



**Prévention et
contrôle des maladies
infectieuses en Ontario :
Continuation des
investissements en
santé publique en 2008**

**Rapport annuel de 2008 du médecin hygiéniste en chef
à l'Assemblée législative de l'Ontario**

Table des matières

Lettre d'accompagnement	1
Sommaire	2
Introduction	4
Le système de santé publique de l'Ontario	7
Rôle et mandat du médecin hygiéniste en chef	8
Surveillance	10
Système intégré d'information sur la santé publique	11
Progrès en matière de surveillance syndromique	13
Autres faits saillants en matière de surveillance	14
Réseau amélioré de laboratoires de santé publique	14
Surveillance des petits réseaux d'eau potable	15
Mesures à prendre en matière de surveillance	16
Prévention et protection	18
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	19
Comité consultatif provincial des maladies infectieuses	20
Réseaux régionaux de contrôle des infections	20
Postes dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses	21
Hygiène des mains	22
Protection contre la grippe	24
Coordination et communication	26
Coordination et communication entre les niveaux administratifs	28
Planification et préparation des mesures d'urgence	28
Planification en prévision d'une épidémie de grippe	29
Système de gestion d'incidents	30
Coordination locale	30
Communication au public	32
Conclusion	34
Recommandations	36
Annexe A	Références 37
Annexe B	Indicateurs de la sécurité des patients 38
Annexe C	Bureaux de santé avec postes de médecin hygiéniste à pourvoir 39
Annexe D	Bureaux de santé avec postes de médecin hygiéniste adjoint à pourvoir 40

Lettre d'accompagnement

**Ministry of Health
and Long-Term Care**

Chief Medical Officer of Health
Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

**Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée**

Médecin hygiéniste en chef
Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11^e étage
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Téléphone: (416) 212-3831
Télécopieur: (416) 325-8412



Décembre 2009

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative de l'Ontario
Édifice de l'Assemblée législative, bureau 180
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2



Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de présenter le Rapport annuel de 2008 du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario en vue de son dépôt devant l'Assemblée conformément aux dispositions du paragraphe 81 (4) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Je vous transmets ce rapport en ma qualité d'ancien médecin hygiéniste en chef intérimaire de l'Ontario.

Cordialement,

Original signé par David C. Williams

David C. Williams, MD, MHSc, FRCPC
Médecin hygiéniste en chef adjoint, protection de la santé et prévention
Médecin hygiéniste en chef intérimaire, novembre 2007- juin 2009

Pièce jointe



Sommaire

Les questions liées à la santé publique touchent chaque jour de nombreux Ontariens et Ontariennes. La promotion d'une alimentation saine et d'un mode de vie actif, la prévention des maladies chroniques et des blessures, le développement normal de l'enfant, les soins familiaux et communautaires, la santé environnementale ainsi que la prévention et le contrôle des maladies infectieuses sont des activités qui relèvent toutes de la santé publique.

Bien que ce rapport soit axé sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et sur les investissements qui soutiennent ces deux activités, il ne vise en rien à amoindrir l'importance des nombreux autres domaines auxquels contribue quotidiennement l'ensemble des travailleurs et des travailleuses de la santé publique.

Malgré tout, 2008 marque la cinquième année qui s'est écoulée depuis que l'Ontario a combattu la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il semble donc approprié d'examiner les progrès réalisés par la province – ainsi que les défis qu'elle doit encore relever – en ce qui concerne le renforcement de sa capacité à réagir au danger d'éclosion de maladies infectieuses de manière plus efficace qu'elle ne l'a fait pendant les jours sombres de 2003.

Le dépôt de ce rapport devant l'Assemblée législative a été retardé par le fait que les ressources du bureau du médecin hygiéniste en chef ont été occupées, pour la plus grande partie de 2009, à réagir à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe H1N1 et aux deux vagues épidémiques de ce virus que nous avons connues cette année. L'objet principal de ce rapport demeure pourtant l'année 2008.

Les menaces auxquelles le système de santé doit parer au chapitre de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses sont aujourd'hui très complexes, et leurs ramifications étendues. Mais le système de santé de la province renforce depuis cinq ans sa capacité à détecter la propagation de maladies infectieuses et à y réagir. Des investissements dans la technologie et les ressources humaines ont permis d'améliorer les outils de surveillance et la capacité de diagnostic en laboratoire, de sorte que l'on peut maintenant suivre et détecter les maladies infectieuses et y réagir plus efficacement, et promouvoir les mesures de lutte contre les infections. Mais les armes les plus puissantes dont dispose le système de santé publique pour répondre adéquatement à une crise éventuelle sont sans doute aussi anciennes que la société elle-même : la coopération, la collaboration et l'action collective en réponse à une menace commune.

Dans les années 1970 et 1980, les aspects de la santé publique liés aux maladies infectieuses ont été peu à peu marginalisés, tant les avancées médicales semblaient avoir complètement maîtrisé ce genre de maladies. La crise du SRAS, qui a pris le système dans un tel défaut de préparation, s'est avérée un moment clé, comme l'ont montré les rapports du juge Archie Campbell, du docteur David Naylor et du docteur David Walker qui soulignent la négligence relative des investissements. Cette situation a réveillé et recentré l'intérêt accordé aux maladies infectieuses et à la capacité du système de santé publique à s'adapter aux événements.

Le rapport de cette année est axé sur la capacité de l'Ontario à prévenir les épidémies de maladies infectieuses et à intervenir en conséquence. Il examine les progrès accomplis dans des domaines clés, comme :

- les améliorations apportées aux systèmes de surveillance des maladies et aux pratiques en ce domaine;
- la meilleure collaboration entre les différents niveaux administratifs;
- les activités continues de préparation en matière de planification et d'intervention en cas d'urgence.

Malgré cela, l'écllosion de cas de listériose pendant l'été 2008 a fait voir que certains domaines avaient encore besoin d'investissements et de soutien accrus en matière de surveillance, si l'on entend remédier aux dernières faiblesses et failles du système, notamment dans le cas d'épidémies complexes touchant plusieurs niveaux administratifs.

Le rapport de l'an dernier traitait des répercussions de l'opération Protection de la santé sur le renouvellement du système de santé publique de l'Ontario. Celui de cette année poursuit l'examen des éléments qui ont été mis en place afin de renforcer les assises du système de santé publique.

L'une des évolutions marquantes du système au cours des cinq dernières années est le nombre de nouveaux partenaires qui participent actuellement à la prévention des maladies infectieuses, à la protection du public contre ces maladies et à la préparation de la capacité d'intervention du système. Ce sont, entre autres, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, les réseaux régionaux de contrôle des infections et la Direction de la gestion des situations d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (nommé ci-après « le ministère »).

Dans cet intervalle de cinq ans, on a mieux compris aussi que la « santé publique » ne peut fonctionner isolément. Par « santé publique », on entend généralement la Division de la santé publique du ministère lorsqu'elle travaille conjointement avec les bureaux de santé locaux de la province. Mais le système de santé publique de l'Ontario devrait, pour fonctionner au mieux, être en lien avec différents services de santé financés par la province, y compris les soins actifs, les soins de longue durée, la santé au travail, les soins de santé primaires et d'autres soins de santé offerts par la collectivité. Le fait d'avoir négligé d'entretenir des rapports solides entre la santé publique et les différents services de santé est certainement pour quelque chose dans les conséquences du SRAS.

Prévenir la propagation des maladies d'origine alimentaire, garantir une couverture immunitaire optimale ou réduire la propagation des infections transmises dans les établissements de soins de santé sont des activités qui exigent des partenariats solides entre tous les intervenants. La prévention et le contrôle des maladies infectieuses sont une responsabilité commune à de nombreux acteurs. Plusieurs mesures collectives ont joué, et continueront de jouer, un rôle important dans le renforcement du système de santé publique et dans la préservation de la santé des Ontariens et des Ontariennes.



■ Introduction



Introduction

La population de la province est très diverse et mobile. Tous les jours, les Ontariens et les Ontariennes parcourent le monde, une situation qui ne va pas sans risques épidémiologiques. Grâce à l'efficacité des moyens de transport actuels, les micro-organismes peuvent franchir des milliers de kilomètres en quelques heures à peine. Les frontières du Canada ne peuvent pas freiner la circulation des nouvelles menaces pour la santé ni nous prémunir contre d'éventuelles pandémies. En conséquence, les problématiques qui entourent la prévention des maladies et la surveillance doivent être considérées d'un point de vue étendu qui dépasse la seule perspective locale, provinciale et même nationale.

Les réseaux d'approvisionnement alimentaire de la province sont également de portée planétaire. Bien plus que par le passé, les Ontariens et les Ontariennes consomment de nos jours des aliments très variés qui ont été produits à des milliers de kilomètres de chez eux. En raison des méthodes de production alimentaire et de distribution à grande échelle, les maladies d'origine alimentaire liées aux produits de consommation risquent, si elles se propagent au pays, de frapper plusieurs régions à la fois. Voilà qui soulève de nombreuses questions particulièrement complexes qui doivent être débattues pour que nous soyons à même d'assurer la salubrité des aliments et de réagir adéquatement aux maladies d'origine alimentaire qui menacent la santé.

La population de l'Ontario, en raison de ses caractéristiques démographiques et son état de santé, se distingue des générations précédentes. Aujourd'hui, en général, les Ontariens et les Ontariennes vivent plus longtemps et il n'est pas rare qu'ils aient à se battre contre de nombreuses maladies chroniques – un autre volet important de la santé publique auquel ne s'attardera cependant pas le présent rapport. Près de 80 pour cent des Ontariens et des Ontariennes âgés de plus de 45 ans souffrent d'une maladie chronique. De ce nombre, environ 70 pour cent sont atteints d'au moins deux maladies chroniques.

Depuis les années 1970, on a observé dans les hôpitaux une augmentation du nombre de patients présentant une immunodéficience. Chez les patients admis à l'hôpital, on compte un pourcentage notable de malades parmi les plus vulnérables, à savoir ceux qui sont les plus sensibles aux infections transmises dans les établissements de soins de santé et aux autres infections transmises dans les établissements de soins de santé.

Parallèlement à des changements démographiques, les mécanismes d'adaptation et de propagation des micro-organismes qui représentent une menace pour la population gagnent sans cesse en efficacité, ce qui ajoute au défi. Pendant les années 1980, les bactéries résistantes aux antibiotiques, espèces de « supermicrobes », sont devenues une nouvelle source de préoccupations au sein de la communauté médicale quand on a compris que les antibiotiques habituels ne procuraient plus les moyens de défense que l'on supposait. Il fut plus inquiétant encore de constater que la prolifération des supermicrobes était attribuable à l'utilisation incorrecte, et dans certains cas à l'abus, des antibiotiques. Les antibiotiques, dans ce contexte, se sont révélés une arme à double tranchant en favorisant la naissance de micro-organismes redoutables contre lesquels le système de soins de santé doit maintenant lutter.

Une trentaine d'années durant, l'attention et les ressources du système de santé se sont détournées de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses pour se consacrer à d'autres priorités. Pendant cette période, bien des hôpitaux de l'Ontario ne comptaient que peu de professionnels en prévention des infections dans leurs équipes. L'importance de mesures de prévention simples, comme le lavage des mains – moyen de défense primordial précédant le recours aux antibiotiques – s'était amoindrie. Les maladies anciennes n'avaient pourtant pas disparu. Elles couvaient, attendant l'occasion de frapper tandis qu'à l'horizon se profilaient de nouveaux virus.

C'est dans ce climat de complaisance qu'a éclaté la crise du SRAS, en 2003, prenant de court le système de soins de santé de la province qui n'était alors ni préparé ni coordonné au chapitre de la prévention et de la prise en charge des risques sanitaires. La rude leçon tirée de la crise du SRAS a conduit la province à prendre de nombreuses mesures pour reconstruire les piliers qui étayaient les capacités de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Le rapport de l'an dernier se penchait sur la mise en œuvre de l'opération Protection de la santé, un plan d'action complet qui vise à revitaliser le système de santé publique de la province.

Cette année, le rapport propose un examen approfondi des forces du système et des défis qu'il doit relever dans trois grands secteurs, soit :

- Surveillance
- Prévention et protection
- Coordination et communication

Il est essentiel de posséder de puissantes capacités de surveillance couplées à des mécanismes d'avertissement précoce grâce auxquels les représentants du système de santé publique sont prévenus de la menace avérée ou émergente que représentent les agents pathogènes. Les processus de suivi et de détection continus produisent une information cruciale qui aide à déterminer les étapes qui doivent être franchies pour prévenir la transmission des maladies infectieuses et veiller à la protection des Ontariens et des Ontariennes.

La crise du SRAS a démontré que freiner la contamination nécessite la participation de divers secteurs des soins de santé, y compris les soins actifs et de longue durée. À dessein d'endiguer la propagation des infections, la culture et les pratiques qui ont cours dans le milieu hospitalier en matière de lutte contre les maladies infectieuses ont dû être abordées dans le cadre de l'initiative globale d'amélioration des capacités du système de santé publique.

L'expérience du SRAS a par ailleurs donné lieu à la création de nouveaux organismes qui ont pour mandat de soutenir le système de santé publique dans son travail de protection et de promotion de la santé de la population de l'Ontario. C'est le cas, par exemple, de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS), la toute première agence de santé publique autonome de la province. La collaboration entre tous les intervenants investis d'un rôle dans le soutien et la prestation des services fournis par le système de santé publique est fondamentale. Au cours des cinq dernières années, la prise de mesures concertées et coordonnées est devenue de plus en plus importante, dans le milieu de la santé publique. Voilà qui s'avère tout particulièrement exact à l'heure où la province cherche à contrer la menace de maladies infectieuses qui risquent

fort de s'étendre à de multiples niveaux administratifs en raison de la mobilité de la population et de la complexité même de la vie moderne.

Le legs du SRAS rappelle la nécessité de rester, en toutes circonstances, vigilant et prêt à intervenir. Les investissements réalisés pour renforcer le système de santé publique exigent des mesures de soutien et d'amélioration continues. La complaisance en raison de laquelle la province a été prise au dépourvu en 2003 doit être éliminée pour de bon, car il ne s'agit pas de savoir s'il y aura une autre menace grave pour la santé publique mondiale, mais bien à quel moment se présentera cette menace.

Le système de santé publique de l'Ontario

Le système de santé publique de l'Ontario est unique au Canada. Il repose sur un partage de l'autorité entre le palier provincial et le palier municipal régional. Ce système est assez souple pour satisfaire aux besoins régionaux et, en même temps, pour coordonner les mesures, les programmes, les services et les interventions dans l'ensemble de la province. Pour être efficace, le partage de l'autorité et de la responsabilité entre les paliers provincial et municipal exige beaucoup de dialogue, de coopération et de collaboration.

Il existe en Ontario 36 conseils de santé, individuellement responsables des services offerts à la population dans les limites de leur territoire. Chaque conseil supervise un bureau de santé local, auquel sont affectés un médecin hygiéniste et du personnel qui assure la prestation des programmes et des services. Les conseils doivent mettre en œuvre 14 programmes et services obligatoires en santé publique qui contribuent au bien-être physique, mental et émotionnel des Ontariens et des Ontariennes.

Les programmes et services sont définis dans les Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), elles-mêmes promulguées par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Les Normes établissent les exigences minimales pour les services et les programmes de santé publique. Elles couvrent un large éventail de domaines, dont la prévention des maladies chroniques et des blessures, la santé familiale, génésique et infantile, la santé environnementale et la préparation des mesures d'urgence, ainsi que la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. Les NSPO se doublent de 26 protocoles détaillés comprenant des consignes précises sur les services et programmes de santé publique.

Les NSPO sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (le 1^{er} décembre 2008 pour les normes du Programme pour la salubrité de l'eau), en remplacement des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (1997).

Le ministère a travaillé avec le ministère de la Promotion de la santé (MPS) et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) à l'élaboration des NSPO. Ces ministères ont la responsabilité conjointe de mettre au point un cadre de gestion du rendement pour la santé publique et de veiller à ce qu'il soit conforme aux normes et aux protocoles en vigueur. La Division de la santé publique du ministère, de concert avec le MPS et le MSEJ, appuie aussi les conseils de santé de l'Ontario en leur fournissant des ressources professionnelles, techniques et financières. Un site Web des Normes de santé publique de l'Ontario (www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/indexf.html) a été créé afin d'aider à la mise en place des nouvelles normes.

Historiquement, le financement de la santé publique a été partagé entre les provinces et les municipalités. Le partage des coûts a varié au fil du temps. La province assure actuellement 75 pour cent des coûts des programmes et des services obligatoires. Cette part est répartie par le biais d'une subvention provinciale. Depuis 2003, le financement provincial a augmenté de 90 pour cent. Cette augmentation comprend le transfert des coûts vers l'amont et l'augmentation des investissements.

Rôle et mandat du médecin hygiéniste en chef

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* a été modifiée en décembre 2004 afin de donner plus d'autonomie au médecin hygiéniste en chef (MHC). L'une des nouvelles mesures mises en place pour ce faire est la nomination du MHC par le lieutenant-gouverneur en conseil pour un mandat renouvelable de cinq ans. La loi exige que le MHC dépose un rapport annuel devant l'Assemblée législative. Elle permet également au MHC de publier d'autres rapports à l'intention du public quand il ou elle le juge nécessaire. Le MHC est autorisé, dans certaines circonstances, à prendre toutes les mesures jugées appropriées pour prévenir, éliminer ou atténuer un danger qui menace la santé publique. Le MHC a aussi le pouvoir d'émettre des directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé quand il ou elle croit qu'un danger immédiat ou imminent menace la santé publique.

Le poste a été occupé par un médecin hygiéniste en chef intérimaire de novembre 2007 à juin 2009.

Le MHC joue un rôle de meneur au sein du système de santé publique de l'Ontario, en période de crise comme au quotidien. Il a pour mission d'informer et de protéger les Ontariens et les Ontariennes et de promouvoir la santé publique. En matière de santé publique, le MHC est souvent la voix rassurante qui informe les Ontariens et les Ontariennes, et qui veille à défendre leurs intérêts.

Cependant, bien que le rôle du MHC se soit étendu au cours des cinq dernières années, aucune augmentation des ressources n'est venue renforcer les moyens du bureau du MHC. Le MHC joue aujourd'hui un rôle beaucoup plus important aux niveaux provincial et fédéral que par le passé, puisqu'il assure la coordination et la liaison entre différentes organisations et différents réseaux qui n'existaient pas avant la crise du SRAS. Par exemple, les activités fédérales, provinciales et territoriales ont augmenté de manière exponentielle avec la création du Réseau pancanadien de santé publique, qui rassemble des universitaires, des scientifiques et des représentants du milieu de la santé publique de tous les paliers de gouvernement. Il est important que le MHC de l'Ontario participe pleinement aux activités de ce genre d'organisation clé, mais le bureau du MHC manque de personnel qualifié et de ressources pour répondre aux exigences et aux attentes croissantes à l'égard de son rôle.

Les ressources accordées au bureau du MHC doivent impérativement être revues et évaluées par le gouvernement provincial afin que le MHC dispose des moyens nécessaires pour prendre en charge tous les aspects de son mandat, ce qui inclut le rôle sans répit de chef de file en matière de santé publique en Ontario.

Les maladies infectieuses reviennent au cœur des préoccupations

Le docteur Vivek Goel partage ses réflexions sur la vision qui était celle de la communauté médicale en 1974, quand l'Université de Toronto a pris la décision de fermer son École d'hygiène. L'établissement jouissait d'une expérience de 48 ans et comptait parmi les pionniers du mouvement en faveur de la santé publique du début du XX^e siècle au Canada. Les programmes de cet établissement de réputation mondiale ont été fusionnés avec ceux de la Faculté de médecine.

« Un groupe de travail de l'Université a produit un rapport qui concluait qu'une école d'hygiène était inutile. Le rapport disait, pour l'essentiel, que les maladies infectieuses avaient été vaincues et que le prochain fléau à combattre était les maladies chroniques, dont la médecine moderne viendrait à bout par les traitements et non par la prévention », avait déclaré Vivek Goel, qui était vice-recteur et doyen de l'Université avant d'occuper son poste actuel de président-directeur général de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Le docteur Goel a rappelé cette leçon d'histoire à l'occasion de l'ouverture de la nouvelle école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto, en avril 2008. En un peu plus de trois décennies, le cercle avait été refermé et la santé publique revenait sous les feux de la rampe.

« Dans les années 1930, 1940 et 1950, les vaccins et les antibiotiques se sont tellement développés que, dans les années 1960, les gens étaient convaincus que la plus grande menace viendrait des maladies chroniques. Pour traiter les maladies infectieuses, nous avions des vaccins et des antibiotiques et l'on s'imaginait que ces maladies étaient vaincues, pour l'essentiel. Le financement de la santé publique a diminué pendant les années 1980 et c'est ce qui a permis à des événements comme Walkerton et la crise du SRAS de se produire.

« La médecine moderne allait nous sauver. L'idée générale était qu'elle allait éliminer la nécessité d'une prise en charge de la santé publique : on se disait, si les gens tombent malades, eh bien, nous n'aurons qu'à les soigner. Mais dans les faits, l'usage des antibiotiques a conduit à l'émergence de "supermicrobes" résistant aux médicaments...

« Et les nouvelles façons de voyager partout autour du monde ont donné à des agents pathogènes, anciens et nouveaux, la possibilité d'essaimer tout autour de la planète. De sorte que le contexte des maladies infectieuses a évolué très différemment de ce que l'on imaginait dans les années 1970. Les maladies infectieuses reviennent pour la revanche, et ce que l'on imaginait dans les années 1970 était complètement à côté de la plaque », a déclaré le docteur Goel.



■ Surveillance





Surveillance

La surveillance est la sentinelle du réseau ontarien de sûreté en matière de santé publique. Elle détermine l'efficacité avec laquelle le système anticipe et détecte diverses menaces pour la santé publique et y réagit. La force de tout système de surveillance dérive de sa capacité d'intervention et d'adaptation à des circonstances en constante évolution. Après que le SRAS et d'autres menaces pour la santé ont révélé les faiblesses du système de surveillance de la province, le gouvernement de l'Ontario a entrepris d'y faire des investissements substantiels. Au cours des cinq dernières années, le système a évolué, gagnant en force et en cohésion. Aujourd'hui, la province est dotée de moyens de défense d'une efficacité accrue qui lui permettent de protéger la santé des Ontariens et des Ontariennes. Cependant, la surveillance de la santé est un processus dynamique et itératif qui requiert une attention et des ressources soutenues pour faire en sorte que le système soit suffisamment souple pour repérer les menaces pour la santé publique et intervenir en conséquence. Des investissements et des ressources supplémentaires doivent être injectés dans le système pour continuer à améliorer et à intégrer les outils de surveillance sur lesquels compte la province pour détecter et surveiller les agents pathogènes, connus ou non. Dans le système de santé publique, la surveillance s'exerce en tout temps, à toute heure du jour ou de la nuit, et ne laisse aucune place à la complaisance.

Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP)

Le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) est un dispositif Web sécurisé de portée provinciale qui permet de communiquer des renseignements sur les maladies infectieuses. Le SIISP a été créé par l'Agence de la santé publique du Canada. Certains éléments du système ont été personnalisés en Ontario. Amorcée en avril 2005, la mise en œuvre du système en Ontario a été finalisée à la fin de cette même année.

Le SIISP est utilisé par tous les bureaux de santé locaux pour recueillir et transmettre électroniquement des données sur la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Le SIISP permet aux circonscriptions sanitaires de repérer et de surveiller les cas inhabituels et inattendus de maladies infectieuses. Les bureaux de santé locaux consignaient auparavant isolément leurs données qui, par conséquent, étaient alors beaucoup plus difficiles à rapprocher. Grâce au SIISP, ils bénéficient d'un accès commun à l'ensemble des données concernant les cas confirmés, les contacts et l'exposition pouvant mettre en évidence les risques de pandémie touchant plusieurs niveaux administratifs.

Le personnel de la Division de la santé publique du ministère analyse chaque jour les données sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire consignées dans le SIISP par les bureaux de santé locaux. Les données transmises dans les 24 dernières heures sont alors examinées afin de repérer toute irrégularité aberrante. Au moyen d'un système de détection précoce des anomalies, les augmentations qui dépassent les seuils prévus et les cas isolés sources de préoccupation sont signalés puis analysés de concert avec les intervenants du secteur concerné et les bureaux de santé locaux.

Des directives de surveillance accrue sont transmises aux bureaux de santé locaux si au moins un des critères suivants est observé : 1) augmentation du nombre de cas d'une maladie donnée, 2) propagation de la maladie sur les territoires de plusieurs bureaux de santé ou risque élevé d'une telle propagation, 3) détection d'une source commune d'exposition. Quand une directive de surveillance accrue est publiée, les bureaux de santé locaux doivent entrer les données exigées dans le SIISP en priorité. Le SIISP favorise la communication et permet de mettre en relation des traits communs qui auparavant n'auraient pas été manifestes.

En recourant au SIISP et à d'autres outils élaborés au lendemain de la crise du SRAS, l'équipe de surveillance de la Division de la santé publique est parvenue à détecter un problème en pleine évolution et à sonner l'alarme quand, en juillet 2008, une vague de listériose a secoué l'Ontario. Ce sont des viandes froides produites par deux chaînes de production d'une usine de conditionnement située en Ontario et dirigée par les Aliments Maple Leaf qui ont déclenché la flambée épidémique. L'entreprise approvisionne en viandes les foyers de soins de longue durée et d'autres établissements ontariens. Ses viandes sont également distribuées à l'échelle nationale.

Les premiers cas ont été repérés grâce au mécanisme de détection des anomalies de l'analyse de surveillance des données du SIISP, qui a signalé au personnel de santé publique un nombre de cas supérieur à la normale. C'est ce qui a conduit la Division de la santé publique à faire parvenir une directive de surveillance accrue aux bureaux de santé locaux leur enjoignant de consigner les cas de listériose dans le SIISP dans le jour ouvrable suivant la réception d'un avis d'un établissement de soins de santé ou d'un laboratoire. En conséquence, le ministère a été à même de mieux déterminer la portée de la vague de listériose et de prendre les mesures nécessaires dans le cadre de son enquête.

Malheureusement, 41 cas confirmés de listériose ont été recensés en Ontario, de même que 16 décès. Cependant, sans le SIISP et le système de détection précoce des anomalies, les premiers cas de listériose en Ontario n'auraient peut-être pas été rapprochés et la propagation se serait sans doute poursuivie à la dérobée pendant beaucoup plus longtemps, ce qui se serait traduit par un plus grand nombre de victimes et, éventuellement, de décès.

Cependant, il est très important de reconnaître que l'efficacité du SIISP est exclusivement fonction de l'exhaustivité et de l'actualité des données consignées dans le système. Les bureaux de santé locaux sont responsables d'entrer les renseignements cruciaux dans le SIISP, rapidement et avec précision. Cependant, il y a parfois un décalage entre le moment où un bureau de santé prend connaissance d'un cas et celui où les données sont saisies dans le système. Dans certaines circonstances, une saisie de données incomplètes ou un délai de consignation peut faire obstacle à la détection et au rapprochement des cas similaires au moyen du SIISP.

Le SIISP s'est révélé d'une grande importance, en matière de surveillance. Cependant, pour que cet outil atteigne son fonctionnement optimal, les bureaux de santé locaux doivent entrer sans délai dans le système les renseignements complets sur les maladies associées à un risque élevé. Le ministère devrait par ailleurs veiller à ce que la Division de la santé publique et les bureaux de santé locaux soient dotés du personnel qualifié et des ressources dont ils ont besoin et mener les

enquêtes requises quand le SIISP, ou tout autre système de surveillance, donne l'alerte. Une bonne surveillance exige de tous les intervenants du système, si divers soient-ils, qu'ils se coordonnent, qu'ils coopèrent et qu'ils prennent des mesures uniformes.

Progrès en matière de surveillance syndromique

La surveillance syndromique se fait en temps réel ou à peu près, dans la mesure du possible, à partir de données électroniques enregistrées pour d'autres motifs, comme celles sur les visites aux services d'urgence des hôpitaux. Elle permet de reconnaître les signes des nouvelles épidémies plus tôt qu'avec les méthodes traditionnelles employées dans le domaine de la santé publique.

La Division de la santé publique recourt entre autres aux données recueillies par Télésanté pour procéder à la surveillance syndromique. En 2008, des analyses hebdomadaires des données de Télésanté ont été réalisées. En situation de pandémie, une analyse est exécutée chaque jour. Les appels reçus par Télésanté sont regroupés par syndrome (p. ex., maladies respiratoires, affections accompagnées de fièvre ou pseudogrippales, troubles gastro-intestinaux) puis analysés pour cerner les groupes présentant des anomalies statistiques sur les plans spatial ou temporel. Tous les groupes ciblés font l'objet d'une enquête réalisée à la lumière des données issues des méthodes traditionnelles de surveillance de la santé publique, recueillies grâce au SIISP et aux mécanismes de surveillance en laboratoire. Il s'agit ce faisant de produire un portrait plus détaillé de la prévalence des maladies infectieuses dans la province.

En septembre 2004, le Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington a uni ses efforts à ceux du ministère, de l'Université Queen's, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Hôpital général de Kingston et de l'Hôpital Hôtel-Dieu dans le cadre d'un projet pilote de deux ans visant la mise en œuvre et l'évaluation d'un système directeur de surveillance syndromique des plaintes des services d'urgence. Selon une étude sur le projet pilote publiée en 2008, le rapprochement entre les services d'urgence et les dispositifs de santé publique permettrait de produire une information susceptible d'améliorer la détection des flambées épidémiques, l'intervention et le rétablissement. Le projet pilote a servi à la détection de la grippe saisonnière et de maladies d'origine alimentaire¹.

Bien qu'elle en soit encore à ses débuts, la surveillance syndromique fournit des perspectives particulièrement prometteuses en santé publique en cela qu'elle pourrait soutenir et améliorer les méthodes conventionnelles de surveillance².



Autres faits saillants en matière de surveillance

- Des rapports sont produits chaque jour sur toute poussée de la maladie associée à *C. difficile*, d'infections respiratoires et de troubles gastro-intestinaux détectée dans les établissements de soins et signalée le jour précédent dans le SIISP.
- Des rapports sont créés chaque jour sur les patients atteints du virus du Nil occidental et de la maladie de Lyme signalés dans le SIISP.
- Les bureaux de santé locaux produisent des rapports chaque semaine et chaque mois, en fonction de l'âge et du sexe, sur les patients atteints d'une maladie à déclaration obligatoire.
- Un bulletin d'information hebdomadaire sur la grippe – enrichi en période de pandémie – intègre des données provenant de plusieurs sources (notamment de l'Agence de la santé publique, du SIISP, des rapports de prévalence des bureaux de santé locaux et des essais de laboratoire) pour brosser un portrait de la prévalence des infections respiratoires et de la grippe en Ontario. Ce bulletin est affiché sur le site Web du ministère de la Santé et est transmis électroniquement aux bureaux de santé locaux.
- Des rapports mensuels et trimestriels présentent des analyses ou des liens vers des relevés épidémiologiques des poussées épidémiques et des groupes de maladies à déclaration obligatoire.

Réseau amélioré de laboratoires de santé publique

Les Laboratoires de santé publique de l'Ontario (un laboratoire central à Toronto et 11 établissements régionaux) ont été confiés à la responsabilité de l'AOPPS en décembre 2008. Grâce à d'importants réinvestissements réalisés ces dernières années, les laboratoires modernisés sont mieux placés que jamais pour soutenir les bureaux de santé locaux dans la détection rapide des agents pathogènes et le rapprochement des cas. Par exemple, maintenant équipés d'un outil de diagnostic moléculaire, les laboratoires de santé publique sont à même de cibler les cas et de les mettre en relation pendant une épidémie avec une efficacité et une précision accrues. En 2008, les laboratoires de santé publique ont étendu leur capacité de typage moléculaire. Cet outil fait de plus en plus partie des méthodes courantes de détection.

Depuis 2007, un nouveau Système d'information de laboratoire implanté dans l'ensemble des Laboratoires de santé publique de l'Ontario permet de gérer électroniquement le traitement et la manipulation des échantillons cliniques. Cet investissement pluriannuel est toujours en cours. Le Système d'information de laboratoire n'était pas pleinement opérationnel lors de la vague de listériose, pendant l'été 2008. L'AOPPS continue de travailler à son intégration complète qui permettra, en temps utile, de procéder à des analyses et de préparer des rapports destinés aux partenaires de santé publique concernés en tout temps, y compris en période de crise.

La capacité provinciale de réaction aux données de surveillance sera également grandement améliorée une fois le Système d'information de laboratoire de l'Ontario pleinement mis en œuvre.

Le Système constitue une source d'information intégrée grâce à laquelle il sera possible d'échanger par voie électronique des données issues d'essais de laboratoire menés dans toute la province entre les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux et les laboratoires communautaires autorisés. Très prometteur, le Système d'information de laboratoire de l'Ontario a tout ce qu'il faut pour devenir un dispositif puissant et cohésif qui satisfera aux exigences de la province en matière de surveillance de la santé publique. Sa mise en œuvre en est toutefois encore à ses débuts. En raison de la complexité croissante des défis en santé publique et des attentes élevées des communautés, des investissements dans ce secteur sont essentiels.

Il importe également que l'AOPPS installe le laboratoire central, actuellement situé en périphérie de Toronto, dans les mêmes locaux que l'Agence, au centre-ville. Cette proximité est une étape clé de la mise en place d'un carrefour de la santé publique qui serait capable de tisser aisément des relations avec le milieu universitaire et de la recherche et avec des partenaires gouvernementaux pour construire un système unifié.

Surveillance des petits réseaux d'eau potable

Depuis le 1^{er} décembre 2008, le ministère assume la surveillance législative des petits réseaux d'eau potable du ministère de l'Environnement. Il s'agit de fournir un suivi et une surveillance améliorés des petits réseaux qui favorisent l'accès à l'eau potable sans être reliés aux réseaux municipaux d'eau potable. Divers établissements publics (restaurants, terrains de caravanage, stations-services, motels, lieux de culte, etc.) peuvent exploiter des petits réseaux d'eau potable. Or, les réseaux d'eau potable qui ne sont pas entretenus adéquatement risquent d'être contaminés par des agents pathogènes susceptibles de causer des maladies graves.

Le transfert de responsabilités est soutenu par une nouvelle réglementation conforme à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. En vertu de la nouvelle réglementation, les bureaux de santé locaux se chargeront de contrôler les petits réseaux d'eau potable de l'Ontario. Les inspecteurs de la santé publique mèneront auprès de chaque petit réseau de la province des évaluations des risques. Ils détermineront ce que les propriétaires et les exploitants doivent faire pour assurer la qualité de l'eau potable en publiant des directives conformément auxquelles il peut être nécessaire, au besoin, de procéder à des analyses, à des mesures de traitement et à de la formation. Du financement a été consenti aux bureaux de santé locaux pour la conduite du programme des petits réseaux d'eau potable. Une fois le programme pleinement en œuvre, une application informatique personnalisée permettra d'assurer la surveillance continue des résultats des analyses.

Mesures à prendre en matière de surveillance

En 2007, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son plan de se joindre au projet Panorama (système pancanadien de surveillance et de gestion de la santé publique en matière de maladies transmissibles). Panorama donnera aux professionnels de la santé autorisés la capacité de recueillir, de mettre en commun et d'analyser en temps réel les données se rapportant à la santé nécessaires pour lutter à l'échelle régionale, provinciale et fédérale contre les maladies transmissibles. Dans une mise à jour publiée en 2008, le gouvernement provincial annonçait que Panorama serait mis en œuvre en 2011. À ce jour, le système de soins de santé publique attend toujours son implantation.

Panorama permettra :

- de lutter contre les maladies transmissibles et les épidémies;
- de coordonner la vaccination et de constituer un registre;
- de gérer la commande et la distribution des vaccins.

Actuellement, les médecins fournissent de l'information sur moins de 10 pour cent des cas de maladies à déclaration obligatoire. Ces renseignements, la plupart du temps, sont obtenus par l'entremise des données confirmées par les laboratoires et sont parfois reçus longtemps après l'apparition des symptômes. Panorama dotera les fournisseurs de soins de santé d'une plateforme Web au moyen de laquelle ils pourront facilement signaler les cas directement aux autorités provinciales. De plus, Panorama leur permettra de transmettre et de mettre à jour aisément les données sur la vaccination de leurs patients, ce qui contribuera à l'établissement d'un registre centralisé sur la vaccination.

Pour l'heure, le système de santé publique reçoit la plupart des dossiers de vaccination des enfants à partir de leur inscription à la maternelle seulement. L'information sur la vaccination des enfants de moins de quatre ans fait donc défaut au système de soins de santé de la province.

Comparé à la structure de surveillance des maladies d'avant la crise du SRAS, le SIISP représente donc une amélioration notable. Il ne faudrait cependant pas croire que cela suffise. Il est impératif de mettre en œuvre Panorama, le système de surveillance de nouvelle génération. Les virus potentiellement dangereux n'attendent pas que le gouvernement décide de mobiliser les ressources nécessaires à l'adoption d'un système de surveillance d'une efficacité accrue.

L'héritage du SRAS

En 2008, Toronto a marqué le cinquième anniversaire de la crise du SRAS. Paul LoStracco, vétérinaire des soins infirmiers avec ses 19 ans d'expérience au Centre des sciences de la santé de Sunnybrook, garde un souvenir clair de son expérience aux premières lignes de la lutte contre cette menace inconnue et sans précédent. Les dures leçons apprises en 2003 ne tomberont pas dans l'oubli, estime-t-il. En tant que travailleur de la santé, il s'est juré de ne plus jamais se laisser prendre ainsi au dépourvu.

« C'était effrayant. Chaque jour, à notre arrivée au travail, quelqu'un était chargé de prendre notre température. Nous nous demandions alors si c'était ce jour-là que nous nous mettrions à faire de la fièvre à notre tour... si c'était ce jour-là que nous tomberions malades, autrement dit », se souvient M. LoStracco, qui travaille maintenant aux services d'orthopédie et de neurochirurgie. « Au plus fort de la crise, j'étais terrifié. Je ne pouvais m'empêcher de me demander si je serais le suivant. »

Le souvenir de toutes les procédures d'hygiène et des dispositifs de protection que le personnel infirmier a dû adopter pendant la crise du SRAS rappelle sombrement à M. LoStracco le laisser-aller qui régnait avant l'épidémie. « À l'époque, les travailleurs et les travailleuses de la santé allaient d'une chambre et d'un lit à l'autre sans se soucier de se laver les mains à moins d'avoir fait quelque chose de particulier qui les aurait salies. Puis le SRAS a frappé, et tout a changé. »

« Aujourd'hui, on parle beaucoup de l'hygiène des mains. Nous devons participer à des ateliers et à des contrôles, et nous sommes évalués sur nos pratiques d'hygiène. La plupart des gens se préoccupent plus que jamais de ce genre de questions. » D'après M. LoStracco, au fil du temps, les infirmiers et les infirmières ont dû prôner le lavage des mains. « Quand nous remarquons qu'un médecin ou un collègue approche d'une chambre sans suivre la procédure, nous devons aller le voir et lui faire observer qu'il n'a pas nettoyé ses mains. » À l'avenant, le personnel infirmier intercepte les visiteurs surpris en train de tousser. « Parfois, nous leur demandons de mettre un masque. À d'autres occasions, nous leur faisons observer qu'ils ne devraient peut-être pas être dans un hôpital. Nous voulons nous protéger. Nous voulons protéger nos patients. Et au bout du compte, le plus important, c'est que nous voulons être prêts. »



■ Prévention et protection



Prévention et protection

Le rôle fondamental du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario est de protéger la santé des Ontariens et des Ontariennes. La Loi sur la protection et la promotion de la santé confie au MHC le mandat d'enquêter et de prendre les mesures appropriées afin de prévenir, d'éliminer ou d'atténuer les risques qui menacent la santé des Ontariens.

À la suite de la crise du SRAS, bon nombre d'organismes importants ont été créés et des projets majeurs ont été lancés afin d'appuyer le travail du MHC et des intervenants du milieu de la santé publique visant à améliorer la capacité de la province à protéger les Ontariens de la propagation des maladies infectieuses. Collectivement, ces mesures ont renforcé le filet de sécurité de la santé publique. Il est primordial de continuer à soutenir les intervenants et les projets qui concourent à la prévention et au contrôle des maladies et des infections en Ontario.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Le vaste mandat de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé – la première agence autonome de santé publique de la province – consiste à fournir une expertise et des conseils scientifiques et techniques à ceux qui travaillent sur le terrain à la protection et à la promotion de la santé des Ontariens et des Ontariennes.

En 2008, en même temps qu'elle concevait son cadre de planification stratégique et se préparait à atteindre la pleine capacité opérationnelle, l'AOPPS a pris des mesures dans certains domaines clés de la lutte contre les infections afin de soutenir le système de santé. En septembre 2008, l'Agence mettait sur pied des équipes de lutte contre les infections afin d'offrir aux hôpitaux, sur place, une assistance rapide en matière d'investigation et de gestion des épidémies. Les équipes, formées par l'Agence, ont déjà visité bon nombre d'établissements. Elles ont offert des conseils et recommandé des plans d'action très utiles. L'AOPPS a également offert son appui à différents bureaux de santé locaux, en envoyant notamment un épidémiologiste dans la région de Niagara lors d'une épidémie d'E. coli. L'Agence travaille par ailleurs à l'établissement d'un bottin virtuel des consultants pour aider son personnel à mettre les bureaux de santé locaux en contact avec des spécialistes, près de chez eux ou à l'étranger, afin de répondre à une situation d'urgence immédiate ou imminente.

L'Agence a fait quelques percées dans d'autres domaines. En collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario et d'autres intervenants, elle a entrepris de promouvoir la prescription adéquate d'antibiotiques dans les hôpitaux afin d'éviter la propagation de bactéries résistantes aux antibiotiques. Elle cherche aussi des moyens de favoriser dans les hôpitaux une disposition spatiale axée sur la sécurité par l'installation d'éviers dans des endroits pratiques afin d'encourager le lavage des mains et par l'augmentation du nombre de chambres privées, par exemple.

L'AOPPS participe de plus en plus à des activités de recherche sur les maladies infectieuses et transmissibles. Parmi ces activités, notons une étude sur les décès attribués aux maladies associées à *Clostridium difficile* (*C. difficile*), ainsi qu'un rapport sur le fardeau humain, social

et économique que représentent les maladies infectieuses, en collaboration avec l'Institut de recherche en services de santé.

En ce qui concerne l'avenir, l'Agence est en bonne position pour jouer un rôle de plus en plus central dans la santé publique, que ce soit par le biais de la recherche scientifique, de conseils en matière d'épidémiologie, de la formation et de l'outillage en matière de renforcement de la lutte contre les infections, ou en servant de phare dans l'unification du système de santé publique de l'Ontario. Son succès dépendra, au moins en partie, de l'engagement continu de la province et de sa capacité à lui garantir les ressources suffisantes pour réaliser son plein potentiel.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

Depuis 2004, un vaste panel d'experts du milieu des soins de santé issus des domaines de l'épidémiologie, de la santé publique, des soins actifs, des soins de longue durée, de la santé au travail, de la microbiologie, de la pédiatrie et des zoonoses, collabore dans le but commun d'améliorer la lutte contre les infections dans divers contextes : hôpitaux, cliniques de soins communautaires, centres d'hébergement à long terme et soins de santé primaires.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), créé dans le but de conseiller le MHC et de servir de ressource à l'ensemble du système de santé, continue de jouer un rôle inestimable en réunissant un large éventail d'expertises et en les traduisant en outils d'apprentissage pouvant servir à ceux qui sont aux premières lignes du système de soins de santé. Qu'il s'agisse de produire un manuel de pratiques exemplaires sur la surveillance des infections transmises dans les établissements de soins de santé ou des recommandations sur le nettoyage, la désinfection et la stérilisation, le CCPMI est devenu un pivot extrêmement utile du réseau provincial de prévention et de contrôle des infections dans sa recherche de mesures et de pratiques unifiées.

En 2008, le CCPMI a conçu et diffusé sur son site Web trois manuels de pratiques exemplaires. L'un de ces documents portait sur l'hygiène des mains et complétait la campagne ministérielle *Lavez-vous les mains*, qui vise à encourager les pratiques appropriées d'hygiène des mains dans les établissements de soins de santé. Le CCPMI a travaillé aussi avec le personnel du ministère sur les politiques concernant l'administration d'une prophylaxie postexposition à la rougeole et à la rage de la chauve-souris.

Réseaux régionaux de contrôle des infections

Les réseaux régionaux de contrôle des infections, dont le mandat s'ajoute à celui des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, ont offert un soutien additionnel à la santé publique et au système de soins de santé en comblant la distance et en favorisant de meilleurs contacts entre la santé publique et le secteur des soins actifs, des soins de longue durée et de la santé communautaire.

Les réseaux régionaux de contrôle des infections coordonnent les activités et favorisent les approches uniformes en matière de soins de santé partout dans la province. Ils permettent un

meilleur partage des connaissances, un dialogue ouvert et la coordination des méthodes de surveillance. Ils contribuent également à une meilleure intégration des pratiques de prévention et de contrôle. Les réseaux collaborent étroitement avec le CCPMI afin de faciliter la mise en œuvre des politiques et des procédures au niveau de la base. Le CCPMI s'est concentré sur l'élaboration de normes de qualité pour les soins, tandis que les réseaux régionaux ont conçu des stratégies pour appuyer leurs interventions aux premières lignes.

Postes dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

Le personnel qui travaille à la prévention et au contrôle des infections dans la province a augmenté de façon marquée depuis quelques années, grâce au financement consenti par le gouvernement de l'Ontario pour accroître la proportion du personnel de la santé disposant d'une formation spécialisée et d'une expertise en matière de prévention et de contrôle. En septembre 2008, la province avait fourni le financement nécessaire à l'ouverture, partout dans la province, de 166 postes en prévention et en contrôle des infections dans le domaine des soins actifs – un investissement de plus de 13 millions de dollars depuis 2004-2005. Le financement est octroyé à raison d'un professionnel en prévention des infections pour 100 lits d'hôpital, l'un des meilleurs ratios en Amérique du Nord. De plus, la province a financé à 100 pour cent les postes des 180 membres du personnel qui se consacrent à temps plein à la lutte contre les maladies infectieuses et des 36 nouveaux membres du personnel infirmier spécialisés dans la prévention et le contrôle des infections des bureaux de santé locaux.

Ces investissements ont renforcé la présence et la valeur au sein du système de santé du personnel affecté aux activités de prévention et de contrôle, y compris aux premières lignes, à l'hôpital. Ces professionnels participent à l'instruction et à la formation du reste du personnel des soins de santé en ce qui concerne les procédures appropriées de lutte contre les infections. Ils constituent une ressource dans un large éventail de domaines qui peuvent influencer la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. Leur présence a soutenu dans les hôpitaux de la province un changement d'attitude à l'égard de la sécurité des patients, qui est maintenant au centre des préoccupations.

Le personnel de la prévention et du contrôle des infections continuera d'être une ressource nécessaire au sein du système de santé, dans la mesure où les hôpitaux commencent à composer avec des défis tels que les bactéries résistantes aux antibiotiques, les infections transmises dans les établissements de soins de santé et les menaces potentielles que sont les nouveaux agents pathogènes.

L'hygiène des mains

La campagne *Lavez-vous les mains*, orchestrée par la Division de la santé publique du ministère, a été saluée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce programme à plusieurs facettes, qui vise à limiter la propagation des infections dans les hôpitaux en enseignant au personnel l'importance des pratiques appropriées d'hygiène des mains, a été lancé dans tout l'Ontario en mars 2008.

Entre décembre 2006 et août 2007, le ministère avait piloté le programme dans 10 hôpitaux ontariens. Le respect des pratiques d'hygiène des mains a augmenté de façon constante sur tous les sites pilotes et le programme a été peaufiné avant d'être déployé à l'échelle provinciale. L'Ontario a occupé le devant de la scène internationale quand les représentants de la Division de la santé publique ont été invités par l'OMS, en août 2007, à présenter les résultats du projet pilote sur l'hygiène des mains. Un comité consultatif multidisciplinaire formé de spécialistes a guidé la mise en œuvre du programme dans toute la province. En juillet 2008, des représentants de tous les hôpitaux ontariens avaient suivi une séance de formation qui faisait le survol du programme et donnait des précisions sur sa mise en œuvre.

Une bonne hygiène des mains est cruciale pour freiner les infections dans les hôpitaux. La preuve a été faite que les bactéries qui causent les infections dans les hôpitaux voyagent le plus souvent d'un patient à l'autre sur les mains des professionnels des soins de santé. Les infections peuvent facilement se transmettre pendant les soins courants si les professionnels de la santé ne savent pas reconnaître le moment opportun de se laver les mains.

Environ un adulte sur 10 et un enfant sur 12 sont susceptibles de contracter une maladie transmise dans un établissement de soins de santé, selon un communiqué de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) daté d'octobre 2008³. Les patients hospitalisés dont le système immunitaire est faible ou qui souffrent d'une maladie chronique sont particulièrement vulnérables à ces infections. Les infections transmises dans les établissements de soins de santé comptent parmi les effets indésirables les plus souvent rapportés dans les établissements de soins actifs et sont une cause majeure de morbidité et de mortalité. Malgré le lien entre les pratiques concernant l'hygiène des mains et les infections transmises dans les établissements de soins de santé, les recherches indiquent que de 30 à 60 pour cent seulement du personnel hospitalier respecte des procédures adéquates en matière d'hygiène des mains⁴.

Des études ont montré que le taux des infections associées aux soins de santé peut diminuer de 15 à 50 pour cent grâce à une bonne hygiène des mains et à d'autres programmes de lutte contre les infections, selon le communiqué de l'ICIS sur les mesures de lutte contre les infections transmises dans les établissements de soins de santé⁵.

Des pratiques adéquates en matière d'hygiène des mains sont souvent le seul facteur qui détermine si le patient est protégé d'une infection ou s'il y est exposé. Cette mesure simple et efficace de santé publique, qui sauve des vies depuis des générations, continuera de le faire aussi longtemps que le système de santé demeurera diligent et qu'on s'y souviendra de la puissance des mesures élémentaires de contrôle des infections.

Un changement d'attitude dans la lutte contre les infections

Avant 2003, le Centre des sciences de la santé de Sunnybrook avait quatre professionnels en prévention des infections en poste. Aujourd'hui, Sandra Callery, directrice de la prévention et de la lutte en matière d'infections à Sunnybrook, membre également du CCPMI, dirige une équipe de 11 personnes. « Voyez-vous, le monde a changé. On pourrait difficilement être plus occupé, explique-t-elle. »

« Nous effectuons une surveillance active et ciblons les infections les plus importantes. Nous collaborons étroitement avec le laboratoire de microbiologie de l'hôpital, et étudions les micro-organismes qu'il identifie et qui peuvent être révélateurs de quelque chose. Les membres de l'équipe de prévention et de contrôle des infections visitent chaque jour les différents services et passent en revue les dossiers des patients avec les infirmières. » Elle observe que l'équipe participe désormais à des projets nombreux et diversifiés dans tout l'hôpital. « Nous contribuons à l'élaboration des politiques et des procédures. Nous travaillons avec les architectes qui agrandissent ou redessinent l'hôpital. Auparavant, nous n'aurions pas été invités à la table de discussion.

« L'expérience du SRAS nous a ramenés à une certaine humilité. Nous avons tout misé sur la technologie et le traitement et négligé les éléments fondamentaux, comme la salubrité du milieu et l'hygiène des mains. Nous voici de retour à la base. »

Le docteur Michael Baker, directeur médical du programme de médecine et de santé communautaire du réseau de santé universitaire et directeur général du programme ontarien sur la sécurité des patients, parle de l'importance accrue que l'on accorde aux mesures de contrôle des infections dans les hôpitaux ontariens: « Depuis l'épidémie de SRAS à Toronto, nous avons davantage de professionnels pour lutter contre les infections dans les hôpitaux. Des programmes généraux de rééducation ont été mis en place. Les professionnels de la santé sont devenus de plus en plus conscients des infections transmises dans les établissements de soins de santé, des bactéries résistantes aux antibiotiques et des risques auxquels sont exposés les patients quand ils entrent à l'hôpital.

« À l'automne 2008, les hôpitaux ontariens ont commencé à rendre publics les rapports sur les infections transmises dans les établissements de soins de santé, dans le contexte du programme du ministère sur la sécurité des patients. On s'attendait à ce que les statistiques révèlent une augmentation radicale des infections transmises dans les établissements de soins de santé, et cela ne s'est pas produit.

« Ce que nous avons observé dans les rapports des premiers mois sur les bactéries résistantes aux antibiotiques, c'est que les taux mesurés ont été étonnamment faibles. Les incidences d'infection ont presque disparu, et cela, grâce à une plus grande sensibilisation des premières lignes. » M. Baker affirme que la déclaration de guerre lancée par le ministère contre les infections transmises dans les établissements de soins de santé a motivé les établissements de soins de santé à s'attaquer au problème: « C'est devenu la priorité absolue. On discute davantage et on s'engage plus volontiers à appliquer les normes de sécurité. La barre est plus haute qu'elle ne l'était et les hôpitaux se sont attelés de bon gré à la tâche ».

Protection contre la grippe

Le Programme universel de vaccination contre la grippe

En 2000, l'Ontario a mis sur pied le Programme universel de vaccination contre la grippe (PUVG), qui vaccine gratuitement contre la grippe tous les citoyens de la province âgés de plus de six mois. Ce programme était le premier du genre en Amérique du Nord. La plupart des programmes de vaccination contre la grippe ciblent généralement les groupes présentant des risques élevés de complications, notamment les personnes âgées de 65 ans ou plus.

L'engagement continu de la province envers la promotion de la santé et la prévention des maladies par l'intermédiaire du PUVG aide les Ontariens et les Ontariennes à demeurer en santé et à réduire les contrecoups de la grippe sur le système des soins de santé.

Près de dix ans se sont écoulés depuis la mise en œuvre du PUVG. Au cours de cette période, le taux de vaccination contre la grippe a augmenté plus rapidement chez les groupes plus jeunes de l'Ontario, comparativement aux autres provinces canadiennes qui disposent de programmes de vaccination ciblés⁶.

Une étude menée en 2008 par le docteur Jeff Kwong, un chercheur de l'Institut de recherche en services de santé, a évalué l'effet du PUVG sur la mortalité, les hospitalisations et les consultations médicales associées à la grippe. En comparaison des programmes ciblés des autres provinces, l'étude montre une corrélation entre le PUVG et la diminution relative de la mortalité associée à la grippe, d'une part, et le recours aux soins de santé, d'autre part⁷. Cette conclusion semble indiquer que le PUVG est une mesure efficace qui contribue à réduire le fardeau annuel de la grippe. L'effet pourrait être encore plus marqué si un nombre plus grand d'Ontariens étaient vaccinés contre la grippe.

Dans sa revue annuelle du programme, pour 2008, le ministère indique que neuf Ontariens sur dix approuvent le programme gratuit de vaccination contre la grippe du gouvernement et sa campagne publicitaire bien connue. Malgré cela, moins de 50 pour cent des Ontariens ont été vaccinés par le PUVG en 2008. Le pourcentage est à peu près stable depuis cinq ans.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, la grippe cause 20 000 hospitalisations et 4 000 décès chaque année⁸ – surtout chez les personnes âgées ou celles dont la santé est fragile –, ce qui n'empêche pas les Ontariens de percevoir généralement la grippe saisonnière comme un inconvénient annuel plutôt que comme une menace sérieuse pour leur santé. Pourtant, pour les personnes qui présentent un risque élevé de contracter la grippe, cette maladie peut être mortelle. Un voisin âgé ou un ami hospitalisé, par exemple, courrait un risque inutile si on lui transmettait le virus de la grippe.

Le taux de vaccination contre la grippe chez les travailleurs et les travailleuses de la santé est encore plus préoccupant. Le taux de vaccination médian communiqué au ministère au 15 novembre 2008 était de 51 pour cent pour le personnel des hôpitaux de l'Ontario et de 77 pour cent pour le personnel des centres de soins de longue durée. Le Comité consultatif national de l'immunisation recommande

que les personnes qui présentent un risque élevé de transmettre la grippe soient vaccinées chaque année, au plus tard à la mi-novembre.

Les travailleurs et les travailleuses de la santé vaccinés sont beaucoup moins susceptibles de transmettre le virus de la grippe aux patients vulnérables dans les établissements de soins de santé ou aux résidents d'un centre de soins de longue durée. Une étude réalisée en 2008 montre que l'incidence moyenne habituelle des cas de grippe chez les résidents en soins de longue durée diminue de manière constante par rapport à l'augmentation du taux de vaccination chez les travailleurs et les travailleuses de la santé⁹. Ceux-ci ont la responsabilité d'agir quand ils le peuvent pour protéger leurs patients de la propagation des infections. La vaccination contre la grippe chez les travailleurs du secteur de la santé et des soins de longue durée est un enjeu pour la sécurité des patients.

Le PVUG est aujourd'hui encore un allié important de la santé des Ontariens et des Ontariennes. Malheureusement, le taux général de participation dans le public est décevant et celui de certains groupes de travailleurs et de travailleuses de la santé, en particulier, demeure à ce jour un problème à régler. Se faire vacciner chaque année contre la grippe est un moyen simple mais efficace pour les individus de prendre leur santé en main et de protéger celle des personnes vulnérables.

L'augmentation de la participation au PVUG est un problème que la santé publique doit attaquer sans relâche jusqu'à ce qu'elle en ait triomphé. La vaccination a été l'une des premières percées de la santé publique et elle a sauvé un nombre incalculable de vies. Des stratégies novatrices doivent être étudiées afin de concentrer l'attention sur la question et de rappeler au public ce que les générations précédentes avaient si bien compris : la vaccination est un outil puissant pour prévenir la maladie et demeurer en santé.

La vaccination ne doit pas être tenue pour acquise

Le docteur Ian Gemmill, médecin hygiéniste à Kingston et coprésident de la Coalition canadienne pour la sensibilisation et la promotion de la vaccination, aimerait observer un changement d'attitude envers les vaccins contre la grippe saisonnière.

Ian Gemmill croit que les Ontariens devraient assumer davantage leur responsabilité personnelle en veillant à se faire vacciner adéquatement, surtout s'ils sont en contact avec des personnes vulnérables. « Je suis très déçu du taux de participation des professionnels de la santé aux programmes de vaccination contre la grippe. Si les professionnels de la santé n'appuient pas ces programmes, pourquoi est-ce que les autres devraient le faire ? »

Pour le docteur Gemmill, la promotion de la vaccination devrait être accentuée et bénéficier de stratégies originales susceptibles de capter l'attention du public. « Le système de santé publique doit prendre la mesure des obstacles qui freinent la vaccination et les surmonter. »



■ Coordination et communication



Coordination et communication

Le système de soins de santé de la province réunit des acteurs de différents ordres de gouvernement, du secteur de la santé et de la communauté. Tous assument des rôles et des responsabilités variés qui, collectivement, contribuent à garder les Ontariens et les Ontariennes en santé. La Division de la santé publique du ministère et les 36 bureaux de santé locaux de la province sont d'excellents exemples d'organismes dotés de responsabilités et de mandats qui travaillent individuellement et conjointement pour soutenir, mettre en œuvre et superviser une gamme complexe d'initiatives et de programmes essentiels au fonctionnement efficace du système de santé publique.

L'équipe de la Division de la santé publique compte 175 personnes réparties dans cinq emplacements, à Toronto. Au cours des dix dernières années, on a tenté en vain de réunir le personnel de la Division de la santé publique sous un même toit. Il est important de créer pour le personnel de la Division de la santé publique un espace qui servirait de centre névralgique et depuis lequel seraient assurées une coordination, une communication et une collaboration améliorées. Notamment, cela faciliterait le travail du Centre des opérations d'urgence du ministère, qui veille à l'orientation et à la conduite des opérations du secteur des soins de santé en temps de crise. Les installations de la Division de la santé publique devraient se trouver à proximité de l'AOPPS pour favoriser la mise en place d'un centre dynamique rassemblant des capacités et des expertises en santé publique.

Il y a de nombreux partenaires provinciaux avec qui le ministère doit planifier et collaborer, y compris divers groupes du système de soins de santé qui jouent un rôle consultatif auprès du médecin hygiéniste en chef. À ceux-ci s'ajoutent leurs homologues gouvernementaux des autres provinces, appartenant eux aussi au milieu de la santé publique. À l'échelon fédéral, il y a des intervenants en santé publique au sein du gouvernement et de divers organismes avec qui l'Ontario doit unir ses efforts pour s'attaquer aux problèmes touchant plusieurs niveaux administratifs ou le pays au grand complet. Les déplacements incessants des citoyens et des produits alimentaires, dont les bactéries et les virus peuvent profiter pour franchir les frontières, exigent également de la province qu'elle s'allie à divers organismes de santé publique mondiaux.

En Ontario, il importe de reconnaître que nombre de mesures de santé publique reposent sur des partenariats entre, d'une part, le système de soins de santé étendu et, d'autre part, les médecins de famille et les équipes de santé familiale – pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, par exemple. Certains liens importants avec les hôpitaux de soins actifs et les foyers de soins de longue durée doivent également être maintenus pour qu'il soit possible de prendre les mesures nécessaires en cas d'éclosion d'infections transmises dans les établissements de soins de santé et de maladies infectieuses.

Enfin, les Ontariens et les Ontariennes sont eux aussi d'importants partenaires du système de santé publique avec qui il est essentiel de communiquer et dont la participation est capitale à la promotion de nombre d'initiatives et d'interventions, au quotidien ou quand la santé publique est menacée.

L'expérience de la crise du SRAS a grandement contribué à mettre en lumière la nécessité, pour protéger la population ontarienne des maladies infectieuses, d'une coordination et d'une communication efficaces permettant de composer avec l'assemblage complexe que constitue le système de santé publique.

Coordination et communication entre les niveaux administratifs

La maladie ignore les frontières, qu'elles soient locales, provinciales, nationales ou internationales. De nos jours, la complexité des modes de vie favorise l'apparition d'épidémies qui débordent les limites régionales, ce qui rappelle l'importance d'une coordination et d'une bonne communication pour soutenir avec efficacité la gestion des menaces pour la santé et les interventions visant à les neutraliser.

Par exemple, la crise de la listériose, en 2008, a sollicité la collaboration de près de 50 partenaires locaux, provinciaux et fédéraux, y compris celle des 36 bureaux de santé, du ministère, de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et de l'Agence de la santé publique du Canada. Quand autant d'intervenants s'occupent de tâches et de responsabilités aussi variées, la coordination et la communication ne sont pas simples. En période d'épidémie touchant plusieurs niveaux administratifs, une coordination lacunaire risque de nuire à l'efficacité et à la rapidité des processus d'enquête et de préparation des interventions. Des procédures de communications inadéquates ou floues peuvent quant à elles semer la confusion entre les intervenants mis à contribution et au sein du public, et ébranler la confiance de la population, notamment sa confiance dans le système.

L'établissement des protocoles de coordination et de communication uniformes nécessaires pour intervenir quand une épidémie complexe touche plusieurs niveaux administratifs exige la mise en place d'un dialogue fédéral, provincial et territorial approfondi. De grandes discussions pancanadiennes ont eu lieu sur le partage des données et l'importance de la collaboration au chapitre de la signalisation et de la prise en charge des maladies infectieuses. Cependant, le Canada n'a pas encore adopté une stratégie nationale de gestion des épidémies mobilisant des organismes fédéraux et assurant la coordination avec les ministères des provinces. Une telle stratégie serait un ajout substantiel qui soutiendrait les processus de gestion et d'intervention dans l'éventualité où l'Ontario aurait à lutter contre des épidémies touchant plusieurs niveaux administratifs.

Planification et préparation des mesures d'urgence

En cas de crise dans le domaine de la santé publique, une coordination et une communication efficaces sont absolument nécessaires – voilà l'une des leçons qui se sont dégagées de la crise du SRAS. L'Unité de gestion des situations d'urgence de l'Ontario (maintenant la Direction de la gestion des situations d'urgence) a été créée en 2003 dans le sillage de la crise du SRAS. En 2006, elle a été intégrée à la Division de la santé publique du ministère, où elle est sous la responsabilité directe du médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint. La Direction de la gestion des

situations d'urgence veille à la planification, à la coordination et à la communication, de manière à ce que le gouvernement et le système de santé soient prêts à intervenir en temps de crise et quand la santé publique est menacée.

Depuis sa création, la division s'est fait connaître comme un chef de file dans la prise en charge des urgences touchant à la santé. De nombreux aspects de son travail ont inspiré d'autres régions. Elle a pris en charge la préparation du secteur de la santé de l'Ontario à une éventuelle pandémie et a mis au point de nombreux plans et programmes traitant de la coordination et de l'intervention en cas de menaces et de dangers pour la santé publique, y compris :

- la création et la gestion de l'Équipe des services médicaux d'urgence, une unité mobile de 56 lits qui peut être envoyée dans les 24 heures n'importe où en Ontario, pourvu qu'un accès routier y conduisant soit praticable;
- la distribution de 15 000 trousseaux d'urgence pour les infections à des professionnels de la santé dans les collectivités;
- l'acquisition et l'entreposage des fournitures et du matériel nécessaires pour intervenir en cas d'urgence et de pandémie (y compris de l'équipement de protection, des antibiotiques et des antiviraux) à dessein d'assurer la sécurité des travailleurs et des travailleuses de la santé et de la population en cas de propagation d'une maladie infectieuse;
- l'établissement d'un processus de publication des avis de santé importants permettant de signaler au système de santé l'apparition d'une urgence.

Planification en prévision d'une épidémie de grippe

La Direction de la gestion des situations d'urgence est aussi responsable d'élaborer, d'examiner et de tenir à jour le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe, qui fournit un modèle de coordination des interventions en cas d'épidémie de grippe. Le plan de la province a été mis à l'épreuve pour la première fois lors de l'apparition du nouveau virus de la grippe de type A (H1N1), lequel a poussé l'Organisation mondiale de la Santé à déclarer l'état de pandémie en juin 2009.

Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe dresse les grandes lignes d'une stratégie complète et intégrée qui aiderait le système de soins de santé de la province à protéger la population ontarienne. Il propose une gamme d'activités, y compris :

- une surveillance communautaire accrue;
- de l'orientation pour le secteur de la santé;
- un suivi amélioré dans les bureaux de santé locaux;
- la communication avec le public.

Il importe de souligner que la force du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe réside dans l'investissement continu de ressources et d'expertise qui, au fil des ans, ont contribué à l'élaboration d'un document qui prépare la province à réagir de façon coordonnée à l'écllosion d'une épidémie de grippe ou d'une autre maladie infectieuse.

Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe est mis à jour chaque année avec l'apport et la collaboration d'un grand nombre d'experts de toutes les sphères des secteurs de la santé, du marché du travail et du gouvernement. La cinquième édition du Plan a été publiée en août 2008.

Cette édition fournit des précisions sur les systèmes de surveillance et de production de rapports qui ont pour but de surveiller les pandémies, la santé et la sécurité au travail et les mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Il s'intéresse aussi aux questions de synchronisation, d'accès et d'administration des agents antiviraux de même qu'à l'organisation et à la prestation de services de soins de santé primaires liés à la grippe. Les réserves de médicaments antiviraux de la province ont été augmentées de façon à pouvoir traiter 25 pour cent de la population de l'Ontario en cas de grave pandémie de grippe, conformément à la recommandation de l'OMS.

La vigilance et l'investissement continu dans la planification sont cruciaux si l'Ontario veut se préparer adéquatement à répondre à des crises majeures menaçant la santé. Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe propose également d'importants protocoles de communication rapide et transparente avec le public. Une population bien informée peut devenir un partenaire important dans la promotion des comportements et des mesures permettant de freiner la propagation de la maladie. Les investissements dans la coordination et la communication en matière de santé publique sont susceptibles de contribuer grandement à la protection de la santé de la communauté en temps de crise.

Système de gestion d'incidents

En 2006, l'Ontario a commencé à mettre en place un système uniforme de gestion de l'information pour assurer une réponse coordonnée aux urgences complexes à grande échelle, notamment en matière de santé. Un système de gestion de l'information (SGI) est un cadre opérationnel d'intervention en cas d'urgence. Il favorise la communication et la coopération entre les organisations et en leur sein afin de répondre aux urgences de manière cohérente. En 2007, un comité directeur provincial réunissant plus de 30 intervenants clés, dont le ministère et d'autres parties prenantes du secteur de la santé, a conçu un document d'orientation et un programme provisoire de formation. La structure du système provincial de gestion de l'information a continué à évoluer et s'est précisée davantage en 2008. Le SGI promet de renforcer la capacité de l'Ontario à intervenir de manière plus efficace en situation d'urgence telle que le SRAS.

Coordination locale

La force du milieu de la santé publique de l'Ontario réside en partie dans sa souplesse et le pouvoir que se partagent les échelons provincial et municipal. Cependant, la présence de 36 bureaux de santé et la complexité des enjeux exigent la coordination et la cohérence, particulièrement en matière de gestion des maladies infectieuses.

Deux protocoles accompagnant les Normes de santé publique de l'Ontario évoquent ce besoin de mener une action coordonnée à l'échelon local pour protéger les Ontariennes et les Ontariens

des dangers qui menacent leur santé. Le *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2008* a été modifié et rendu public au début de 2009 sous le titre *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2009*. Le nouveau protocole contient deux annexes : l'annexe A – Chapitres A à Y relatifs à chaque maladie, et l'annexe B – Définitions des cas provinciaux.

Ce protocole est le premier document jamais publié en Ontario pour fournir à tous les bureaux de santé des conseils sur la prévention et la gestion de chaque maladie à déclaration obligatoire. Le nouveau protocole de prévention et de gestion des maladies est une étape positive dans l'assurance d'une intervention cohérente pour mieux préserver la santé des résidentes et résidents de l'Ontario, où qu'ils habitent.

Par ailleurs, le *Protocole de prévention et de contrôle de la rage, 2008* a été mis à jour et rediffusé sous l'intitulé *Protocole de prévention et de contrôle de la rage, 2009*. Le nouveau protocole contient des mises à jour montrant les nouvelles attentes concernant les délais de déclaration et de prophylaxie postexposition.

Si les nouvelles normes sont indispensables pour assurer la cohérence de la prestation des services à l'échelon local, il est tout aussi important de veiller à ce que les bureaux de santé aient des ressources et une expertise suffisantes pour satisfaire aux attentes établies. Il existe un besoin continu de développer l'expertise des bureaux de santé et de veiller à ce qu'ils soient en mesure de fournir adéquatement un ensemble minimum de services essentiels. Pour ce faire, il leur faudra éventuellement un complément de ressources humaines possédant l'expertise appropriée ainsi qu'un soutien technique.

Dans le cadre de son engagement envers le renouvellement de la santé publique, le ministère a diffusé en août 2009 le *Rapport initial sur la santé publique*, qui examine les capacités des bureaux de santé à assurer la prestation des programmes et services de santé publique. C'est la première étape vers l'élaboration, par le ministère, d'un système de gestion du rendement afin d'assurer la responsabilité et la pérennité de la santé publique. Il est important de mettre ce processus de l'avant afin que la population de l'Ontario puisse compter sur un niveau adéquat de services de santé publique, où qu'ils habitent dans la province.

Les postes à pourvoir dans les bureaux de santé demeurent aussi une préoccupation de tous les instants, particulièrement les postes de direction comme ceux de médecin hygiéniste et de médecin hygiéniste adjoint (voir annexes C et D). Dans le *Rapport annuel de 2007 du médecin hygiéniste en chef*, il a été dit que près du tiers des 36 bureaux de santé de l'Ontario n'avaient pas de médecin hygiéniste permanent. En date du 1^{er} septembre 2009, cette situation demeurait pratiquement inchangée. L'incapacité à offrir un salaire concurrentiel aux médecins hygiénistes et aux médecins hygiénistes adjoints est l'une des raisons pour lesquelles les postes restent longtemps sans titulaires dans certains bureaux de santé.

En septembre 2008, le gouvernement provincial a conclu avec l'Ontario Medical Association (OMA) un accord préliminaire qui prévoyait un salaire plus concurrentiel pour les postes de médecin hygiéniste et de médecin hygiéniste adjoint. On espère que cet accord fera une différence tangible. Cependant, compte tenu de disparités économiques entre diverses régions de la province, il serait souhaitable que le gouvernement finance directement les salaires des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints dans tous les bureaux de santé. On ne devrait pas laisser les différences économiques régionales se répercuter de manière défavorable sur la direction et les services locaux de santé publique offerts aux résidentes et résidents de l'Ontario.

Communication au public

Il est important de maintenir la confiance du public dans le système de santé. L'accès immédiat à l'information sur les initiatives utiles au sein du système de santé contribue à maintenir cette confiance.

En 2008, le ministère a pris les grands moyens pour permettre au public d'accéder par le biais d'Internet aux données sur les questions touchant la sécurité des patients dans les hôpitaux de l'Ontario. Depuis septembre 2008, les hôpitaux sont tenus de signaler l'incidence des maladies associées au *Clostridium difficile* sur un site Web consacré à la sécurité des patients (www.health.gov.on.ca/patient_safety). Le public, les professionnels de la santé et les médias peuvent tous accéder aux données communiquées de manière standard par les hôpitaux.

Dès avril 2009, les hôpitaux de l'Ontario ont dû commencer à communiquer les données utiles sur huit indicateurs de sécurité des patients (voir annexe B), notamment les infections de plaies opératoires, la pneumonie associée à la ventilation, les infections liées aux cathéters veineux centraux et l'observation des règles d'hygiène des mains. Le ministère a travaillé en partenariat avec les hôpitaux de l'Ontario au développement d'une culture de la sécurité des patients par le biais de laquelle l'information sur le risque d'infection et la propagation des infections sont directement communiqués non seulement aux partenaires du système de santé mais aussi au public. La santé publique est confortée par un sens du partenariat que partagent notamment les membres du public, qui ont tout intérêt à ce que le système soit en mesure de prévenir et de circonscrire la propagation de la maladie.

■ Conclusion





Conclusion

L'année 2008 a marqué un anniversaire important dans le système de santé publique de l'Ontario. Cinq années se sont écoulées depuis que le SRAS a secoué la province et son système de santé à un point qui les a contraints à se pencher sérieusement sur le piteux état de la santé publique.

Depuis, le paysage de la santé publique en Ontario a subi une transformation spectaculaire. Avant le SRAS, il n'y avait pas d'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, pas de réseaux régionaux de contrôle des infections, aucune attention particulière à la surveillance assistée par l'information et la technologie informatique, pas de Direction de la gestion des situations d'urgence chargée d'élaborer un plan en cas de pandémie, ni non plus de stock provincial d'équipement de protection pour les travailleurs de la santé. Les laboratoires de santé publique provinciaux étaient désuets et, dans la plupart des milieux de soins, l'hygiène n'était pas au coeur des préoccupations. Enfin, il y avait peu d'interaction entre la santé publique et le secteur des soins actifs.

La période qui a suivi le SRAS a élargi le rôle du médecin hygiéniste en chef. En effet, celui-ci est monté au créneau pour protéger la population ontarienne et défendre ses droits. Par l'entremise de services comme ceux de l'AOPPS, du CCPMI et de professionnels en prévention des infections dans les hôpitaux et les bureaux de santé, un réseau de spécialistes a été constitué. Le ministère et le médecin hygiéniste en chef peuvent effectivement consulter et employer ces experts pour éliminer ce qui menace la santé publique et protéger la population de l'Ontario.

Cependant, l'écllosion de listériose a démontré que le système a besoin d'une cohésion plus grande encore. Cette écllosion qui a franchi les régions administratives est la preuve qu'une meilleure coordination est nécessaire au sein du système provincial et qu'il nous faut un système pancanadien intégré.

Elle a également fait ressortir le besoin de maintenir les investissements pour continuer à développer l'expertise et à renforcer davantage les outils de surveillance, les capacités et autres ressources afin de mieux contrer les dangers complexes qui guettent l'avenir de la santé. Les cinq dernières années ont porté à un niveau supérieur les attentes auxquelles devront satisfaire le gouvernement et la population ontarienne en matière de santé publique. Plus la demande est grande, plus l'effort à fournir s'intensifie.

La santé publique exige un effort collectif – la coopération et la communication entre les pays; la concertation des divers ordres de gouvernement; la collaboration, la coordination et la mise en réseau d'un vaste éventail de spécialistes et d'organismes de soins de santé aux échelons provincial et local.

De nombreux acteurs jouent un rôle dans la santé publique, notamment les particuliers. Par exemple, un programme d'immunisation ne peut réussir sans que des personnes soient motivées à prendre les mesures nécessaires pour être immunisées. Pour que les politiques et les stratégies de santé publique soient efficaces, il faut que le public y croie. Aussi les membres de la collectivité doivent-ils s'engager par une communication et une éducation de qualité à devenir de véritables partenaires dans la démarche visant à consolider la protection de la sécurité publique.

Le SRAS a contraint le système de santé publique à évaluer ses ressources. Cinq ans après, la province doit rester vigilante et résolue à appuyer l'amélioration continue de la capacité du système à combattre et à prévenir la propagation des maladies infectieuses. Elle ne saurait guère revenir à l'état de complaisance qui l'a prise au dépourvu en 2003. La menace des maladies infectieuses est toujours présente et la santé publique, avec les parties prenantes, demeure le meilleur moyen de défense.

Recommandations

- Le projet Panorama – volet du système canadien de surveillance et de gestion des maladies transmissibles – offrira des capacités considérablement améliorées de surveillance, de suivi et de résolution des écloisions potentielles de maladies infectieuses. Le gouvernement provincial devrait accélérer la mise en œuvre des éléments suivants du projet Panorama :
 - la gestion des maladies transmissibles et des écloisions;
 - le registre et la gestion des immunisations;
 - les commandes de vaccins et leur distribution.
- La Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait avoir ses bureaux sous un même toit. Des mesures devraient être prises pour rassembler le personnel actuellement réparti dans cinq établissements et favoriser une meilleure interaction ainsi qu'une meilleure coordination des travaux importants de la Division. Celle-ci devrait être située à proximité de l'AOPPS pour favoriser la création d'un carrefour dynamique pour les activités liées à la santé publique.
- L'AOPPS devrait faire le nécessaire pour installer le Laboratoire central de santé publique dans ses locaux. Elle doit continuer à travailler pour instaurer un système d'information complètement intégré qui fournira des analyses et des rapports en temps opportun aux partenaires de la santé publique compétents, en permanence et en période d'écloision. Le gouvernement provincial doit également veiller à ce que la première agence de santé publique indépendante de l'Ontario soit suffisamment outillée pour réaliser pleinement son potentiel.
- Les ressources du bureau du médecin hygiéniste en chef devraient être examinées et évaluées en fonction du rôle et du mandat élargis du médecin hygiéniste en chef.
- Le gouvernement provincial doit veiller à ce que les bureaux de santé aient des ressources humaines suffisantes et les autres soutiens nécessaires pour assurer l'uniformité dans la prestation des programmes et des services à tous les résidents de l'Ontario, où qu'ils habitent.
- Le gouvernement fédéral devrait concevoir et déployer une stratégie nationale de gestion des écloisions pour favoriser la mise en place de protocoles cohérents de coordination et de communication en réponse aux situations complexes dans diverses régions administratives, comme l'écloision de listériose de l'été 2008.

Annexe A

Références

1. MOORE, Kieran M., Bronwen L. EDGAR et Donald MCGUINNESS. 2008.
«Implementation of an Automated, Real-time Public Health Surveillance System»,
Canadian Journal of Emergency Medicine, vol. 10, n° 2, p. 114-119.
2. Ibid.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse en bref*. Octobre 2008.
«La sécurité des patients dans les hôpitaux de soins actifs de l'Ontario:
Un regard sur les mesures de prévention des infections nosocomiales 2008».
4. Ibid.
5. Ibid.
6. KWONG, J.C., T.A. STUKEL, J. LIM, A.J. MCGEER, R.E.G. UPSHUR, et coll. 2008.
«The Effect of Universal Influenza Immunization on Mortality and Health Care Use»,
PloS Medicine, vol. 5, n° 10, p. e211, doi:10.1371/journal.pmed.0050211.
7. Ibid.
8. Site Web de l'Agence de la santé publique du Canada:
<http://www.phac-aspc.gc.ca/im/iif-vcg/index-fra.php>.
9. VAN DEN DOOL, C., M.J.M. BONTEN, E. HAK., J.C.M. HELJNE et J. WALLINGA. 2008.
«The Effects of Influenza Vaccination of Health Care Workers in Nursing Homes: Insights
from a Mathematical Model», *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 10, p. e200, doi:10.1371/journal.
pmed0050200.
10. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7.

Annexe B

Indicateurs de la sécurité des patients

Tous les hôpitaux de l'Ontario doivent communiquer les renseignements utiles sur huit indicateurs de la sécurité des patients. Ces renseignements sont accessibles sur le site Web du ministère : www.health.gov.on.ca/securitedespatients/index.html

Communication obligatoire depuis septembre 2008

Maladies associées à Clostridium difficile (MACD)

C. difficile est une bactérie qui cause des diarrhées infectieuses et peut se propager en milieu de soins de santé.

Communication obligatoire depuis décembre 2008

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)

Le SARM est une bactérie qui cause des infections et peut se propager en milieu de soins de santé.

Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

L'ERV est une bactérie qui cause des infections difficiles à traiter et peut se propager en milieu de soins de santé.

Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)

Communication obligatoire depuis avril 2009

Infections liées aux cathéters veineux centraux (bactériémies primaires)

Pneumonie liée à la ventilation

Infections de plaies opératoires

Observation des règles d'hygiène des mains

Source : site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Annexe C

Bureaux de santé de l'Ontario avec postes de médecin hygiéniste à pourvoir et occupés par des médecins hygiénistes intérimaires en date du 1^{er} septembre 2009

Bureau de santé de Chatham-Kent

Bureau de santé d'Elgin-St. Thomas

Bureau de santé de Haldimand-Norfolk

Bureau de santé de Lambton

Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound

Bureau de santé du Nord-Ouest

Bureau de santé et services d'urgence du comté d'Oxford

Bureau de santé du district de Perth

Bureau de santé de Porcupine

Bureau de santé du district de Thunder Bay

Bureau de santé de Timiskaming

Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph

Total = 12

Annexe D

Bureaux de santé de l'Ontario avec postes de médecin hygiéniste adjoint* à pourvoir en date du 1^{er} septembre 2009

Bureau de santé de la région de Durham

Bureau de santé de la cité de Hamilton

Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington

Bureau de santé de la cité d'Ottawa

Bureau de santé de la région de Peel

Bureau de santé de Sudbury et du district

Bureau de santé du comté de Windsor-Essex

Total = 7 bureaux de santé avec postes de médecin hygiéniste adjoint à pourvoir**

* *En vertu de l'alinéa 62 (1) b) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé peut désigner un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.*

** *Nota : les postes vacants peuvent comprendre moins ou plus d'un poste ETP par bureau de santé et n'incluent pas les postes occupés par des médecins qualifiés qui sont dans l'attente d'une nomination par un conseil de santé et de son approbation par le ministère.*

