ayant pas reçu d'injection de rappel depuis 10 ans courent ainsi un risque accru de contracter la diphtérie. Dans une étude menée récemment en Ontario, des analyses sanguines ont révélé que les adultes avaient des taux de sensibilité au tétanos et à la diphtérie de 18 et de 21 pour 100 respectivement. L'étude a aussi permis de constater que la sensibilité à ces deux maladies augmente en fonction de l'âge.

Recommandation

Pour atteindre son but, qui consiste à protéger la santé publique et à prévenir la maladie, le ministère devrait

- **fixer des objectifs de couverture de vaccination antigrippale, antipneumococcique, antitétanique et antidiphtérique;**
- **élaborer des systèmes pour contrôler si ces objectifs sont atteints et corriger la situation, au besoin.**

3.10

Réponse du ministère

Dans les nouvelles lignes directrices provisoires touchant les programmes et services de santé obligatoires, on décrit des taux de couverture vaccinale pour toutes les maladies mentionnées ci-dessus. Le contrôle de ces taux nécessite un mécanisme conjoint entre la Direction de la santé publique et la Direction des services aux professionnels. Un projet pilote est en cours à cet égard.

Il s'agit d'un projet pilote à trois emplacements où l'immunisation est précisée dans les données présentées à la Direction des services aux professionnels du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le projet pilote vise à examiner le mécanisme, qui comprend le transfert de données sur l'immunisation des emplacements du projet pilote à la Direction des services aux professionnels et ensuite à la Direction de la santé publique, pour en déterminer l'exactitude et la faisabilité à l'échelle provinciale. Si les rapports sur les vaccins administrés transmis par les dispensateurs de soins de santé au Régime d'assurance-santé de l'Ontario sont assez précis, le ministère disposera alors d'une meilleure information sur les taux de couverture vaccinale des habitants de tout âge (et non pas seulement des élèves et des enfants en garderie). Le projet pilote a débuté en juin 1997 et devrait se terminer d'ici décembre 1997.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR L'IMMUNISATION

Des experts ont exprimé la crainte que de nombreux enfants d'âge préscolaire ne reçoivent pas tous les vaccins obligatoires. Dans son rapport de 1995 sur l'immunisation, le médecin-hygiéniste en chef a souligné que puisque la plupart des vaccins sont administrés par des médecins en cabinet privé, les fonctionnaires de la santé publique sont dans l'impossibilité d'identifier les enfants qui n'ont pas été immunisés avant leur inscription à une école ou à une garderie agréée. Le Système d'archivage des dossiers de vaccination (SADI) contient de l'information sur l'immunisation des enfants d'âge scolaire.

Pour déterminer le pourcentage d'enfants d'âge scolaire ayant reçu tous les vaccins obligatoires avant l'âge de deux ans, nous avons obtenu de l'information figurant dans le SADI sur les enfants nés entre 1989 et 1991. Les résultats ont révélé que seulement 68 pour 100 de ces enfants avaient reçu tous les vaccins obligatoires en temps opportun.

La Direction ne dispose actuellement que d'estimations approximatives de la couverture vaccinale des adultes et ne possède aucune information sur leur état d'immunisation individuel. La détermination des taux de couverture permettrait à la Direction d'élaborer des stratégies visant à améliorer les taux en question.

De nombreuses compétences législatives ont reconnu la nécessité de systèmes d'information sur l'immunisation pouvant fournir des renseignements exacts, complets et à jour sur les vaccinations. Un système de ce genre peut servir à transmettre des rappels aux parents, à identifier les enfants ayant besoin d'être vaccinés et à évaluer la couverture de vaccination globale. Un système adapté pourrait aussi servir à déterminer les taux d'immunisation des adultes. Par exemple, depuis 1988, le Manitoba a un système qui

utilise des codes de facturation spécifiques pour identifier les vaccins fournis et transmettre des rappels aux médecins et aux parents lorsque le temps des vaccinations est venu. Le Royaume-Uni possède un système de ce genre depuis le milieu des années 1980. De même, d'autres provinces et des régions des États-Unis s'efforcent actuellement d'élaborer des systèmes analogues.

Nous avons également remarqué que le Manitoba est en train de constituer un réseau d'information sur la santé qui reliera tous les dispensateurs de soins de santé de la province et permettra ainsi d'avoir accès rapidement à l'information sur les patients, comme les ordonnances, les traitements, les résultats de tests diagnostiques et les antécédents d'immunisation. En 1992, la Direction a échoué dans sa tentative de faire adopter des codes de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des vaccins spécifiques.

Recommandation

L'immunisation est un facteur important pour atteindre le but du ministère, qui consiste à protéger la santé publique et prévenir les maladies. Ainsi, pour mieux suivre l'immunisation des enfants et des adultes, le ministère devrait évaluer la faisabilité d'une modification aux systèmes actuels ou l'élaboration de systèmes adaptés à la saisie de l'information nécessaire.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique tente actuellement d'améliorer les systèmes de contrôle pour permettre une meilleure évaluation de la couverture vaccinale de la population (grâce au projet pilote mentionné dans la réponse à la recommandation précédente). En outre, on a récemment mis en place un Système d'inventaire des produits biologiques (SIPB) pour faciliter le repérage des vaccins et des médicaments au moyen du réseau de distribution (bureaux de médecins, bureaux de santé et Pharmacie du gouvernement de l'Ontario). Ce système pourrait également servir à contrôler l'utilisation des vaccins et des médicaments contre la tuberculose et les maladies transmissibles sexuellement. Le ministère étudiera la faisabilité des modifications à apporter au système pour permettre la réalisation de ce contrôle.

CAMPAGNES D'IMMUNISATION PROVINCIALES

Depuis peu, les médecins-hygiénistes ont remarqué une augmentation du nombre de cas déclarés d'hépatite B et de rougeole. Des vaccins permettent de prévenir ces deux maladies. Le vaccin antirougeoleux fait partie de l'immunisation type obligatoire des enfants. Environ 10 pour 100 des sujets vaccinés contre la rougeole sont incapables d'acquérir l'immunité après une seule dose. Même si on n'administre pas systématiquement les vaccins contre l'hépatite, il est difficile de réussir à traiter cette maladie sexuellement transmissible chez les sujets qui l'ont déjà contractée.

3.10

Pour régler ces questions, dès 1994, le ministère a lancé des campagnes d'immunisation de tous les élèves de 7^e année contre l'hépatite B et une deuxième dose du vaccin antirougeoleux a été administrée à tous les élèves en 1996. Une immunisation appropriée contre l'hépatite B nécessite l'administration de trois doses du vaccin.

Le ministère a fourni les vaccins nécessaires aux conseils de santé, au coût approximatif de 10 millions de dollars. Les conseils de santé ont reçu un financement supplémentaire s'élevant à environ 4,5 millions de dollars pour assumer les frais administratifs accrus de mise en oeuvre des campagnes. Ces sommes étaient fondées sur un coût estimatif par dose de 5 dollars pour le vaccin contre l'hépatite B et de 1 dollar pour le vaccin antirougeoleux. D'après les études menées par la Direction, les deux campagnes d'immunisation ont permis d'atteindre un taux provincial de couverture vaccinale supérieur à 90 pour 100.

Nous avons examiné et analysé les données communiquées et avons conclu que le coût de mise en oeuvre de la campagne de 1995-1996 contre l'hépatite B présentait des écarts significatifs d'un conseil à l'autre. Un expert-conseil ayant examiné la campagne de 1996 contre la rougeole a fait une observation analogue. Les frais administratifs réels par dose du vaccin antirougeoleux se situaient entre 2,46 dollars et 22,50 dollars; pour le vaccin contre l'hépatite B, l'écart était de 4,42 dollars à 23,10 dollars.

La plupart des bureaux de santé n'ont pas réussi à réaliser leurs campagnes pour 5 dollars et 1 dollar la dose. Ainsi, les conseils de santé ont dû réaffecter des ressources consacrées d'autres programmes de santé publique obligatoires, notamment l'administration du Système d'archivage des dossiers d'immunisation.

Dans son rapport au ministère, l'expert-conseil a souligné qu'un certain nombre de conseils ont fait état d'un coût par dose plutôt élevé, mais qu'il était dans l'impossibilité de justifier ces coûts élevés. L'expert-conseil a aussi conclu que des efforts visant à établir le coût de revient pourraient servir de point de départ à la planification et à la budgétisation des prochaines campagnes d'immunisation provinciales. La Direction n'a pas obtenu, auprès des conseils, d'explications au sujet des coûts déclarés.

Recommandation

Pour faciliter la planification des prochaines campagnes d'immunisation et déterminer les possibilités d'accroître l'efficacité opérationnelle, le ministère devrait demander des explications à un échantillon de conseils quant aux motifs expliquant leurs coûts très supérieurs ou inférieurs à la moyenne provinciale des coûts engagés à l'occasion des récentes campagnes contre l'hépatite B et la rougeole.

Réponse du ministère

Cette recommandation sera examinée avant de planifier les prochaines campagnes d'immunisation. Puisque le financement de la mise en oeuvre de ces programmes sera transféré aux municipalités, la stratégie qu'utilisera le ministère pour améliorer l'efficacité opérationnelle à l'échelle locale sera axée sur des méthodes moins directes pendant les prochaines campagnes.

CONTRÔLES FINANCIERS DES DÉPENSES LIÉES AUX VACCINS

Le ministère fournit des vaccins gratuits par l'entremise de son programme de paiements de transfert pour les maladies désignées. La Direction de la santé publique est responsable de déterminer le type et la quantité de vaccins à commander. Le Service des achats du ministère est responsable d'acquérir les vaccins nécessaires, et le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (Pharmacie du gouvernement) est chargé de leur entreposage et de leur distribution.

Selon leurs besoins, les médecins qui habitent à l'extérieur de l'agglomération torontoise commandent des vaccins auprès de leurs conseils de santé, alors que les médecins qui habitent cette même agglomération les commandent directement à la Pharmacie du gouvernement.

La Pharmacie du gouvernement effectue l'examen et le paiement des factures des fournisseurs de vaccins. Chaque mois, elle inscrit les vaccins distribués au solde débiteur de la Direction de la santé publique. Pendant notre vérification des sommes facturées à la Direction, nous avons remarqué les situations décrites ci-dessous :

- Le personnel de la Direction ne disposait pas de tous les documents pour déterminer si les montants facturés par la Pharmacie du gouvernement étaient raisonnables. Par exemple, nous avons déterminé que pour un type de vaccin, la Pharmacie du gouvernement a facturé 1,7 million de dollars de plus à la Direction que ce qui figurait sur le bon d'achat autorisé. Selon le personnel de la Pharmacie du gouvernement, cela était dû à une erreur de programmation et on a inscrit au solde créditeur du programme les sommes appropriées.
- Le personnel de la Direction n'a pas confirmé la quantité de vaccins commandée ni reçu de copies des bons d'achat émis. Nous avons remarqué que la Direction a informé le Service des achats qu'elle n'aurait plus besoin d'un certain vaccin en 1995. Cependant, le Service a continué d'émettre des bons d'achat pour le vaccin en question jusqu'en janvier 1997, et il a reçu des vaccins pour une somme approximative de 64 000 \$ pendant cette période. Ces vaccins ont été renvoyés au fournisseur ou distribués aux conseils de santé en vue de leur utilisation.

Recommandation

Pour mieux contrôler les dépenses liées aux vaccins, le ministère devrait

- **collaborer avec la Pharmacie du gouvernement pour élaborer un système permettant au personnel de la Direction de la santé publique d'examiner les frais imputés à son budget;**
- **exiger que le personnel de la Direction de la santé publique examine et approuve par écrit tous les bons d'achat avant leur émission.**

3.10

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique et la Pharmacie du gouvernement sont en train d'élaborer un système qui permettra un meilleur contrôle de l'utilisation des vaccins et des dépenses. La Direction de la santé publique collaborera avec la Pharmacie du gouvernement afin d'accroître l'obligation de rendre compte.

ACHATS DE VACCINS

Les contrats passés avec certains fournisseurs de vaccins comprennent un élément «valeur ajoutée». Le ministère accepte de payer un coût unitaire plus élevé pour un vaccin et, en contrepartie, le fournisseur accepte d'assurer l'approvisionnement de fournitures connexes et d'autres services, vaccins et (ou) sommes que la Direction réinvestit dans ses programmes d'immunisation. La valeur ajoutée équivaut à la somme supplémentaire que le ministère a payée pour les vaccins.

Cette méthode d'attribution des contrats se traduit par une surestimation du coût réel des vaccins puisque l'élément de valeur ajoutée est compris dans le prix d'achat.

La Direction ne dispose d'aucun mécanisme comptable officiel pour tenir compte de la valeur ajoutée. Nous avons examiné deux contrats accordés en juin 1996 pour lesquels la valeur ajoutée s'établissait à 610 000 \$. D'après l'examen de la correspondance disponible, nous avons déterminé qu'il restait environ 300 000 \$ à utiliser par le ministère. Après notre vérification, le personnel de la Direction nous a informés qu'on avait demandé au fournisseur de confirmer les montants inutilisés et que le ministère était en train d'utiliser les fonds restants.

Recommandation

Pour assurer l'optimisation des ressources après l'acquisition des vaccins, le ministère devrait

- **payer séparément les vaccins et les services;**
- **veiller à ce que tous les fonds inutilisés au titre de la valeur ajoutée et détenus par les fournisseurs de vaccins soient dûment comptabilisés et utilisés ou recouvrés.**

Réponse du ministère

Des contrôles administratifs (financiers) des fonds détenus par les fournisseurs de vaccins au titre de la valeur ajoutée sont en cours d'élaboration pour distinguer le coût des vaccins de celui des services.

GASPILLAGE DE VACCINS

En 1992, la Direction de la santé publique estimait qu'on a gaspillé 10 pour 100 de l'ensemble des vaccins distribués pour ses programmes d'immunisation. Depuis lors, la Direction a adopté des mesures pour réduire le gaspillage de vaccins. Elle a diffusé du matériel éducatif sur l'entreposage et la manipulation des vaccins aux médecins et aux conseils de santé. En outre, la Direction a distribué des thermomètres, des registres et des sacs à isolation thermique pour transporter les vaccins chez les médecins, et elle a fourni un financement supplémentaire aux conseils de santé en vue de l'achat de réfrigérateurs et de thermomètres. En 1997, la Direction prévoit d'évaluer l'incidence de ces initiatives et d'émettre une ligne directrice sur la distribution, l'entreposage et la manipulation des vaccins à tous les conseils de santé et médecins. Les conseils de santé seront tenus responsables financièrement de toute perte de vaccins qui leur est imputable.

La Direction a l'intention de réduire le gaspillage de vaccins à 5 pour 100. Avant d'atteindre cet objectif, la Direction a besoin de données complètes et précises sur la distribution, l'utilisation et les retours de vaccins. Même si les bureaux de santé peuvent fournir des renseignements sur la distribution et les retours de vaccins, la Direction ne dispose d'aucune information sur l'utilisation réelle des vaccins par les médecins, qui en administrent environ 90 pour 100.

La Direction a aussi élaboré un système pour améliorer la gestion des stocks de vaccins. En 1997, tous les conseils de santé auront accès à ce système pour contrôler la distribution de leurs vaccins. Le repérage des commandes de vaccins passées par les médecins de l'agglomération torontoise et de l'utilisation à l'échelle provinciale des médicaments contre les maladies transmissibles sexuellement pourrait être assuré par le système de la Pharmacie du gouvernement, si on y apportait les modifications appropriées.

Au moment de notre prochaine vérification périodique de l'Activité, nous évaluerons les résultats des initiatives du ministère à l'égard du gaspillage de vaccins.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

À l'échelle mondiale, la tuberculose est la principale cause de décès découlant d'une seule maladie infectieuse et elle est responsable d'au moins trois millions de décès par année. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire évolutive pose un risque considérable à la santé d'autrui. En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la tuberculose constituait une urgence mondiale. En effet, l'OMS estime qu'un tiers de la population mondiale, surtout dans les pays en développement, est infectée par la tuberculose. Près de 50 millions de personnes peuvent être infectées par des souches tuberculeuses résistantes à un ou plusieurs antituberculeux d'emploi courant.

L'Ontario possède actuellement un des plus faibles taux de tuberculose au monde, 776 cas ayant été déclarés en 1995. Cependant, les taux ontariens ne diminuent plus de façon sensible. En Ontario, la plupart des cas se déclarent chez les immigrants qui habitent les grands centres urbains.

3.10

TRAITEMENT

Le programme obligatoire de Lutte contre la tuberculose exige que les conseils de santé vérifient si les patients respectent le traitement médicamenteux prescrit, qui dure de six à huit mois. Un traitement incomplet peut entraîner la récurrence de la maladie et la résistance médicamenteuse. L'OMS recommande un traitement sous surveillance directe (TSD) dans le cadre duquel un travailleur de la santé ou une autre personne responsable observe le patient pendant qu'il avale les médicaments prescrits. D'après un sondage mené auprès des conseils de santé par la Direction en 1996, on a eu recours au TSD dans 10 pour 100 des cas de tuberculose.

Au moment de notre vérification, la Direction évaluait les besoins à l'égard du TSD en Ontario. De plus, une étude est en cours afin d'élaborer des stratégies d'amélioration du respect jusqu'à la fin du traitement antituberculeux et de recueillir des renseignements sur les pratiques relatives à la gestion des cas de tuberculose dans les conseils de santé et chez les médecins.

RECHERCHE DES CONTACTS

Le programme obligatoire de Lutte contre la tuberculose exige que les conseils de santé réalisent le repérage et le dépistage des personnes ayant été en contact avec une personne atteinte de tuberculose évolutive pour déterminer s'il faut les traiter. Dans certains cas, cet effort peut exiger le repérage et le dépistage de centaines de personnes.

Le Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire (SIMDO) comporte des renseignements limités sur la portée et les résultats de la recherche des contacts. La Direction prévoit remplacer le SIMDO par un système amélioré qui pourrait recueillir des renseignements supplémentaires et qui lui permettrait de contrôler et d'évaluer plus efficacement la recherche des contacts tuberculeux par les conseils de santé.

Recommandation

Pour faciliter le contrôle de l'efficacité du programme de Lutte contre la tuberculose, la Direction de la santé publique devrait obtenir des renseignements supplémentaires sur les résultats de la recherche des contacts tuberculeux par les conseils de santé.

Réponse du ministère

L'élaboration d'un nouveau système d'information sur le dépistage des maladies à déclaration obligatoire vient de débuter. Le système comportera des renseignements supplémentaires sur les contacts des cas évolutifs, ce qui permettra d'améliorer la gestion des contacts par les services de santé locaux et de recueillir des données plus complètes pour contrôler l'efficacité du programme de Lutte contre la tuberculose.

DÉPISTAGE DES GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ

Le programme obligatoire de Lutte contre la tuberculose exige que les conseils de santé mènent un dépistage dans les groupes de personnes qui présentent un risque élevé d'infection tuberculeuse. Le test cutané à la tuberculine est la méthode normalisée d'identification des personnes qui sont infectées par la tuberculose, mais qui n'ont pas contracté la maladie. Environ 10 pour 100 des personnes infectées contracteront la tuberculose. Un traitement médicamenteux approprié peut éliminer l'infection avant l'évolution de la maladie.

En Ontario, le dépistage systématique des élèves a cessé au début des années 1980 lorsqu'on a constaté que les taux d'infection tuberculeuse restaient bas. L'évolution des mouvements d'immigration s'est traduite par l'inscription dans les écoles ontariennes de nombreux enfants qui provenaient de pays où la tuberculose est fréquente.

Au début des années 1990, les conseils de santé des zones urbaines, où habitaient de nombreux immigrants récents, ont réalisé le dépistage de la tuberculose chez les élèves provenant de pays où cette maladie est répandue. Cependant, près de la moitié de ces conseils ont maintenant mis fin au dépistage parce qu'on a mis en doute son efficacité et en raison d'autres engagements, comme les campagnes d'immunisation contre l'hépatite B et la rougeole.

En octobre 1995, dans une étude sur le programme de dépistage scolaire de la tuberculose de la ville de Toronto en 1992-1993, on a conclu que l'efficacité du programme de dépistage volontaire a été réduite de façon significative par la faible participation des médecins et par leurs faibles taux de prescription d'un traitement médicamenteux préventif.

Certains conseils de santé ont organisé le dépistage obligatoire de la tuberculose chez les enfants à risque élevé qui s'inscrivent à l'école. Cependant, l'évaluation du programme de dépistage d'un conseil a révélé que seulement 25 pour 100 des élèves dont les tests cutanés étaient positifs ont reçu un traitement médicamenteux. D'après les conclusions de l'étude, les efforts devraient porter sur l'accroissement de la prescription de médicaments préventifs par les médecins et sur la prise des médicaments pendant la période prévue.

En avril 1997, la Direction a mené un sondage sur les attitudes et les pratiques des médecins de famille à l'égard de la prévention de la tuberculose. Les résultats du sondage devraient permettre de trouver des moyens d'inciter les médecins à prescrire des traitements médicamenteux à titre préventif.

Les conseils de santé ayant des programmes obligatoires de dépistage scolaire invoquent une disposition de la *Loi sur l'éducation* prévoyant qu'un directeur d'école a le devoir d'interdire l'accès à toute personne s'il estime qu'elle a été infectée ou exposée à des maladies transmissibles. Le recours à cette disposition nécessite toutefois la collaboration des autorités scolaires. Aucune loi ne prévoit le dépistage obligatoire dans d'autres milieux.

Recommandation

Pour améliorer l'efficacité des programmes obligatoires de dépistage de la tuberculose, le ministère devrait

3.10

- déterminer l'existence d'un fondement juridique suffisant pour justifier le dépistage obligatoire des groupes à risque élevé;
- favoriser et contrôler la prescription d'un traitement médicamenteux approprié.

Réponse du ministère

Les lignes directrices provisoires touchant les programmes et services de santé obligatoires prévoient le dépistage des groupes à risque élevé et l'évaluation médicale de toutes les personnes dont le test cutané est positif. La Direction de la santé publique a étudié et recommandé des modifications à la Loi sur la protection et la promotion de la santé à l'égard de ces questions; elles seront prises en compte dès qu'on aura l'occasion de modifier la Loi sur la protection et la promotion de la santé.

ENGAGEMENTS DE SURVEILLANCE MÉDICALE

Tous les immigrants éventuels et certains visiteurs au Canada doivent subir des examens médicaux, notamment une radiographie thoracique pour les personnes de 11 ans et plus. Si les résultats révèlent qu'une personne a déjà eu la tuberculose, maintenant latente, Citoyenneté et Immigration Canada exige qu'elle signe un Engagement de surveillance médicale (ESM). Dans un ESM, la personne accepte de se soumettre à la surveillance médicale des conseils de santé et d'informer les autorités compétentes de tout changement d'adresse.

La Direction de la santé publique estime qu'elle reçoit environ 6 000 ESM par année du gouvernement fédéral, dont la plupart concernent la tuberculose évolutive. D'après une estimation récente de la Direction, environ 35 pour 100 des ESM concernant la tuberculose latente ne peuvent être faire l'objet d'un suivi en raison de l'absence ou de l'inexactitude des renseignements. D'après nos discussions avec d'autres employés du ministère, la Direction serait peut-être en mesure d'utiliser la Base de données sur les personnes inscrites du RASO pour obtenir les renseignements nécessaires.

Recommandation

Pour améliorer l'efficacité de la surveillance médicale des personnes ayant une tuberculose latente, le ministère devrait améliorer sa capacité de repérer les personnes sous surveillance.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique étudie la possibilité d'obtenir les adresses des personnes sous surveillance médicale à partir de la Base de données sur les personnes inscrites. Cela permettrait de résoudre le problème actuel du suivi de ces personnes.

IMMIGRATION ET SANTÉ PUBLIQUE

Le gouvernement fédéral exige que les immigrants éventuels et certains visiteurs au Canada subissent un examen médical comportant, en plus d'une radiographie thoracique, un interrogatoire sur les antécédents médicaux, un examen physique et un test de dépistage de la syphilis lorsque le requérant a 15 ans ou plus. Un médecin désigné par Citoyenneté et Immigration Canada effectue habituellement l'examen dans le pays d'origine.

À défaut d'un dépistage efficace, grâce aux examens, des maladies transmissibles graves et répandues dans les pays d'où proviennent les personnes qui entrent au Canada, le risque de transmission de ces maladies à la population canadienne est accru. Par exemple, même si une radiographie thoracique constitue une méthode raisonnable pour détecter la tuberculose pulmonaire, cette méthode ne convient pas pour déceler une infection tuberculeuse. Le test cutané à la tuberculine constitue une technique plus efficace, mais il demeure sous-utilisé. Même si on effectue des tests pour dépister la syphilis, d'autres maladies infectieuses, pouvant poser un risque égal ou supérieur pour la santé publique, ne sont soumises à aucun dépistage. En outre, les requérants ne sont pas obligés de prouver qu'ils sont immunisés de façon adéquate.

Des experts médicaux, au sein du ministère et à l'extérieur de celui-ci, ont fait part de leurs préoccupations quant à l'efficacité du processus d'examen médical. En novembre 1996, le ministre fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration a créé un groupe consultatif indépendant afin d'examiner les lois et les politiques d'immigration canadiennes. Ce groupe présentera ses recommandations avant le 31 décembre 1997.

Recommandation

Pour atteindre plus facilement son but, qui consiste à protéger la santé publique et à prévenir les maladies, le ministère devrait informer le conseil consultatif, créé par le gouvernement fédéral, des modifications proposées aux lois et aux politiques fédérales en matière d'immigration afin de réduire les préoccupations à l'égard de la santé publique en Ontario.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique continue de participer, ainsi que ses homologues fédéraux, à des pourparlers sur les questions d'immigration pertinentes à la santé publique, notamment la tuberculose.

MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

L'objectif du programme obligatoire des Maladies transmissibles sexuellement (MTS) consiste à réduire l'incidence de toutes les MTS et leurs complications. Les MTS posent un risque important pour santé publique parce qu'elles peuvent causer de graves problèmes de santé à court et à long terme.

3.10

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les cas de MTS grave doivent être déclarés à la Direction de la santé publique. Les renseignements, qui proviennent des conseils de santé, sont consignés dans le Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire (SIMDO).

Le programme des MTS prévoit que les conseils de santé assurent une gestion des cas appropriée, comprenant l'identification, la recherche et l'aiguillage des contacts sexuels des personnes chez qui on a posé un diagnostic de MTS grave. La recherche des contacts est importante pour veiller au traitement adapté des autres personnes pouvant être infectées et prévenir la transmission de la maladie. Lorsqu'un médecin traitant effectue la recherche des contacts, les autorités de la santé publique demeurent responsables de veiller à ce que la recherche soit menée de façon appropriée.

Dans un sondage sur la recherche des contacts relatifs aux MTS mené en 1991-1992 et financé par le gouvernement fédéral, on a constaté que très peu de bureaux de santé disposaient de mesures de leur efficacité, telles que le nombre de patients ou de contacts participant à une étape quelconque de la recherche des contacts relatifs à toute MTS.

En 1994, la Direction a tenté de mesurer l'efficacité de la gestion des cas par les conseils de santé en examinant le pourcentage des cas de gonorrhée déclarés par chaque bureau de santé où la suite à donner au cas a été consignée dans le SIMDO. Cependant, la Direction n'a jamais réalisé d'analyse ou d'examen de la recherche des contacts relatifs aux MTS. En 1998, la Direction prévoit remplacer le SIMDO par un système amélioré pouvant lui permettre de contrôler et d'évaluer plus efficacement la recherche des contacts et d'autres aspects de la gestion des cas.

Recommandation

Pour améliorer l'efficacité des efforts visant à réduire l'incidence et les complications des maladies transmissibles sexuellement, le ministère devrait contrôler et évaluer les pratiques de gestion des cas qui ont cours dans les conseils de santé, notamment en ce qui touche la portée et l'efficacité de la recherche des contacts.

Réponse du ministère

Actuellement, la Direction de la santé publique analyse les données portant sur certaines maladies reçues par l'intermédiaire du Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire. Le système d'information amélioré [pour repérer les maladies à déclaration obligatoire] permettra un contrôle plus approfondi de la recherche des contacts.

PROGRAMME DE LA SALUBRITÉ DES ALIMENTS

Le programme obligatoire de Salubrité des aliments vise à améliorer la santé de la population en réduisant l'incidence d'intoxications alimentaires attribuables à la consommation d'aliments dont la préparation ou la manipulation laisse à désirer ou qui ont été contaminés par des bactéries ou des virus. Le nombre de cas d'intoxication alimentaire est difficile à déterminer puisque de très nombreux cas bénins ne sont pas diagnostiqués ou déclarés. Cependant, les organismes de santé publique canadiens estiment que plus d'un million d'intoxications alimentaires surviennent chaque année, dont près de 50 pour 100 des cas déclarés au Canada sont attribuables aux services d'alimentation.

Tous les conseils de santé doivent donner une formation relative à la salubrité des aliments aux exploitants et aux préposés à la manipulation des aliments et inspecter les services d'alimentation. En Ontario, il y a plus de 30 000 services d'alimentation.

La Direction a élaboré un certain nombre de protocoles d'inspection de la salubrité des aliments, notamment le Système de l'analyse des risques - points critiques pour leur maîtrise (HACCP), qui exige l'évaluation par les conseils de santé du niveau de risque de tous les services d'alimentation dans leur région respective. L'attribution d'un niveau de risque (élevé, moyen ou faible) permet aux conseils de santé d'affecter les ressources d'inspection principalement aux établissements à risque élevé et de déterminer le type de stratégie à appliquer. Les stratégies comprennent la formation relative à la salubrité des aliments destinée aux exploitants et aux préposés à la manipulation des aliments, les inspections annuelles de conformité au règlement sur les dépôts d'aliments pris en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, et les vérifications annuelles auprès des services d'alimentation à risque moyen et élevé en vertu du HACCP.

Une vérification en vertu du HACCP est axée sur les étapes du processus de préparation des aliments qui permettent de contrôler ou d'éliminer les risques en matière de salubrité des aliments, alors qu'une inspection de conformité est axée sur les exigences réglementaires, notamment les exigences ayant trait à la conception d'un service d'alimentation et les exigences élémentaires en matière d'hygiène. Par exemple, un restaurant à service complet sera classé parmi les établissements à risque élevé nécessitant à la fois une vérification en vertu du HACCP et une inspection de conformité, alors qu'un bar-salon sera classé parmi les établissements à faible risque, ne nécessitant qu'une inspection de conformité.

En 1995, la Direction de la santé publique s'est mise à demander à tous les conseils de santé de présenter des rapports sommaires trimestriels de leurs activités d'inspection des services d'alimentation. Le personnel de la Direction a analysé l'information figurant dans les rapports de 28 conseils au premier trimestre de 1995. D'après les résultats de l'analyse, les conseils de santé ont fait porter principalement leurs efforts sur les inspections de conformité plutôt que sur les vérifications plus détaillées en vertu du HACCP qui sont nécessaires pour les services d'alimentation à risque moyen et élevé. De plus, l'analyse a révélé qu'une formation officielle des préposés à la manipulation des aliments n'a été donnée que dans un très petit nombre de services à risque moyen et élevé auxquels on a rendu visite. Les résultats de cette analyse ont été communiqués aux inspecteurs des services d'alimentation des conseils de santé en décembre 1995.

3.10

En 1996, le nombre de conseils ayant présenté des rapports a diminué de 30 qu'il était au cours du premier trimestre à 18 pendant le troisième trimestre. La Direction a alors demandé officiellement aux conseils de santé de présenter des données liées aux inspections des services d'alimentation menées cette année-là. En mars 1997, les employés de la Direction étaient en train d'analyser les rapports provenant des 42 conseils de santé. Cette analyse devrait aider la Direction à déterminer dans quelle mesure on a mis en oeuvre le protocole du HACCP.

Recommandation

Pour veiller à ce que les services d'alimentation respectent les pratiques de santé publique établies, le ministère devrait déterminer si les conseils de santé ont pleinement appliqué les programmes de formation relative à la salubrité des aliments et les protocoles du Système de l'analyse des risques - points critiques pour leur maîtrise (HACCP) - et pris les mesures correctives nécessaires.

Réponse du ministère

En vertu des plans actuels liés à la mise en oeuvre du projet «Qui fait quoi», la Direction de la santé publique élaborera et contrôlera les normes de programmes, notamment celles liées à la qualité des aliments, et elle prendra des mesures appropriées pour faire observer ces normes.

LUTTE CONTRE LA RAGE

Le programme obligatoire de Lutte contre la rage vise à prévenir l'apparition de cette maladie chez les humains. La rage est une infection virale aiguë pouvant être transmise aux humains par les animaux domestiques et familiers qui sont venus en contact avec un animal enragé. En Ontario, la rage sévit surtout chez les renards et les mouffettes. Même si les chiens et les chats domestiques comptent pour moins de 10 pour 100 des cas de rage chez les animaux, leurs morsures représentent la majorité des expositions à la rage soupçonnées chez les humains. Le traitement des personnes qui risquent d'avoir été exposées à la rage doit débiter sans tarder puisque tout retard réduit l'efficacité du vaccin. En l'absence de traitement, la rage est habituellement mortelle.

L'immunisation des chiens et des chats permet de réduire le risque de transmission de la rage aux humains. Le programme de Lutte contre la rage exige simplement que les conseils de santé favorisent la vaccination des chiens et des chats contre la rage. Cependant, *la Loi sur la protection et la promotion de la santé* prévoit que les propriétaires de chiens et de chats habitant les régions desservies par les conseils de santé énumérés dans un des ses règlements fassent immuniser leurs animaux familiers contre la rage. Dans les faits, chaque conseil de santé choisit d'être mentionné ou non dans le règlement. Au total, 30 conseils de santé sont maintenant énumérés dans le règlement en question.

Les experts de la Direction de la santé publique et du ministère des Ressources naturelles conviennent qu'il faudrait mentionner dans le règlement les quatre conseils de santé du sud de l'Ontario qui n'y figurent pas encore. Ces conseils desservent environ 20 pour 100 des habitants de la province.

Recommandation

Pour veiller à ce que le programme de Lutte contre la rage atteigne son but, le ministère devrait prendre des mesures pour rendre obligatoire la vaccination des chiens et des chats contre la rage dans les régions où cela s'impose.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique proposera une norme à inclure dans le programme obligatoire révisé de Lutte contre la rage pour veiller à ce que les bureaux de santé du sud de l'Ontario adoptent la vaccination obligatoire des animaux familiers contre la rage.

LOI SUR LA RÉGLEMENTATION DE L'USAGE DU TABAC

En 1992, le ministère de la Santé a élaboré la Stratégie antitabac de l'Ontario, qui visait à réduire la consommation de tabac. À l'appui de la Stratégie on a adopté, en novembre 1994, la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* (LRUT) qui interdit la vente de tabac aux mineurs; la vente de tabac dans les pharmacies, les établissements de soins de santé et les distributeurs automatiques; l'usage du tabac dans une multitude de lieux publics; et qui prévoit la pose d'affiches conformes délimitant les zones non-fumeurs et interdisant la vente de tabac aux mineurs.

La LRUT autorise le ministre de la Santé à nommer des inspecteurs qui veilleront à la faire observer. La fonction d'inspection a été déléguée aux 42 conseils de santé.

Les infractions à la LRUT appartiennent à deux catégories. Les infractions liées à la vente de tabac comprennent la vente de tabac à une personne qui a ou semble avoir moins de 19 ans ou le défaut de poser des affiches conformes dans les points de vente. Parmi les infractions générales, citons les infractions liées à l'usage du tabac dans les lieux publics, notamment les écoles. Les pénalités comprennent des amendes prédéterminées et les poursuites en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*.

La Direction de la santé publique tient un relevé des accusations et des condamnations découlant d'infractions à la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*, lequel est établi à partir des données présentées par les conseils de santé. En 1996, la Direction a analysé le relevé pour identifier les conseils de santé dont l'activité de mise en application des lois sur le tabac est réduite. Le personnel de la Direction a donc visité deux conseils de santé

3.10

pour examiner leurs activités de mise en application des lois sur le tabac. À la suite de ces visites, le nombre d'accusations portées en vertu de la LRUT a augmenté dans ces deux conseils de santé.

En décembre, 1996, la Direction a adopté un cadre de responsabilisation pour planifier et contrôler l'activité de mise en application des lois sur le tabac. Les conseils de santé ont reçu la consigne de transmettre leurs données annuelles, à partir de 1996, sur les indicateurs de mise en application des lois sur le tabac, notamment le nombre d'inspecteurs à temps plein et le pourcentage de marchands ayant fait l'objet d'une inspection.

Même si elle n'a pas fixé d'objectifs officiels en matière de respect des exigences de la LRUT, la Direction de la santé publique reconnaît qu'au moins 80 pour 100 des marchands doivent observer la disposition interdisant la vente de tabac aux mineurs pour réduire l'usage du tabac chez ces derniers.

Le ministère a financé plusieurs études pour essayer de mesurer le respect de la LRUT. Une étude menée dans 32 conseils de santé avant la promulgation de la LRUT a révélé que 55 pour 100 des détaillants de tabac refusent de vendre du tabac aux mineurs. Une étude analogue menée auprès de 16 conseils vers la fin de 1996 a révélé une certaine amélioration. Bien que le taux de respect global de la Loi ait augmenté à 74 pour 100, les taux de respect varient de 29 pour 100 à 98 pour 100 d'un conseil à l'autre.

La publicité sur l'activité de mise en application des lois constitue également un moyen de dissuasion efficace, et elle peut favoriser le respect volontaire de la LRUT. Le personnel de la Direction nous a appris que les conseils de santé sont incités à recourir aux médias pour publiciser leur activité de mise en application des lois. Cependant, la Direction ne dispose d'aucune procédure ou stratégie officielle pour faire connaître l'activité de mise en application de la LRUT.

Recommandation

Pour accroître le respect de la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*, le ministère devrait évaluer le recours à des mesures d'application supplémentaires et élaborer une stratégie de communication globale pour publiciser ses efforts de mise en application des lois.

Réponse du ministère

La Direction de la santé publique, en collaboration avec la Direction de la promotion de la santé, étudiera des mesures d'application supplémentaires, ainsi qu'une stratégie de communication globale.