

***Appendice : Vérification des  
accords de contribution du  
programme de mise en force  
des lois fédérales antitabac***

*Préparé pour le :*

Bureau de contrôle du tabac  
Santé Canada

*Préparé par :*

Goss Gilroy Inc.  
Management Consultants  
150, rue Metcalfe, suite 900  
Ottawa (Ontario)  
K2P 1P1  
(613) 230-5577

Le 15 octobre 1997

# Table des matières

<b>Évaluation sommaire</b> .....	<b>i</b>
<b>1.0 Introduction</b> .....	<b>1</b>
1.1 Introduction .....	1
1.2 Portée .....	1
<b>2.0 Méthode et questions de vérification</b> .....	<b>2</b>
<b>3.0 Constatations du vérificateur</b> .....	<b>7</b>
3.1 Question 1 : Rôles et responsabilités .....	7
3.2 Question 2 : Structures de responsabilité et contrôles de gestion .....	10
3.3 Question 3 : À-propos des activités financées en vertu de l'accord .....	18
3.4 Question 4 : Assurance de l'à-propos des procédures et des contrôles opérationnels .....	23
3.5 Question 5 : Modalités des accords de contribution .....	35
<b>Annexe A : Liste des personnes interrogées</b>	

## Évaluation sommaire

Nous avons effectué une vérification de six accords de contribution se rattachant au programme d'application des lois fédérales antitabac. Cette vérification, qui s'est déroulée en février 1997, avait pour objectifs :

- d'évaluer la gestion et l'utilisation des ressources fournies aux provinces en vertu des accords de contribution pour l'application des lois fédérales antitabac et d'en rendre compte;
- d'évaluer la gestion des activités financées et d'en rendre compte;
- de recommander des améliorations là où des lacunes seraient décelées.

La vérification a porté sur les six provinces ayant conclu des accords de contribution avec le gouvernement fédéral (Terre-Neuve et le Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Colombie-Britannique). Nous nous sommes rendus dans chacune de ces provinces durant l'évaluation.

Nous avons vérifié les principaux points suivants :

- rôles et responsabilités;
- structures de responsabilité et contrôles de la gestion du programme;
- à-propos des activités financées en vertu de l'accord, selon le secteur géographique et la densité de population;
- vérification de l'à-propos des procédures et des contrôles opérationnels;
- respect des modalités de l'accord.

Nos principales constatations et observations sont énoncées ci-après.

### ***Rôles et responsabilités***

Selon l'équipe de vérification, les rôles et les responsabilités sont définis et sont bien compris dans chacune des provinces liées par un accord de contribution.

En Colombie-Britannique et en Ontario, on définit par correspondance et au moyen de notes de service la répartition des rôles et des responsabilités entre les ministères de la Santé et les services et départements de santé. Aucun protocole d'entente global n'a été conclu entre les ministères de la Santé

et les services de santé de chaque province. Les ententes actuelles ont engendré une situation qui fait qu'en Colombie-Britannique ou en Ontario, personne ne peut être tenu entièrement responsable du programme d'application. Le ministère de la Santé verse des sommes aux services provinciaux de la santé, mais il ne détient que des pouvoirs limités pour ce qui est de s'assurer qu'ils appliquent le programme. Pour cette raison, les niveaux d'activités d'application de la loi diffèrent selon les services.

### ***À-propos de la formation***

Toutes les provinces liées par un accord de contribution, à l'exception de Terre-Neuve et du Labrador, ont dispensé une quelconque formation à leurs inspecteurs des produits du tabac. Comme il n'existe aucune norme nationale en la matière, il nous a cependant été impossible de déterminer si cette formation est toujours adéquate. Parmi les lacunes décelées à ce chapitre, mentionnons l'insuffisance de la formation sur les techniques de surveillance en Ontario et sur les mécanismes d'action en justice et de poursuite judiciaire dans certaines provinces. Dans celles qui ont recours à des inspecteurs-hygiénistes, les titulaires reçoivent une formation de base dans le cadre de leurs programmes universitaires. Dans d'autres provinces, les inspecteurs possèdent en général de l'expérience en application de la loi, ce qui leur donne une bonne connaissance du domaine. Dans l'ensemble, les provinces ont de la difficulté à tenir leurs inspecteurs au courant des nouvelles questions qui touchent le programme d'application et à les tenir au fait des nouvelles techniques nécessaires pour en assurer le respect.

### ***Procédures d'organisation, de gestion, de direction et de contrôle***

Bien que nous ayons constaté l'existence de procédures dans chacune des provinces, on n'y retrouve aucune norme relative à la densité d'inspection, ou aux vérifications de conformité, en termes de couverture annuelle de détaillants. Il n'existe donc aucun fondement réel pour planifier de façon cohérente le travail. La situation se complique davantage du fait que l'inventaire des populations de détaillants n'est pas complet ou précis dans toutes les provinces et que dans la majorité d'entre elles, les systèmes d'information de gestion qui servent à compiler les résultats des vérifications de conformité ne fonctionnent la plupart du temps pas correctement.

Dans la plupart des provinces, nous avons constaté qu'il existe certaines procédures pour guider l'application du programme. En Colombie-Britannique, ces procédures font actuellement l'objet d'une révision. Au Nouveau-Brunswick, on a élaboré des procédures entourant les vérifications de conformité, mais on n'a pas obtenu l'approbation d'effectuer lesdites vérifications.

Il n'existe aucune norme stipulant la densité d'inspection et prévoyant la réalisation de vérifications annuelles de conformité pour guider la planification du travail. Par conséquent, cette planification a tendance à se faire principalement en fonction des ressources disponibles. Nous avons constaté qu'elle varie selon l'approche adoptée vis-à-vis du programme d'application. Dans certains cas, le processus de planification du travail est informel et repose sur des facteurs à court terme, comme les plaintes, la disponibilité des inspecteurs, etc. Ce mode de planification informelle est satisfaisant dans la mesure où l'organisme d'inspection tient un bon inventaire de la population des détaillants et de la chronologie des inspections et des vérifications de conformité et veille à la densité adéquate de ses activités.

### ***Information nécessaire pour gérer le programme d'application***

Pour bien gérer le programme d'application, les provinces doivent disposer d'information appropriée. D'abord, elles doivent posséder un inventaire à jour des détaillants qui puisse servir de point de départ à leurs activités d'application. En second lieu, elles doivent posséder une base de données sur tous les détaillants qui renferme de l'information sur le déroulement des activités d'inspection, des vérifications de conformité et, en dernier lieu, des tentatives d'achat. Cette base de données, en plus des normes d'inspection et de vérification de conformité, s'avère essentielle pour planifier efficacement les activités du programme d'application.

On peut tirer des statistiques sur la conformité d'un certain nombre de sources.

- Toutes les activités d'inspection et de vérification de conformité sont en général analysées et on peut en résumer annuellement les résultats afin de déterminer le pourcentage de détaillants qui se conforment à la loi. Ces statistiques ne sont toutefois représentatives que des détaillants ayant été soumis à une inspection ou à une vérification de conformité au cours d'une année donnée, et pas nécessairement de l'ensemble de la population des détaillants.
- Les enquêtes Nielsen réalisées chaque année fournissent une estimation des taux de conformité à l'échelle provinciale et nationale. Compte tenu de la méthodologie de ces enquêtes, leurs résultats ne sont pas précis au niveau des comtés ou des services de santé. Ils peuvent en outre varier selon le mineur qui procède à la vérification de conformité. Par conséquent, nous avons relevé d'importants écarts entre les résultats de l'enquête Nielsen et ceux des enquêtes locales.
- On a réalisé dans certaines régions des enquêtes locales de conformité similaires à l'enquête Nielsen mais représentatives au niveau des services de santé ou des comtés.

Il ressort de notre examen que l'enquête Nielsen est le moyen le plus fidèle de mesurer la conformité à la loi. Seules certaines provinces réalisent au niveau des services de santé ou des comtés des enquêtes de conformité détaillées (l'Ontario a par exemple enquêté auprès de douze services de santé). En général, les provinces liées par un accord de contribution compilent des statistiques de conformité sur les inspections et les vérifications de conformité effectuées chaque année. Ces statistiques ne sont cependant pas jugées représentatives de l'ensemble de la population, puisque les vérifications de conformité ne sont pas conçues à la façon d'enquêtes aléatoires auprès de la population des détaillants.

Les principales lacunes que nous avons relevées sont les suivantes :

- la plupart des provinces négligent de compiler une base de données précises et détaillées sur les détaillants (bien qu'elles remédient actuellement à cela);
- il manque un système d'information de gestion et des bases de données bien conçues qui permettent de suivre le rendement des détaillants lors des vérifications de conformité et qui puissent servir de fondement à la planification à venir. Les systèmes en place sont extrêmement variés; ils vont de bases de données informatisées bien conçues à des listes et des rapports manuels des détaillants et des résultats des inspections et vérifications de conformité.

Nous avons conclu que l'information que tiennent les provinces sur la conformité présente un certain nombre de lacunes, que voici.

- De façon générale, rien ne garantit que chaque province possède une liste précise et à jour des détaillants de produits du tabac. (La plupart remédient actuellement à cette lacune en améliorant leur liste). La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick possèdent des listes détaillées, étant donné que leurs détaillants de produits du tabac sont titulaires d'une licence. L'Ontario et la Colombie-Britannique s'emploient toujours à dresser une liste complète de leurs détaillants. (L'Ontario demande aux fabricants et aux distributeurs de fournir une liste de leurs clients.) Terre-Neuve et le Labrador ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard possèdent des listes (établies à partir d'une base de données des détaillants en alimentation), mais elles peuvent comporter des lacunes.
- L'examen a révélé l'existence de systèmes adéquats de production de rapports manuels sur les détaillants qui font l'objet d'une inspection et de tenue de dossiers sur ceux qui ne se conforment pas à la loi.

- Dans la plupart des cas, le suivi des cas de non-conformité se fait manuellement. Bien que cela puisse être satisfaisant à des fins opérationnelles, cela s'avère inadéquat à des fins d'analyse et de planification du travail, par exemple, particulièrement là où on compte de grandes quantités de détaillants.
- Il est impossible de déterminer le niveau de densité des vérifications de conformité et des inspections des populations de détaillants. Par conséquent, nous ne pouvons savoir avec certitude si tous ont fait l'objet d'une inspection ou d'une vérification de conformité ou vérifier la fréquence à laquelle des vérifications sont effectuées.

### ***Surveillance régionale des accords par Santé Canada***

Les bureaux régionaux de Santé Canada surveillent le respect des accords de contribution et des conditions qui s'y rattachent par les provinces. Ils ne contrôlent cependant pas l'efficacité de la gestion du programme à l'échelle provinciale.

### ***À-propos des activités financées en vertu de l'accord***

Étant donné que les dispositions entourant l'application du programme varient selon les provinces, il est difficile de tirer des conclusions générales sur la rentabilité des différentes approches. En outre, il faudrait définir les résultats obtenus en termes de taux stables de conformité pour pouvoir évaluer cette rentabilité. Selon les membres de l'équipe de vérification, les provinces dotées d'organisations centralisées sont généralement plus rentables, puisqu'un ou deux inspecteurs peuvent habituellement s'occuper de toute la province. Cela évite la nécessité de mettre en place des régimes de gestion dans chaque service de santé et d'élaborer des procédures et des logiciels pour gérer les programmes. Malheureusement, dans certaines provinces comme Terre-Neuve et le Labrador, la Colombie-Britannique et l'Ontario, cela s'avère impossible en raison des distances géographiques et de la taille de la population qu'il faut couvrir. Par conséquent, la principale préoccupation tient au fait que l'Ontario et la Colombie-Britannique négligent de mettre en place des systèmes d'information adéquats pour gérer le programme d'application.

L'équipe de vérification est d'avis que les provinces qui utilisent des procédures de vérification de conformité et un processus en deux séries plutôt qu'en trois possèdent un programme plus rentable que celles qui utilisent des approches différentes.

### ***Assurance du fait que les activités sont bien ciblées***

Nous en sommes arrivés à la conclusion que l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et le Labrador et la Nouvelle-Écosse ont assuré une bonne couverture géographique régionale. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont plus de difficulté à le faire compte tenu de la nature décentralisée du programme. Pratiquement toutes les provinces s'efforcent de soumettre l'ensemble de leurs détaillants à des vérifications de conformité pour ensuite déterminer la population cible des vérifications à partir des résultats de la première série. Là où on établit des priorités pour la première série de vérifications, elles reposent sur la proximité des écoles des détaillants ou sur l'importance de leur clientèle de jeunes.

### ***Assurance du fait que les procédures et les contrôles opérationnels sont satisfaisants***

Cinq des six provinces ont communiqué des procédures à suivre à leurs inspecteurs. Ces procédures varient selon la province, chacune les ayant adaptées à ses besoins. Il semble qu'en Ontario et en Colombie-Britannique, les procédures en vigueur au niveau des services de santé ne soient pas adéquates compte tenu du roulement élevé des inspections et de la capacité souvent restreinte d'appliquer les lois antitabac. Les seules conséquences négatives se sont produites en Ontario, où les services de santé ont eu certaines difficultés à interpréter la façon d'assurer la surveillance, de même que dans les provinces qui entreprennent actuellement des poursuites. De façon générale, il existe des procédures bien définies entourant les vérifications de conformité (de Santé Canada ou des gouvernements provinciaux).

### ***Diffusion d'information aux détaillants***

La vérification a révélé que toutes les provinces liées par un accord de contribution ont distribué de la documentation aux détaillants et ont ensuite chargé des inspecteurs d'effectuer des visites de suivi à des fins d'information. De façon générale, tous les détaillants ont reçu des trousseaux d'information. Il y a d'abord eu un envoi postal du gouvernement fédéral, en plus de quoi certaines provinces ont conçu et distribué leurs propres documents.

### ***Documentation des visites d'inspection***

Toutes les provinces ont mis en place des procédures pour documenter les visites d'inspection. Ces procédures vont de formulaires de rapport individuel comme le Rapport d'activité Tabac (TARF) à des comptes rendus informatisés des visites. À notre avis, les bases de données informatisées facilitent le suivi des inspections effectuées chez les divers détaillants et des infractions relevées. Il n'existe



actuellement aucune norme nationale. Chacun des services examinés semble posséder un minimum satisfaisant de documentation.

### ***Procédures de contrôle de surveillance***

Les procédures de surveillance en place dans chacune des provinces sont assez informelles. En Ontario et en Colombie-Britannique, en raison de la décentralisation, les ministères provinciaux de la Santé ne jouent pas un grand rôle dans la façon dont chacun des services de santé gère le programme d'application. La qualité d'exécution du programme peut donc varier considérablement d'un service de santé à l'autre dans ces deux provinces.

### ***Enregistrement et compte rendu des activités d'inspection***

Chaque province possède un système de consignation des activités d'inspection et de vérification de la conformité. Ces systèmes, le plus souvent manuels, varient d'une province à l'autre. Celui de l'Ontario, le CISS, sert à effectuer le dénombrement des activités. Quelques services de santé de la Colombie-Britannique ont conçu des bases de données leur permettant de retracer les détaillants et de produire des rapports et des analyses des cas de non-conformité. La plupart du temps, les systèmes de suivi de la conformité à la loi des détaillants sont inadéquats.

### ***Traitement des plaintes***

Toutes les provinces possèdent des systèmes de suivi des plaintes. Il arrive toutefois souvent que ces systèmes ne soient pas tout à fait au point.

### ***Procédures de suivi des cas de non-conformité***

Les procédures de suivi des cas de non-conformité varient d'une province à l'autre. Dans la plupart, les détaillants qui ne se conforment pas à la loi sont soumis à une ou deux vérifications supplémentaires de conformité. Lorsqu'on procède à une vérification supplémentaire et que celle-ci révèle que le détaillant ne se conforme toujours pas à la loi, on lui remet habituellement une contravention. Lorsqu'il est nécessaire d'entreprendre une poursuite, il arrive que l'on effectue deux autres vérifications (conformément aux lignes directrices du gouvernement fédéral). En Ontario, on a eu recours jusqu'ici à la surveillance aussi bien qu'aux vérifications de conformité pour assurer le respect de la loi. Lorsque l'on fait appel à la surveillance, les contraventions sont habituellement remises immédiatement.

Nous avons conclu qu'il n'existe aucune approche uniforme permettant aux provinces liées par un accord de contribution d'assurer le suivi des cas de non-conformité. Bien que les procédures de Santé Canada recommandent la réalisation de deux séries de vérifications de conformité, suivies de tentatives d'achat, les provinces (et, dans certains cas, les services de santé) ont utilisé un certain nombre d'approches :

- inspections et règlement des plaintes seulement;
- utilisation de techniques de surveillance pour réagir aux cas de non-conformité;
- deux séries de vérifications de conformité suivies d'une tentative d'achat (approche recommandée);
- une seule série de vérifications de conformité suivie d'une tentative d'achat.

#### ***Mesure du respect des modalités de l'accord***

Notre conclusion générale est que chacune des provinces a respecté ses obligations en vertu de l'accord de contribution. À l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve et au Labrador, les unités de travail déclarées sont transparentes et identifiables. En Colombie-Britannique et en Ontario, elles sont crédibles mais étant donné que ces provinces ont eu de la difficulté à recueillir des données appropriées sur l'activité d'application, nous n'avons pu vérifier l'exactitude de leurs déclarations. Il ressort d'un examen de l'ensemble des rapports d'activité que la plupart des provinces ont en fait dépassé les objectifs des accords de contribution.

Nous avons en outre constaté qu'en Colombie-Britannique et en Ontario, les unités de travail déclarées se sont limitées à un petit nombre de services de santé. C'est donc dire que certains services et départements de santé de la Colombie-Britannique ont été surperformants alors que d'autres ont sous-performé. L'accord ne spécifie pas que les provinces doivent assurer une répartition adéquate du financement. Nous avons toutefois relevé que les accords de contribution des deux provinces stipulent que le programme d'application doit porter une attention particulière à « *une activité d'application de la loi équilibrée entre les régions sanitaires de la province* ».

En conclusion, nous avons constaté que toutes les provinces liées par un accord de contribution en respectent les modalités. La facturation de Santé Canada repose en général sur les dénombrements d'activités, qui sont convertis en unités de travail comme l'exigent les accords. À

l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et au Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les unités de travail sont transparentes et les activités réalisées sont visibles. En Colombie-Britannique et en Ontario, les activités sont menées à bien au niveau des services et des départements de santé, qui transmettent des rapports à un coordonnateur de l'application du programme du ministère de la Santé de la province. Les rapports et les documents disponibles au bureau du Ministère n'étaient pas suffisants pour que nous puissions vérifier la validité des activités et des unités de travail déclarées. Nous nous devons de souligner que les deux provinces semblent avoir en fait dépassé les engagements pris en vertu de l'accord, mais il nous est impossible de vérifier les chiffres exacts.

### *Lacunes décelées dans les accords*

Nous avons relevé dans les accords un certain nombre de lacunes qui pourraient à notre avis être éliminées ultérieurement.

1. Nous avons remarqué que les accords de contribution reposent sur la mesure des activités plutôt que sur celle du rendement en ce qui a trait à l'efficacité de la mise en application (p. ex., densité d'inspection, taux de conformité obtenus, etc.). Sans indicateurs de densité, il n'existe aucun moyen d'établir la corrélation entre les activités des provinces et les normes établies en la matière.
2. Les accords n'incluent pas de normes de densité pour les principales activités du programme d'application. À notre avis, le financement des activités devrait se faire en fonction de la fréquence annuelle par détaillant. Les détails de la norme pourraient être négociés avec chaque province, mais nous recommandons l'imposition d'une norme nationale étant donné qu'il s'agit du maintien et de l'application de lois fédérales par les provinces visées par les accords.
3. Les accords de contribution n'exigent pas que le gouvernement fédéral ou ceux des provinces assurent la viabilité du programme, bien qu'un grand nombre semblent d'avis que si les activités d'application diminuent, les taux de conformité chuteront assez rapidement. Nous recommandons que les futurs accords renferment une disposition exigeant que la province assure la viabilité du programme advenant qu'il ne soit plus financé par le gouvernement fédéral.
4. Les accords de contribution n'exigent pas que les provinces contrôlent et évaluent l'efficacité du programme d'après les achats de produits du tabac et le nombre de fumeurs chez les

jeunes. C'est donc dire que l'on se fie à l'activité d'application à elle seule pour réduire (présumément) les achats de produits du tabac et l'usage de la cigarette chez les jeunes, sans prévoir d'évaluation du résultat souhaité, en termes par exemple de réduction de l'accès à ces produits et de diminution du nombre de jeunes fumeurs. Un futur accord devrait exiger le contrôle constant d'indicateurs des incidences à long terme, comme l'accès aux produits du tabac par les jeunes et les taux d'usage du tabac chez les jeunes. Cela permettrait d'ajuster le programme d'application si l'on n'obtenait pas les résultats souhaités.

5. On reconnaît dans les documents publiés sur la question que pour réduire l'accès des jeunes aux produits du tabac et leur usage du tabac, il est nécessaire d'appliquer la loi, d'informer et d'éduquer, de sensibiliser la collectivité et d'obtenir du soutien. Les accords de contribution ne touchent que l'aspect conformité et ne nécessitent de la part des provinces l'adoption d'aucune approche globale. Il y aurait lieu de coordonner les futurs accords avec d'autres activités de la Stratégie de réduction de la demande de tabac afin de leur donner le plus d'impact possible.
6. Rien ne garantit que les activités déclarées en Colombie-Britannique et en Ontario sont tout à fait précises.
  - Bien que tous les services et départements de santé aient produit des rapports, leur degré de précision varie et il est difficile, voire impossible, de les vérifier avec précision; les niveaux d'activité semblent toutefois raisonnables et il est évident qu'une activité se déroule.
  - Les rapports ont été produits conformément à l'accord.
  - L'enregistrement et la facturation des dépenses sont conformes aux modalités de l'accord.

Dans les futurs accords, on devrait exiger que les administrations provinciales de la santé veillent à mettre en place des systèmes satisfaisants pour retracer les activités d'application de la loi menées à bien en conformité des accords.

# 1.0 Introduction

## 1.1 Introduction

Les objectifs du volet vérification de la présente étude consistaient :

- à évaluer la gestion et l'utilisation des ressources fournies aux provinces en vertu des accords de contribution pour l'application des lois fédérales antitabac et d'en rendre compte;
- d'évaluer la gestion des activités financées et d'en rendre compte;
- de recommander des améliorations là où des lacunes seraient décelées.

## 1.2 Portée

La portée de la vérification s'est limitée à évaluer la mise en oeuvre des accords fédéraux-provinciaux dans les six provinces qui les ont déjà signés.

Le volet vérification de l'étude visait plus précisément ce qui suit.

- si le personnel des bureaux régionaux de Santé Canada et des ministères provinciaux de la Santé comprend bien les rôles et responsabilités des provinces et les tâches qu'elles doivent accomplir avec les ressources qui leur sont affectées;
- si une bonne relation de travail s'est établie entre les parties visées par l'accord.
- Déterminer la mesure dans laquelle les conditions des six accords ont été respectées.
- Déterminer si l'exécution des accords présente des lacunes et si des mécanismes sont en place pour combler ces lacunes.
- Vérifier l'à-propos des activités financées par chaque territoire provincial en termes de secteur géographique et de densité de population.

- Déterminer les ressources affectées en vertu de l'accord fédéral-provincial et la façon dont les sommes ont réellement été dépensées.
- S'assurer que les provinces ont mis en place des structures de responsabilité et des contrôles de la gestion du programme afin d'évaluer l'efficacité des diverses activités d'application et de rediriger les efforts en conséquence, de même qu'évaluer l'incidence de ces mécanismes de contrôle.
- S'assurer que les provinces ont mis en place des structures de responsabilité et des mécanismes de contrôle financier pour surveiller les dépenses effectuées dans le cadre des accords et pour s'assurer qu'elles sont liées à des activités légitimes.

## 2.0 Méthode et questions de vérification

La vérification a porté sur les provinces liées par un accord de contribution.

Nous avons examiné les systèmes mis en place dans ces provinces pour gérer et contrôler l'application du programme et pour en rendre compte. Cet examen a entre autres porté sur les points suivants :

- la planification et la gestion des activités d'application dans chacune des provinces visées par un accord de contribution;
- la planification, la gestion et le contrôle de toutes les sommes consacrées à des activités de contrôle des lois anti-tabac, y compris des documents à l'appui des dépenses effectuées en vertu de l'accord.

Nous avons examiné la clarté des rôles et des fonctions de chacune des parties à l'accord.

Le programme de vérification a nécessité des visites dans les six provinces où un accord de contribution est en vigueur (Terre-Neuve et le Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et la Colombie-Britannique).

Les activités de vérification proprement dites ont varié d'une province à l'autre (selon la structure organisationnelle de contrôle du tabac et le secteur d'application). En Colombie-Britannique et en Ontario, nous avons visité un échantillon de trois services de santé, étant donné que c'est à ce niveau que se déroulent les activités d'application de la loi. À Terre-Neuve et au Labrador, nous avons dû nous rendre dans trois centres provinciaux de services gouvernementaux.

La vérification s'est déroulée au niveau provincial, à l'aide généralement d'une trousse et d'une liste de vérifications.

***Question de vérification :***      ***Rôles et responsabilités***

### **Champs d'enquête**

1. *Les rôles et les responsabilités du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral sont-ils clairement définis dans les accords de contribution et(ou) dans les documents qui s'y rattachent?*

- a. *Sont-ils compris?*
2. *Les rôles et les responsabilités des organismes et des agents de prestation du programme sont-ils clairement documentés?*
  - a. *Sont-ils compris?*
3. *Est-ce que tous les inspecteurs ont reçu une formation appropriée sur l'application des lois antitabac?*

***Question de vérification : Structures de responsabilité et contrôles de la gestion du programme***

**Champs d'enquête**

4. *Est-ce que des procédures satisfaisantes sont en place pour organiser, diriger et gérer les activités d'application de la loi au niveau local?*
  - a. *Le travail est-il correctement planifié?*
  - b. *Le processus de planification du travail est-il rattaché à celui d'affectation des ressources et de budgétisation?*
5. *Recueille-t-on et analyse-t-on de l'information appropriée sur les tendances en matière de conformité et sur l'application de la loi, de même que sur l'affectation des ressources, afin de s'assurer que le programme provincial est géré de façon efficace?*
6. *Est-ce que le bureau régional de Santé Canada surveille la mise en oeuvre de l'accord fédéral-provincial de contribution pour s'assurer :*
  - *que toutes les conditions en sont respectées;*
  - *qu'il est géré de façon efficace;*
  - *que tous les buts et objectifs définis sont respectés;*



- que la province contrôle et évalue le programme.

**Question de vérification :**      ***À-propos des activités financées aux termes de l'accord, selon le secteur géographique et la densité de population***

**Champs d'enquête**

7.      *Les organismes (provinciaux et fédéraux) responsables de l'application du programme au niveau local utilisent-ils des procédures rentables? (Sélection des objectifs en matière d'application de la loi)*
  - a.      *Les ressources sont-elles utilisées de façon efficiente?*
  - b.      *Réaffecte-t-on les ressources pour obtenir le maximum de résultats?*
  - c.      *L'activité d'application de la loi assure-t-elle une couverture géographique adéquate?*
8.      *Est-ce qu'un mécanisme est en place pour veiller à ce que les activités soient réparties selon les populations cibles (région géographique, groupes cibles)?*
9.      *Est-ce que l'activité d'application de la loi est correctement ciblée sur le plan géographique et vers les détaillants à risques élevés?*

**Question de vérification :**      ***Assurance de l'à-propos des procédures et des contrôles opérationnels***

**Champs d'enquête**

10.      *Est-ce que toutes les procédures d'inspection sont correctement documentées et diffusées aux inspecteurs?*
11.      *A-t-on produit et distribué aux détaillants de l'information et des documents visant à les informer de leurs obligations en vertu des lois fédérales antitabac?*

12. *Est-ce que des procédures sont en place pour assurer la documentation des visites d'inspection?*
13. *Existe-t-il des procédures établies de supervision et de contrôle permettant d'assurer la qualité des activités d'inspection menées à bien?*
14. *Est-ce qu'un système est en place pour consigner toutes les visites d'inspection, les contraventions, les vérifications de conformité, etc. et pour rendre compte de façon régulière de ces activités?*
15. *Existe-t-il des procédures de traitement, de documentation et de suivi des plaintes formulées par le public?*
  - a. *Ces procédures sont-elles respectées?*
16. *Existe-t-il des procédures de suivi des cas de non-conformité?*
  - a. *Ces procédures sont-elles respectées?*

**Question de vérification :**      ***Respect des modalités de l'accord***

### **Champs d'enquête**

Les champs d'enquête ci-après constituent le fondement des enquêtes sur cette question.

17. *Dans quelle mesure les modalités de l'accord sont-elles respectées?*
  - a. *La province a-t-elle mené à bien les activités convenues?*
  - b. *A-t-elle correctement rendu compte de l'activité (tel que stipulé dans l'accord)?*
  - c. *A-t-elle dûment enregistré et facturé ses dépenses?*
18. *Quelles sont les lacunes qui ressortent de façon évidente?*

Nous avons eu recours aux méthodes suivantes pour effectuer la vérification.

## **Entrevues avec des gestionnaires responsables de l'application des lois antitabac**

Nous avons effectué des entrevues avec des représentants de divers paliers d'application de la loi : l'Administration centrale nationale, les bureaux régionaux de Santé Canada, les ministères provinciaux et, le cas échéant, les services d'inspection. Ces entrevues ont porté sur les questions de vérification suivantes.

### **Examen des systèmes de planification et de rapport**

Cette étape a nécessité l'examen des méthodes de planification et de tous les plans opérationnels détaillés établis pour l'activité d'application de la loi à l'échelle provinciale. L'examen avait pour objet de déterminer l'à-propos du processus de planification, le ciblage de l'activité de vérification du respect de la loi et l'à-propos de la couverture géographique. La vérification a comporté trois étapes :

- un examen des procédures de planification en vigueur à chaque palier;
- un examen des plans documentés visant à déterminer s'ils assurent un fondement adéquat au contrôle du programme;
- un examen des rapports présentés à chaque palier, afin de déterminer si des mécanismes de surveillance et de contrôle adéquats sont en place pour gérer le programme.

### **Examen des systèmes de contrôle opérationnels en place**

Ce volet de l'examen avait pour objet de vérifier si les provinces avaient mis en place des procédures opérationnelles appropriées pour assurer la gestion opérationnelle du programme. Il s'est déroulé au niveau des provinces et des services d'inspection. Les principales étapes de la vérification ont consisté :

- à examiner l'à-propos des procédures d'inspection et des rapports produits par chaque province;
- à évaluer si les procédures en place sont réellement utilisées;
- à s'assurer qu'il existe des mécanismes adéquats de supervision et de contrôle des activités d'inspection;

- à vérifier s'il existe un système adéquat de rapport sur les inspections.

### **Vérification du respect de l'accord**

Dans le cadre de ce volet, nous avons examiné les modalités de chacun des accords fédéraux-provinciaux de contribution afin de nous assurer de leur respect, tant du point de vue opérationnel que financier. Concernant l'aspect financier, l'équipe a vérifié le fondement des dépenses effectuées aux termes de chaque accord, dans le but de s'assurer que toutes les dépenses sont justifiées au moyen de documents adéquats. Les six accords de contribution ont été soumis à une telle vérification.

Les étapes de la vérification ont consisté :

- à examiner les modalités de chaque accord;
- à s'assurer du respect de toutes les conditions, y compris de la réalisation d'inspections et de la présentation de rapports;
- à s'assurer qu'il existe des documents sur les dépenses là où cela est exigé.

## 3.0 Constatations du vérificateur

### 3.1 Question 1 : Rôles et responsabilités

#### Champ d'enquête

1. *Les rôles et les responsabilités du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral sont-ils clairement définis dans les accords de contribution et(ou) dans les documents qui s'y rattachent?*
  - a. *Sont-ils compris?*
  
2. *Les rôles et les responsabilités des organismes et des agents de prestation du programme sont-ils clairement documentés?*
  - a. *Sont-ils compris?*

#### Constatations

De façon générale, l'équipe de vérification est d'avis que les rôles et les responsabilités liés à chacun des accords de contribution sont clairement définis et bien compris. Les accords n'articulent pas les responsabilités de chacune des parties visées. De façon informelle, cependant, les parties semblent assez bien comprendre leurs rôles et responsabilités.

En Ontario et en Colombie-Britannique, où ce sont en réalité les services de santé locaux (ou les départements de santé en Colombie-Britannique) qui veillent à l'application du programme, l'absence de protocole d'entente entre les ministères et les services de santé fait que la responsabilité de l'ensemble des programmes des deux provinces n'est pas clairement établie. Les ministères de la Santé respectifs sont responsables du financement et de l'établissement des normes, mais ils ne détiennent aucune responsabilité en matière de prestations des services. En outre, compte tenu du mandat des services de santé, ils ne peuvent être tenus responsables du succès de l'ensemble du programme.

À Terre-Neuve et au Labrador, où la prestation proprement dite du service relève en fait de la responsabilité du centre de services gouvernementaux (CSG) de St. John's et des centres régionaux de services gouvernementaux, on a produit un protocole d'entente qui définit les rôles respectifs du

ministère de la Santé, des conseils de santé communautaire et des centres de services gouvernementaux.

Voici une analyse de la clarté des rôles et des responsabilités des provinces.

- En Ontario, les rôles du ministère provincial de la Santé et des services de santé responsables de la prestation du programme sont clairement définis. Le Ministère se charge de la coordination, du contrôle, du financement et des rapports; les services de santé veillent à toute la mise en oeuvre. Nous ne sommes au courant de l'existence d'aucun protocole d'entente officiel entre le Ministère et les services de santé, mais il semble que leurs rôles aient été clarifiés au moyen de directives provinciales et par le biais de lettres échangées. Cette absence de protocoles d'entente fait toutefois qu'il est difficile d'attribuer la responsabilité du succès global du programme.
- Les rôles et les responsabilités nous semblent clairement définis en Colombie-Britannique également. Les services ou les départements de santé sont responsables de la mise en oeuvre du programme et doivent rendre compte de ses résultats. Le ministère provincial de la Santé joue un rôle au chapitre du financement et du contrôle de la qualité, il établit les politiques, les procédures et les normes et il compile les statistiques. Un coordonnateur veille à l'application du programme antitabac. Il doit pour se faire recevoir de l'information des services et des départements de santé. Il s'occupe également de toutes les questions juridiques. Comme en Ontario, il ne semble pas y avoir de protocole d'entente entre le Ministère et les services de santé de la province, dont les rôles semblent être définis au moyen de directives et de lettres. Il est donc difficile de déterminer clairement qui est responsable du succès global du programme.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, on comprend bien les rôles et les responsabilités des gouvernements respectifs. Aucun document de base unique ne décrit les rôles et les responsabilités de chacune des parties concernées : le BCT, le bureau régional de Santé Canada, le ministère de la Santé et les services communautaires.
- En Nouvelle-Écosse, on a créé un service de contrôle du tabac (TCU) pour assurer l'application de la *Nova Scotia Tobacco Act* et de l'accord fédéral. Des documents de travail internes décrivent clairement le rôle, la mission et les buts du TCU.

- Au Nouveau-Brunswick, les ministères de la Santé et des Finances se partagent les responsabilités au niveau provincial. Le ministère de la Santé est responsable de l'établissement de toutes les politiques relatives au tabac et il participe à des activités de sensibilisation et de prévention. Quant au ministère des Finances, il veille à l'application de la loi sur le tabac. Ses rôles et responsabilités sont énoncés dans l'accord de contribution et dans la *Loi sur la vente du tabac*.
- À Terre-Neuve et au Labrador, les responsabilités sont partagées entre le ministère de la Santé, le centre de services gouvernementaux de St. John's et les centres régionaux de services gouvernementaux. Elles paraissent clairement définies.

### **Observations**

Selon l'équipe de vérification, les rôles et responsabilités sont définis et bien compris dans chacune des provinces liées par un accord de contribution. La définition des rôles et responsabilités respectifs des ministères de la Santé et des services ou départements de santé en Colombie-Britannique et en Ontario se fait par correspondance et au moyen de notes de service. Aucun protocole d'entente général n'est en vigueur entre les ministères provinciaux de la Santé et les services de santé. Compte tenu du mode de fonctionnement actuel, personne en Colombie-Britannique ou en Ontario ne peut être tenu entièrement responsable du programme d'application. Le ministère de la Santé verse des sommes pour le programme, mais étant donné qu'il n'exerce que des pouvoirs limités sur les services de santé de la province, il lui est difficile de s'assurer qu'ils appliquent le programme. Cela a occasionné des écarts dans les niveaux d'activités menées à bien par les services de santé dans le cadre du programme d'application.

#### **Champ d'enquête**

3. *Est-ce que tous les inspecteurs ont reçu une formation appropriée sur l'application des lois antitabac?*

### **Constatations**

La vérification indique que la formation est adéquate dans la plupart des provinces liées par un accord de contribution. La Colombie-Britannique et l'Ontario possèdent des programmes organisés de formation interne qui semblent bien adaptés au programme d'application de la loi. Dans les deux provinces, on se demande toutefois qui former. L'Ontario, par exemple, dispense à tous ses inspecteurs

de la santé une formation sur le programme d'application des lois antitabac mais s'interroge sur la nécessité de leur assurer une formation en techniques de surveillance, puisque la province se fie sur ce mode d'intervention pour assurer l'application de la loi. Environ 300 des 600 inspecteurs de la province ont reçu une formation. La Colombie-Britannique a elle aussi formé tous ses inspecteurs qui participent au programme d'application des lois antitabac.

Les provinces de Terre-Neuve et du Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard ont éprouvé plus de difficultés au chapitre de la formation. À Terre-Neuve et au Labrador, seulement cinq des 31 inspecteurs participant au programme ont reçu une formation et trois de ces cinq personnes ont cessé depuis d'y participer. Trois autres ont assisté à la séance d'orientation parrainée par Santé Canada à Dartmouth. Il semble exister à Terre-Neuve et au Labrador un besoin de sensibilisation générale et d'information sur les lois antitabac, les techniques de poursuite et l'action en justice.

Les inspecteurs du Nouveau-Brunswick ont tous reçu une formation, mais ils estiment qu'elle n'a pas fait l'objet d'un suivi adéquat ou que l'on aurait pu tenir des ateliers pour échanger sur les leçons apprises.

Les inspecteurs de l'Île-du-Prince-Édouard se sont fiés à leur propre formation d'inspecteurs en santé publique mais n'ont pas reçu la formation dispensée à Cornwall sur le programme d'application des lois fédérales antitabac.

Finalement, les inspecteurs de la Nouvelle-Écosse n'ont pas suivi la formation de Cornwall mais plutôt une formation dispensée à Halifax par le bureau régional de Santé Canada.

## **Observations**

En résumé, toutes les provinces liées par un accord de contribution, à l'exception de Terre-Neuve et du Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard, ont dispensé une quelconque formation à leurs inspecteurs. Comme il n'existe aucune norme nationale en la matière, il nous a cependant été impossible de déterminer si cette formation est toujours adéquate. Parmi les lacunes décelées, mentionnons l'insuffisance de la formation sur les techniques de surveillance en Ontario et sur les techniques de poursuite et l'action en justice dans certaines provinces. Dans celles qui ont recours à des inspecteurs-hygiénistes, les titulaires ont reçu une formation de base dans le cadre de leurs études universitaires. Dans d'autres provinces, les inspecteurs possèdent de l'expérience en application de la loi. Cela leur donne habituellement une bonne base pour appliquer la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes*. De façon générale, les provinces ont de la difficulté à tenir leurs inspecteurs au courant des nouvelles questions



qui touchent le programme et à les tenir au fait des nouvelles techniques nécessaires pour en assurer le respect.

### 3.2 Question 2 : Structures de responsabilité et contrôles de gestion

*Question de vérification : Structures de responsabilité et contrôle de la gestion du programme*

#### **Champ d'enquête**

4. *Est-ce que des procédures satisfaisantes sont en place pour organiser, diriger et gérer les activités d'application de la loi au niveau local?*
- a. *Le travail est-il correctement planifié?*
- b. *Le processus de planification du travail est-il rattaché à celui d'affectation des ressources et de budgétisation?*

#### **Constatations**

Nous avons constaté que les procédures entourant la gestion du programme d'application diffèrent selon les provinces liées par un accord de contribution.

#### **En Nouvelle-Écosse**

- Le personnel d'inspection a établi une procédure pour l'organisation et la gestion des activités d'inspection. Cela consiste notamment à préparer des calendriers hebdomadaires des activités. Parmi les facteurs impossibles à planifier, mentionnons la réaction aux plaintes et les dates de comparution devant le tribunal.

#### **À l'Île-du-Prince-Édouard**

- Il existe des plans de travail annuels et trimestriels pour l'ensemble des activités du service (inspections sur les intoxications alimentaires, protection des aliments, hygiène du milieu, qualité de l'air ambiant). Étant donné qu'il s'agit d'un service centralisé au sein duquel les inspecteurs travaillent très près les uns des autres, le processus de planification se déroule au niveau de l'ensemble du service.

- La planification du travail, l'affectation des ressources et la budgétisation se font manuellement, étant donné que le service n'a pas accès à des ordinateurs et à des systèmes d'information. Compte tenu du nombre relativement peu élevé de détaillants, cela ne semble pas poser de problèmes. La planification des séries de vérifications de conformité et la sélection des détaillants à visiter se font aussi manuellement.

#### *À Terre-Neuve et au Labrador*

- Dans l'ensemble, les procédures de gestion et de planification des activités d'application de la loi sont adéquates et appropriées.
- Au niveau local, la planification des activités d'inspection des produits du tabac est liée au renouvellement des permis des services d'alimentation et relève de la responsabilité de chaque inspecteur. Ces derniers effectuent les renouvellements entre le début de décembre et la fin de mars. Ils déterminent un mois à l'avance quels services doivent renouveler leur permis (et ils se fixent des objectifs). Le nombre d'établissements affectés à chaque inspecteur varie selon la région géographique.
- Les activités d'application des lois antitabac incluent l'information et la consultation des détaillants et l'inspection de l'affichage. Ces activités sont intégrées au programme global d'inspection des aliments et prévoient le plus souvent :
  - l'observation des achats de produits du tabac par des mineurs;
  - la consultation des détaillants pour s'enquérir de leur connaissance des règlements et des prescriptions de la loi;
  - la vérification de l'à-propos de l'affichage.
- Le Rapport d'activité Tabac (TARF) inclut une liste de contrôle des inspections qui stipule les exigences provinciales et fédérales devant faire l'objet d'une évaluation. Les exigences provinciales englobent la surveillance des infractions à la *Smoke Free Environment Act*. On considère les TARF comme un mécanisme de contrôle qui permet de s'assurer que tous les inspecteurs vérifient les mêmes points.

- En termes de procédures opérationnelles, chaque bureau régional possède un exemplaire du manuel de formation remis à des fins documentaires aux participants à la séance de Cornwall. Le calendrier établi et les tâches assignées aux inspecteurs leur donnent assez de latitude pour mener à bien des activités à la demande (comme donner suite à des plaintes ou à des demandes de renseignements).
- Les vérifications de conformité ne sont pas rattachées aux inspections courantes et constituent une activité distincte. La province a défini des procédures entourant leur réalisation. On peut obtenir auprès des bureaux régionaux les procédures de Santé Canada et celles de la Société canadienne du cancer relatives aux vérifications de conformité.
- Les coordonnateurs de l'application régionale du programme assurent chaque mois le suivi des activités individuelles et regroupées d'inspection (y compris de celles relatives au tabac). Les directeurs régionaux tiennent parfois des rencontres mensuelles de planification avec les gestionnaires de tous les programmes d'inspection, y compris de celui d'application des lois antitabac.
- Les services de soutien du centre de services gouvernementaux de St. John's ont fait connaître leur intention d'élaborer un cadre permettant de cerner les détaillants qui présentent le plus de risques, afin d'aider les bureaux régionaux à cibler leurs vérifications de conformité.

#### **Au *Nouveau-Brunswick***

- Bien qu'il existe des procédures opérationnelles entourant les vérifications de conformité, on ne les a pas mises en vigueur puisqu'aucune vérification de conformité n'a été effectuée. Il n'existe à part cela aucune procédure écrite officielle.
- On tient chaque mois une rencontre de planification et de stratégie afin de définir les buts et les activités d'application de la loi. Certains ont souligné qu'il devrait y avoir davantage de planification formelle.
- Il n'y a pas de planification formelle du travail quotidien. Les agents d'application de la loi connaissent les secteurs problèmes et se concentrent sur ceux qui présentent le plus de risques (p. ex., les détaillants situés à proximité d'écoles).

- Les activités font également suite à de l'information obtenue d'autres inspecteurs ou à des plaintes reçues. On utilise également les études AC Nielsen pour fixer les objectifs.
- On détermine quels détaillants seront visiter (à des fins de planification et d'établissement du calendrier) à partir de la base de données relatives à la délivrance des permis, dans laquelle les établissements autorisés à vendre des produits du tabac sont énumérés selon leur emplacement géographique. On utilise aussi les plaintes aux mêmes fins.
- Peu de gens semblaient connaître le nombre exact de vendeurs de produits du tabac dans la province. Nous avons dû vérifier les chiffres réels auprès du groupe responsable de la délivrance des permis. Le nombre de vendeurs, estimé au départ à 16 000, est en fait d'environ 2 000.

#### *En Colombie-Britannique et en Ontario (décentralisées)*

La Colombie-Britannique et l'Ontario (dont la structure est décentralisée) doivent se fier à leurs services de santé respectifs pour gérer la prestation du programme d'application de la loi. Dans les deux provinces, le ministère de la Santé a distribué copie des procédures et des protocoles recommandés de mise en oeuvre des activités d'application. À notre avis, les procédures et les protocoles de la Colombie-Britannique sont détaillés, particulièrement l'ébauche de procédures révisées élaborée par le ministère provincial de la Santé. Les procédures de l'Ontario portent quant à elles principalement sur l'action en justice et les poursuites.

Les services de santé des deux provinces pourraient élaborer des procédures plus détaillées, mais nous avons constaté qu'ils utilisent les procédures provinciales; en Ontario, certains services les ont cependant adaptées à leurs besoins particuliers.

Le point important à souligner est que la planification du travail en Colombie-Britannique et en Ontario varie selon le service de santé. Les facteurs suivants influencent la planification du travail et, partant, le programme d'activité :

- l'engagement du service de santé vis-à-vis du programme d'application de la loi;
- la présence ou l'absence d'un agent spécialisé en application de la loi au sein du service de santé;

- les questions urbaines par rapport aux questions rurales;
- la mesure dans laquelle le service de santé effectue des inspections, des vérifications de conformité ou des tentatives d'achat;
- le mode de fonctionnement du service de santé, c'est-à-dire s'il effectue des « campagnes-éclair » de vérifications de conformité ou s'il assure une surveillance continue.

Le plus souvent, les services de santé ont d'abord effectué une série d'inspections au cours de laquelle ils ont répertorié les détaillants et vérifié leur respect de la loi. Au cours de cette première série, ils ont distribué des trousseaux d'information. Ensuite, la plupart des services se sont concentrés sur les vérifications de conformité. Normalement, ces vérifications sont concentrées sur de courtes périodes et sur un secteur géographique précis. Une fois la vérification du secteur terminée, on documente les résultats, on communique habituellement des avertissements aux détaillants qui ne se conforment pas à la loi et on dresse une liste des vérifications de suivi, c'est-à-dire des tentatives d'achat, à effectuer.

En Colombie-Britannique et en Ontario, on retrouve une grande variété de programmes de travail; certains services et départements de santé en font énormément alors que d'autres se limitent aux inspections chez les détaillants. La planification du travail est en général informelle et elle repose sur ce que le service de santé peut accomplir avec les ressources dont il dispose et sur l'importance qu'il accorde à cette activité.

### **Observations**

Bien que nous ayons constaté l'existence de procédures dans chacune des provinces, on n'y retrouve aucune norme relative à la densité d'inspection, ou aux vérifications de conformité, en termes de couverture annuelle de détaillants. Il n'existe donc aucun fondement réel pour planifier de façon cohérente le travail. La situation se complique davantage du fait que l'inventaire des populations de détaillants n'est pas complet ou précis dans toutes les provinces et que dans la majorité d'entre elles, les systèmes d'information de gestion qui servent à compiler les résultats des vérifications de conformité ne fonctionnent la plupart du temps pas correctement.

Dans la plupart des provinces, nous avons constaté qu'il existe certaines procédures pour guider l'application du programme. En Colombie-Britannique, ces procédures font actuellement l'objet d'une révision. Au Nouveau-Brunswick, on a élaboré des procédures entourant les vérifications de conformité, mais on n'a pas obtenu l'approbation d'effectuer lesdites vérifications.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, notre principale constatation est l'absence de norme stipulant la densité d'inspection et prévoyant la réalisation de vérifications annuelles de conformité pour guider la planification du travail. Par conséquent, cette planification a tendance à se faire principalement en fonction des ressources disponibles. Nous avons constaté qu'elle varie selon l'approche adoptée vis-à-vis du programme d'application. Dans certains cas, le processus de planification du travail est informel et repose sur des facteurs à court terme, comme les plaintes, la disponibilité des inspecteurs, etc. Ce mode de planification informelle est satisfaisant dans la mesure où l'organisme d'inspection tient un bon inventaire de la population des détaillants et de la chronologie des inspections et des vérifications de conformité et veille à la densité adéquate de ses activités.

### **Champ d'enquête**

5. *Recueille-t-on et analyse-t-on de l'information appropriée sur les tendances en matière de conformité et sur l'application de la loi, de même que sur l'affectation des ressources, afin de s'assurer que le programme provincial est géré de façon efficace?*

### **Constatations**

Pour bien gérer le programme d'application, les provinces doivent disposer d'information appropriée. D'abord, elles doivent posséder un inventaire à jour des détaillants qui puisse servir de point de départ à leurs activités d'application. En second lieu, elles doivent posséder une base de données sur tous les détaillants qui renferme de l'information sur le déroulement des activités d'inspection, des vérifications de conformité et, en dernier lieu, des tentatives d'achat. Cette base de données, en plus des normes d'inspection et de vérification de conformité, s'avère essentielle pour planifier efficacement les activités du programme d'application.

On peut tirer des statistiques sur la conformité d'un certain nombre de sources.

- Toutes les activités d'inspection et de vérification de conformité sont en général analysées et on peut en résumer annuellement les résultats afin de déterminer le pourcentage de détaillants qui se conforment à la loi. Ces statistiques ne sont toutefois représentatives que des détaillants ayant été soumis à une inspection ou à une vérification de conformité au cours d'une année donnée, et pas nécessairement de l'ensemble de la population des détaillants.
- Les enquêtes Nielsen réalisées chaque année fournissent une estimation des taux de conformité à l'échelle provinciale et nationale. Compte tenu de la méthodologie de ces enquêtes, leurs

résultats ne sont pas précis au niveau des comtés ou des services de santé. Ils peuvent en outre varier selon le mineur qui procède à la vérification de conformité. Par conséquent, nous avons relevé d'importants écarts entre les résultats de l'enquête Nielsen et ceux des enquêtes locales.

- On a réalisé dans certaines régions des enquêtes locales de conformité similaires à l'enquête Nielsen mais représentatives au niveau des services de santé ou des comtés.

Il ressort de notre examen que l'enquête Nielsen est le moyen le plus fidèle de mesurer la conformité à la loi. Seules certaines provinces réalisent au niveau des services de santé ou des comtés des enquêtes de conformité détaillées (l'Ontario a par exemple enquêté auprès de douze services de santé). En général, les provinces liées par un accord de contribution compilent des statistiques de conformité sur les inspections et les vérifications de conformité effectuées chaque année. Ces statistiques ne sont cependant pas jugées représentatives de l'ensemble de la population, puisque les vérifications de conformité ne sont pas conçues à la façon d'enquêtes aléatoires auprès de la population des détaillants.

Les principales lacunes que nous avons relevées sont les suivantes :

- la plupart des provinces négligent de compiler une base de données précises et détaillées sur les détaillants (bien qu'elles remédient actuellement à cela);
- il manque un système d'information de gestion et de bases de données bien conçues qui permettent de suivre le rendement des détaillants lors des vérifications de conformité et qui puissent servir de fondement à la planification à venir. Les systèmes en place sont extrêmement variés; ils vont de bases de données informatisées bien conçues à des listes et des rapports manuels des détaillants et des résultats des inspections et vérifications de conformité.

Voici nos observations plus précises concernant chaque province.

### ***Colombie-Britannique***

- Chaque service ou département de santé a dû établir sa propre liste de détaillants de produits du tabac. La plupart ont dressé des listes assez précises.
- On n'a fourni aux services de santé aucun progiciel leur permettant d'assurer le suivi des activités d'inspection et de vérification de la conformité; une version leur a été fournie à une

étape antérieure du programme, mais ils l'ont jugée inadéquate. Les services et départements de santé ont donc dû concevoir leurs propres systèmes de suivi.

- Certains services et départements de santé ont réalisé des enquêtes-éclairés de conformité qui leur ont fourni des statistiques sur les progrès réalisés en matière de respect de la loi dans leurs secteurs de compétence.

### ***Ontario***

- L'Ontario ne possède aucun système centralisé de collecte d'information sur les antécédents des détaillants ou leur respect de la loi. La province fournit à ses services de santé un progiciel appelé CISS destiné à assurer le suivi de l'ensemble des activités d'inspection. Quelques services l'ont utilisé pour se tenir au fait du respect de la loi par les détaillants. D'autres ont conçu leurs propres systèmes et d'autres encore utilisent une liste manuelle. Il n'y a pas d'approche uniforme.

### ***Nouveau-Brunswick***

- Aucune vérification de conformité n'a été réalisée par la province, qui s'est fiée aux études d'AC Nielsen pour établir les taux de conformité et obtenir des données repères.
- Les activités d'application de la loi et l'affectation des ressources sont entrées dans le système de suivi informatique du Ministère. On obtient la liste des détaillants dans la base de données sur la délivrance des permis de vente de produits du tabac. Cette liste, qui provient du bureau des permis, n'est pas tout à fait précise (beaucoup des détaillants qui y figurent ont par exemple fermé leurs portes).

### ***Île-du-Prince-Édouard***

- À l'Île-du-Prince-Édouard, la Queens Region Environmental Health Authority (responsable de l'application des lois antitabac dans la province) recueille beaucoup d'information auprès des vendeurs. Cette information est entrée manuellement, par vendeur. On prévoit mettre en place un système informatisé.



- Après chaque vérification de conformité, on définit des indicateurs du rendement précisant les taux de conformité observés au cours des première, deuxième et troisième séries de vérifications.

### *Nouvelle-Écosse*

- La Nouvelle-Écosse assure manuellement le suivi auprès des détaillants et crée un dossier et une liste de ceux qui ne se conforment pas à la loi. La liste repose sur la base de données d'attribution des permis de vente de produits du tabac. Les taux de conformité en termes d'affichage et les résultats des vérifications de conformité font l'objet d'un suivi hebdomadaire ou bimensuel, mensuel et trimestriel. Les résultats sont présentés par région.

### *Terre-Neuve et Labrador*

- La province possède une bonne base de données sur les détaillants en alimentation, ce qui inclut la plupart des détaillants de produits du tabac. Selon les fonctionnaires interrogés, un petit pourcentage des détaillants de produits du tabac ne figurent pas dans la base de données.
- Le respect de la loi, en termes d'affichage et de ventes à des mineurs, est établi au moyen de rapports produits par chacun des bureaux régionaux et regroupés par un coordonnateur provincial du bureau régional de St. John's. Les bureaux régionaux et les services de soutien du centre de services gouvernementaux rendent compte également des activités menées à bien.
- Le suivi des vérifications de conformité se fait manuellement à partir des formulaires TARF utilisés pour les inspections. Étant donné que Terre-Neuve ne vérifie que le respect des exigences en matière d'affichage, elle avise les détaillants qui ne respectent pas les dispositions de la loi à cet égard de la nécessité d'installer des affiches. Il n'existe aucun autre mécanisme de suivi.
- Terre-Neuve et le Labrador tiennent une liste des résultats des vérifications de conformité et en assurent le suivi au moyen de lettres d'avertissement. Il n'existe aucune base de données permanente sur les détaillants qui ne se conforment pas à la loi.

### **Observation**

Nous avons conclu que l'information que tiennent les provinces sur la conformité présente un certain nombre de lacunes, que voici.

- De façon générale, rien ne garantit que chaque province possède une liste précise et à jour des détaillants de produits du tabac. (La plupart remédient actuellement à cette lacune en améliorant leur liste). La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick possèdent des listes détaillées, étant donné que leurs détaillants de produits du tabac sont titulaires d'une licence. L'Ontario et la Colombie-Britannique s'emploient toujours à dresser une liste complète de leurs détaillants. (L'Ontario demande aux fabricants et aux distributeurs de fournir une liste de leurs clients.) Terre-Neuve et le Labrador ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard possèdent des listes (établies à partir d'une base de données des détaillants en alimentation), mais elles peuvent comporter des lacunes. (La plupart des provinces remédient actuellement à cela en améliorant leurs listes de détaillants.)
- L'examen a révélé l'existence de systèmes adéquats de production de rapports manuels sur les détaillants qui font l'objet d'une inspection et de tenue de dossiers sur ceux qui ne se conforment pas à la loi.
- Dans la plupart des cas, le suivi des cas de non-conformité se fait manuellement. Bien que cela puisse être satisfaisant à des fins opérationnelles, cela s'avère inadéquat à des fins d'analyse et de planification du travail, par exemple, particulièrement là où on compte de grandes quantités de détaillants.
- Il est impossible de déterminer le niveau de densité des vérifications de conformité et des inspections des populations de détaillants. Par conséquent, nous ne pouvons savoir avec certitude si tous ont fait l'objet d'une inspection ou d'une vérification de conformité ou vérifier la fréquence à laquelle des vérifications sont effectuées.

### **Champ d'enquête**

6. *Est-ce que le bureau régional de Santé Canada surveille la mise en oeuvre de l'accord fédéral-provincial de contribution pour s'assurer :*

- *que toutes les conditions en sont respectées;*
- *qu'il est géré de façon efficace;*
- *que tous les buts et objectifs définis sont respectés;*
- *que la province contrôle et évalue le programme.*

### **Constatations**

Nous avons constaté que les bureaux régionaux de Santé Canada contrôlent les accords provinciaux de contribution et veillent à ce que les provinces en respectent les modalités. Ils ne contrôlent cependant pas la gestion efficace des accords. Il faudrait pour ce faire qu'ils confient à leurs inspecteurs le soin de surveiller les activités provinciales rattachées au programme. Le bureau régional de l'Ontario dispose de quatre inspecteurs qui aident les services de santé provinciaux à mener à bien leur programme d'application de la loi. Dans la plupart des cas, ils travaillent en collaboration avec les services et n'exercent pas de rôle de surveillance.

Chacun des bureaux régionaux reçoit tous les rapports d'activité des provinces, en conformité des accords. Ces rapports d'activité servent de mécanismes de contrôle des accords provinciaux. Les provinces ne sont pas tenues d'évaluer l'efficacité de leurs activités d'application de la loi, bien que certaines procèdent à des vérifications de conformité et à des enquêtes sur l'usage du tabac.

### **Observation**

Les bureaux régionaux de Santé Canada surveillent le respect des accords de contribution et des conditions qui s'y rattachent par les provinces. Ils ne contrôlent cependant pas l'efficacité de la gestion du programme à l'échelle provinciale.

## **3.3 Question 3 : À-propos des activités financées en vertu de l'accord**

## **Champ d'enquête**

7. *Les organismes (provinciaux et fédéraux) responsables de l'application du programme au niveau local utilisent-ils des procédures rentables? (Sélection des objectifs en matière d'application de la loi)*
- a. *Les ressources sont-elles utilisées de façon efficiente?*
- b. *Réaffecte-t-on les ressources pour obtenir le maximum de résultats?*
- c. *L'activité d'application de la loi assure-t-elle une couverture géographique adéquate?*

## **Constatations**

Nous avons constaté que chaque province utilise une approche différente vis-à-vis de l'application de la loi. Les structures organisationnelles sont elles aussi assez différentes. Un certain nombre de facteurs déterminent la rentabilité des procédures d'application :

- la nature centralisée ou décentralisée du programme d'application;
- le fait que le programme mette actuellement l'accent sur les inspections, les vérifications de conformité ou la surveillance;
- le fait que les sanctions incluent des amendes ou exigent des poursuites.

On reconnaît en général que les inspections de détaillants peuvent se faire en moins d'une heure et que les provinces qui ne mettraient l'accent que sur ce volet exploiteraient un programme à très faible coût. Certaines choses indiquent toutefois que le recours aux seules inspections n'est pas efficace. Elles créent certes une présence au sein de la collectivité, mais une fois que les détaillants se sont rendu compte qu'elles ne révèlent que les cas de non-respect des exigences en matière d'affichage, d'étalage, etc., il est possible que leur respect des exigences en matière de vente de produits du tabac aux mineurs diminue.

Les vérifications de conformité ne prennent également que quelques minutes. Dans certaines provinces, on estime pouvoir en effectuer entre quatre et six à l'heure, en plus du suivi nécessaire en termes de rapports et d'envoi de lettres d'avertissement.

Les tentatives d'achat prennent plus de temps en raison de la dispersion des détaillants qui doivent y être soumis. Il est possible d'en effectuer cinq ou six par jour. Il faut également compter plus de temps pour documenter les preuves en vue d'une éventuelle action en justice.

Finalement, les poursuites sont les procédures qui prennent le plus de temps. D'après certaines estimations, elles peuvent représenter jusqu'à 20 heures de travail.

Le rapport de l'évaluation renferme une analyse du coût de chaque programme, de même que des observations sur les secteurs qui semblent moins efficaces que d'autres.

### ***Ontario***

L'Ontario est très décentralisée et, par conséquent, la rentabilité du programme peut y varier d'un service de santé à l'autre. Il n'y a pas de stratégie globale qui permette d'assurer l'application de la loi. Chaque service de santé doit donc concevoir sa propre stratégie. Pour s'assurer du respect de la loi, tous les services de santé se fondent sur une approche conçue par la Société canadienne du cancer. La province a mis l'accent sur la surveillance, mais les différents services commencent à utiliser les vérifications de conformité étant donné qu'elles sont plus efficaces. Dans les petites localités, où l'on ne retrouve qu'un inspecteur, il lui est impossible de procéder à des vérifications de conformité ou d'exercer une surveillance-éclair une fois qu'il est connu et reconnu. Le modèle ontarien décentralisé, au sein duquel chaque service de santé doit élaborer ses propres procédures, former son personnel et concevoir ses propres systèmes, semble moins rentable que le modèle centralisé utilisé dans d'autres provinces. Qui plus est, la forte utilisation des techniques de surveillance, qui suppose un facteur temps, n'est pas jugée rentable. Finalement, rien ne garantit, au sein d'un tel système décentralisé, que certains services de santé s'adonneront à des activités d'application de la loi.

### ***Colombie-Britannique***

La Colombie-Britannique éprouve certains problèmes similaires à ceux de l'Ontario, mais le fait qu'elle effectue des vérifications de conformité et qu'elle émette un grand nombre de contraventions rend son programme plus rentable que celui de l'Ontario. Certains des services de santé de la province

ont tenté d'établir le coût des vérifications de conformité et en sont arrivés à des coûts allant de 6 \$<sup>1</sup> à 50 \$. Finalement, tout comme en Ontario, on ne peut à l'intérieur d'un tel système décentralisé avoir de garantie de réalisation d'activités d'application de la loi par certains services de santé.

### ***Île-du-Prince-Édouard***

Le ministère de la Santé et des Services communautaires de la province fonde ses stratégies d'intervention sur l'objectif consistant à couvrir de façon systématique toute la superficie de l'île avec le temps. Jusqu'aux troisième et quatrième trimestres de 1996-1997, le Ministère avait inspecté chaque établissement pratiquement une fois par trimestre à des fins de vérification de l'affichage. D'ici à la fin de 1996-1997, il aura terminé au moins une première série de vérifications de conformité de la moitié des vendeurs de la province ainsi qu'un grand nombre de vérifications de conformité de la deuxième ou de la troisième série auprès des détaillants qui ne s'étaient pas conformés à la loi.

On estime qu'une vérification de conformité coûte moins que les 50 \$ proposés dans le cadre de l'accord de contribution. Selon un calcul rapide, les coûts directs à eux seuls sont de l'ordre de 14 \$ à 15 \$ par vérification. Quant aux coûts connexes et indirects, ils peuvent représenter au moins le même montant : sélection et formation de jeunes, temps consacré à la planification du travail, collecte, compte rendu et analyse des données, etc.

Nous avons constaté que l'Île-du-Prince-Édouard avait effectué un nombre excessif d'inspections avant de passer aux vérifications de conformité, jugées en général plus efficaces.

### ***Nouveau-Brunswick***

La province compte deux inspecteurs des produits du tabac. L'activité d'application de la loi couvre tous les détaillants. Comme on en compte environ 2 500 dans la province, cela signifie que chaque inspecteur s'occupe de quelque 1 250 détaillants. Jusqu'ici, les seules activités menées à bien ont été des inspections, de la surveillance, des enquêtes mineures, des enquêtes majeures et des activités de liaison. Aucune vérification de conformité ou tentative d'achat n'a été effectuée en raison de la réticence des politiciens. On a donc particulièrement mis l'accent sur les mesures administratives, telles les avertissements, les amendes et la restriction ou la suspension des ventes, et non sur les poursuites. Compte tenu du nombre insuffisant de vérifications de conformité réalisées au niveau local, on ne peut

---

<sup>1</sup>*New Westminster Compliance Survey: Youth Access to Cigarettes*, S. Bodani, inspecteur en santé publique

évaluer l'incidence des activités menées à bien jusqu'ici. Les coûts du programme sont peu élevés étant donné qu'il s'agit d'une organisation centralisée et spécialisée.

### *Nouvelle-Écosse*

La province, qui compte deux inspecteurs, est divisée en deux secteurs : le nord et le sud. Chaque inspecteur peut donc se concentrer sur une région. Depuis le départ de l'un d'eux, un seul doit toutefois s'occuper de toute la province.

Au cours de la première série de vérifications de conformité (effectuées durant l'été 1996), la TCU s'est servie de l'enquête Nielsen pour couvrir la région urbaine de Halifax, tandis que les inspecteurs se sont concentrés sur les régions rurales de la province (c'est-à-dire l'extérieur de Halifax). Les vérifications à Halifax ont été effectuées au cours de l'automne et de l'hiver 1996-1997, étant donné qu'il était moins pratique de voyager durant ces mois. Cette approche a permis à la TCU de couvrir de façon efficace et efficiente tous les secteurs de la province, urbains aussi bien que ruraux. Nous avons constaté que le programme est bien administré.

### *Terre-Neuve et le Labrador*

Au départ, le programme d'application des lois antitabac de Terre-Neuve et du Labrador ne prévoyait que des inspections de routine (saisonnnières). Mais Santé Canada a remis en question la valeur des inspections auprès des détaillants et, par l'entremise du ministère de la Santé de la province, a fait passer les USG applicables de 1,5 à 1,0 et insisté sur l'exécution d'un ensemble plus diversifié d'activités d'application de la loi, particulièrement de vérifications administratives de conformité et de contacts avec les établissements d'enseignement. La province a donc commencé à effectuer des vérifications de conformité à des fins administratives et à établir des contacts avec les établissements d'enseignement, où elle a accru le nombre de ses activités.

Une structure est maintenant en place pour la réalisation d'inspections dans toute la province. Les activités d'inspection relèvent de la responsabilité des inspecteurs des cinq bureaux régionaux.

Le mode de fonctionnement actuel semble rentable puisqu'il permet de couvrir toute la province à l'aide des ressources disponibles du programme.

### **Observations**

Étant donné que les dispositions entourant l'application du programme varient selon les provinces, il est difficile de tirer des conclusions générales sur la rentabilité des différentes approches. En outre, il faudrait définir les résultats obtenus en termes de taux stables de conformité pour pouvoir évaluer cette rentabilité. Selon les membres de l'équipe de vérification, les provinces dotées d'organisations centralisées sont généralement plus rentables, particulièrement parce qu'elles peuvent adapter les ressources humaines de façon à ce que le travail se fasse assez efficacement. Il est plus difficile de faire de même au sein d'une organisation décentralisée. Ce mode de fonctionnement évite la nécessité de mettre en place des régimes de gestion dans chaque service de santé et d'élaborer des procédures et des logiciels pour gérer les programmes. Malheureusement, dans certaines provinces comme Terre-Neuve et le Labrador, la Colombie-Britannique et l'Ontario, cela s'avère impossible en raison des distances géographiques et de la taille de la population qu'il faut couvrir.

Nous avons également constaté que les provinces qui utilisent des procédures de vérification de conformité et un processus en deux séries plutôt qu'en trois semblent fonctionner de façon plus rentable.

#### **Champs d'enquête**

8. *Est-ce qu'un mécanisme est en place pour veiller à ce que les activités soient réparties selon les populations cibles (région géographique, groupes cibles)?*
9. *Est-ce que l'activité d'application de la loi est correctement ciblée sur le plan géographique et vers les détaillants à risques élevés?*

#### **Constatations**

Il ressort de notre examen que dans les trois provinces où les activités d'application de la loi sont gérées de façon centrale, il est plus facile d'en assurer la couverture géographique. À Terre-Neuve et au Labrador, l'entente conclue avec les centres de services gouvernementaux a réellement été positive, puisqu'elle a permis d'assurer une bonne couverture géographique grâce à l'utilisation des centres régionaux de services. Cela a permis d'accroître le pouvoir multiplicateur des fonds fédéraux étant donné que les inspecteurs s'acquittent de multiples tâches.

Dans les provinces décentralisées, il incombe à chacun des services ou départements de santé de veiller à la réalisation des activités d'application de la loi. Les ministres provinciaux de la Santé peuvent influencer dans une certaine mesure les services de santé mais, en définitive, ce sont ces derniers et



leurs conseils d'administration qui contrôlent leurs programmes. De ce point de vue, il est plus difficile d'assurer la couverture géographique dans les provinces décentralisées.

Nous avons également observé que la plupart des organismes provinciaux d'application de la loi effectuent des vérifications de conformité auprès de toute la population des détaillants de leur secteur de compétence. Les résultats de la première série de vérifications servent ensuite de fondement à la deuxième série ainsi qu'aux tentatives d'achat. À mesure que l'on établit des antécédents en termes de respect ou de non-respect de la loi, il deviendra possible de fixer des priorités pour les futures séries de vérifications. C'est donc dire qu'il y aurait lieu de prévoir une base de données appropriée sur le rendement des détaillants pour pouvoir assurer un suivi auprès de ceux qui ont tendance à ne pas se conformer à la loi.

### **Observations**

Nous en sommes arrivés à la conclusion que l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et le Labrador et la Nouvelle-Écosse ont assuré une bonne couverture géographique régionale. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont plus de difficulté à le faire compte tenu de la nature décentralisée du programme. Là où on procède à des vérifications de conformité, celles-ci sont en général axées sur l'ensemble des détaillants de la province et on détermine ensuite la population cible à partir des résultats de la première série de vérifications. Là où on établit des priorités pour la première série de vérifications, elles reposent sur la proximité des écoles des détaillants ou sur l'importance de leur clientèle de jeunes.

## **3.4 Question 4 : Assurance de l'à-propos des procédures et des contrôles opérationnels**

### **Champ d'enquête**

10. *Est-ce que toutes les procédures d'inspection sont correctement documentées et diffusées aux inspecteurs?*

### **Constatations**

Chaque province a établi des exigences différentes en ce qui a trait à la documentation et à la diffusion des procédures d'inspection. Nous avons constaté que toutes possèdent de quelconques procédures ou

protocoles à l'intention des inspecteurs. Celles dont les services d'inspection sont centralisés utilisent généralement les procédures opérationnelles élaborées par Santé Canada, qu'elles peuvent adapter à leurs besoins locaux. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont élaboré leurs propres procédures, qu'elles diffusent aux services et aux départements de santé de la province.

Voici quelques commentaires plus précis.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, on a remis aux inspecteurs un protocole d'application de la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes*. La Division de l'hygiène du milieu et ses inspecteurs utilisent aussi le document intitulé « Vérifications de conformité – Procédures » élaboré par le Bureau de contrôle du tabac. Ces deux documents assurent une très bonne orientation aux inspecteurs.

Au **Nouveau-Brunswick**, aucune procédure écrite n'est actuellement en vigueur. Les questions de gestion quotidienne relèvent de la responsabilité des gestionnaires du bureau régional et des inspecteurs eux-mêmes. On juge important qu'ils possèdent de l'expérience en application de la loi et qu'ils reçoivent une formation du gouvernement fédéral pour comprendre les procédures d'inspection.

La TCU de la **Nouvelle-Écosse** a rédigé des procédures opérationnelles qui semblent complètes. On y retrouve des exemples de ce qui suit :

- information sur les infractions punissables par voie de déclaration sommaire de culpabilité et modèle de contravention;
- Rapport d'activité Tabac (TARF);
- information sur la façon d'obtenir un mandat de perquisition, modèle de mandat de perquisition et retour à la justice;
- formulaire de preuve;
- carte d'avis;
- adresses et numéros de téléphone des services d'aide juridique de la Nouvelle-Écosse;
- énoncé de mise en garde;

- formulaire de renseignements;
- lettre d'information aux détaillants;
- formulaire de consentement du parent ou du tuteur pour les mineurs.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, les activités d'application des lois antitabac consistent à sensibiliser et à consulter les détaillants et à inspecter l'affichage. Ces activités sont intégrées au programme régulier d'inspection des aliments et prévoient en général des procédures :

- d'observation de la vente de produits du tabac aux mineurs;
- de consultation des détaillants afin de déterminer dans quelle mesure ils connaissent les règlements et les exigences législatives;
- de vérification de l'à-propos de l'affichage.

Sur le plan des procédures écrites, le Rapport d'activité Tabac (TARF) renferme une liste de contrôle d'inspection précisant les exigences provinciales et fédérales devant être évaluées. Parmi les exigences provinciales à respecter, mentionnons la *Smoke Free Environment Act*.

Chacun des bureaux régionaux possède à des fins documentaires un exemplaire du manuel de formation remis aux participants à la séance de Cornwall.

Les vérifications de conformité ne sont pas liées aux inspections courantes et constituent une activité distincte. La province a défini des procédures relatives à ces vérifications. On peut obtenir auprès des bureaux régionaux les procédures de Santé Canada et celles de la Société canadienne du cancer en la matière.

Le ministère de la Santé de la **Colombie-Britannique** a élaboré une série de procédures détaillées (actuellement en cours de révision), qu'il a transmises aux services et aux départements de santé. La plupart utilisent le protocole normalisé d'application de la loi rédigé par la province. Il semble toutefois que certains ne l'utilisent pas, particulièrement si l'application de la loi n'est qu'une activité qui s'inscrit dans le cadre des inspections courantes et si elle est fondée sur les plaintes reçues.

En **Ontario**, le ministère de la Santé a élaboré un ensemble modèle de procédures, qui touchent pour la plupart l'émission de contraventions et les poursuites. Toutes les procédures qu'utilisent les services de santé sont locales. Ils appliquent les lignes directrices du ministère de la Santé en matière de contraventions, de poursuites, d'action en justice, etc. Les décisions relatives à la surveillance, aux vérifications de conformité et à l'établissement des priorités et des objectifs en matière d'application de la loi se prennent à l'échelle locale.

## Observations

Cinq des six provinces ont communiqué des procédures à suivre à leurs inspecteurs. Ces procédures varient selon la province, chacune les ayant adaptées à ses besoins. Il semble qu'en Ontario et en Colombie-Britannique, les procédures en vigueur au niveau des services de santé ne soient pas adéquates compte tenu du roulement élevé des inspections et de la capacité souvent restreinte d'appliquer les lois antitabac. Nous avons relevé des lacunes dans les procédures en usage en Ontario, où les services de santé ont eu certaines difficultés à interpréter la façon d'assurer la surveillance, de même que dans les provinces qui entreprennent actuellement des poursuites. De façon générale, il existe des procédures bien définies (de Santé Canada ou des gouvernements provinciaux) entourant les vérifications de conformité.

### Champ d'enquête

11. *A-t-on produit et distribué aux détaillants de l'information et des documents visant à les informer de leurs obligations en vertu des lois fédérales antitabac?*

## Constatations

Nous avons constaté que toutes les provinces liées par un accord de contribution ont distribué de la documentation aux détaillants et ont ensuite chargé des inspecteurs d'effectuer des visites de suivi à des fins d'information. De façon générale, tous les détaillants ont reçu des trousseaux d'information. Il y a d'abord eu un envoi postal du gouvernement fédéral, en plus de quoi certaines provinces ont conçu et distribué leurs propres documents.

L'**Île-du-Prince-Édouard** a fait parvenir à tous ses détaillants des trousseaux d'information portant sur les exigences législatives, sur l'existence du programme d'application et sur les conséquences du non-respect de la loi. En outre, la province a fourni à ses détaillants diverses affiches portant le message « *It is illegal to sell tobacco to, or to purchase for, any person under the age of 19* » (Il est illégal de

vendre des produits du tabac à toute personne de moins de 19 ans ou d'acheter du tabac à son intention). La province a aussi rédigé des lettres qu'elle envoie à tous les détaillants soumis à des vérifications de conformité, qu'ils respectent ou non la loi. Elle met en outre un numéro 1-800 à la disposition des résidents, qui l'utilisent principalement pour porter plainte.

Les détaillants de la **Nouvelle-Écosse** ont reçu de l'information sur la loi, sur l'affichage et sur les règlements.

Le **Nouveau-Brunswick** a également élaboré et diffusé des documents provinciaux portant sur les lois antitabac. On distribue également au besoin des trousse d'information aux nouveaux détaillants.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, les activités d'application des lois antitabac consistent à sensibiliser et à consulter les détaillants et à inspecter l'affichage. Ces activités s'inscrivent dans le cadre du programme régulier d'inspection des aliments. La province a préparé à l'intention des détaillants une trousse d'information exposant les grandes lignes de la loi provinciale.

Elle a aussi rédigé pour distribution aux détaillants une lettre de recommandation énonçant leurs responsabilités liées à la vente de produits du tabac à des mineurs.

Il existe aussi dans la province un numéro 1-800 (la « *nicotine ligne* ») qui, bien qu'utilisée au départ à diverses fins, sert de plus en plus à certains usages précis comme la formulation de plaintes en vertu de la *Smoke Free Environment Act*.

On a publié dans les journaux des annonces indiquant le numéro des personnes-ressources de chacun des bureaux régionaux.

L'**Ontario** a conçu une trousse d'information qu'elle a distribuée à tous les détaillants de la province. Tous les services de santé possèdent des exemplaires de cette trousse et continuent d'en distribuer aux détaillants au moment des inspections régulières. Certains ont en outre fourni des renseignements supplémentaires aux détaillants, qui ont tous reçu la trousse d'information provinciale (dans certaines régions, ils ont reçu une trousse du Conseil canadien du commerce de détail). Il y a eu également des campagnes médias. On distribue constamment de l'information selon les besoins. La province accorde une très grande importance à la sensibilisation constante des détaillants.

La **Colombie-Britannique** a suivi la même procédure que l'Ontario. Tous les détaillants ont reçu la trousse provinciale d'information. Les nouveaux propriétaires et détaillants reçoivent cette trousse au cours des inspections régulières. Elle a été traduite en plusieurs langues.

## Observations

La vérification confirme la distribution de documents d'information aux détaillants de chacune des provinces liées par un accord de contribution.

### Champ d'enquête

12. *Est-ce que des procédures sont en place pour assurer la documentation des visites d'inspection?*

## Constatations

Toutes les provinces ont mis en place de quelconques procédures pour documenter les visites d'inspection. Les points ci-après décrivent l'éventail des approches utilisées.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, les inspecteurs documentent chacune des visites effectuées à un détaillant. Ils doivent produire des rapports de leurs activités quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles.

Au **Nouveau-Brunswick**, il incombe à chaque inspecteur de documenter ses propres inspections. Les formulaires de compte rendu des activités d'inspection reflètent la grille de saisie des données du système de suivi informatique du ministère des Finances. Le Ministère prévoit créer un nouveau formulaire et une nouvelle grille de compte rendu uniquement pour les ventes de produits du tabac.

En **Nouvelle-Écosse**, on se sert des Rapports d'activité Tabac (TARF) pour documenter les visites et on utilise des formulaires de collecte de données sur le respect de la loi pour documenter les vérifications de conformité.

Les inspecteurs de **Terre-Neuve** et du **Labrador** utilisent également les TARF pour documenter leurs inspections et les infractions constatées. Ils se servent des formulaires de rapport sur les vérifications de conformité pour documenter celles-ci. Étant donné qu'il n'y a eu ni contravention ni poursuite, il n'existe aucun rapport à cet effet.

Comme les bureaux régionaux ne sont pas reliés de façon électronique aux services de soutien du CSG au bureau régional de St. John's, ils ne produisent aucun rapport électronique de leurs activités. Il se peut qu'au cours de l'exercice financier 1997-1998, les services de soutien du CSG mettent sur pied une initiative qui permettrait d'assurer le suivi électronique des demandes de permis, de l'établissement des calendriers d'inspection et des inspections. Cela permettrait aux services de soutien d'établir un profil des activités de chaque inspecteur et, chose plus importante encore, un profil de chaque établissement en termes d'exigences législatives et de permis.

Conformément à l'accord de contribution, on a doté chacun des bureaux régionaux d'équipement informatique destiné à assurer le suivi des activités d'application des lois antitabac. On ne leur a cependant pas fourni de modem de communication et de logiciel de rapport, de sorte que s'ils produisent des rapports, c'est à l'aide du logiciel WordPerfect ou d'un tableur.

La vérification a en outre révélé qu'à Terre-Neuve et au Labrador, on utilise également les Rapports d'activité Tabac pour documenter les visites et les formulaires de collecte de données sur le respect de la loi pour documenter les vérifications de conformité.

En **Ontario**, le ministère de la Santé émet des lignes directrices sur les contraventions, les poursuites, l'action en justice, etc. Les décisions relatives à la surveillance, aux vérifications de conformité et aux priorités et objectifs en matière d'application de la loi se prennent à l'échelle locale. Toutes les procédures de compte rendu et de documentation sont également locales. Comme nous l'avons mentionné précédemment, certains services de santé utilisent le système CISS pour rendre compte de leurs visites d'inspection. Nous avons constaté dans les services où nous nous sommes rendus que les inspecteurs tiennent un registre dans lequel ils documentent toutes leurs visites (nom du détaillant, date, observations, infractions, etc.). Ils y entrent le nombre d'inspections effectuées et le nombre d'accusations portées. Cette information donne également un aperçu des tendances en matière de conformité. Elle est habituellement entrée dans une base de données informatisée, c'est-à-dire dans un système CISS d'envergure provinciale. Dans certains secteurs, on présente régulièrement des rapports sommaires à la Commission des services de santé municipaux de l'Ontario.

Les services de santé rendent compte de leurs activités au ministère de la Santé au moyen de rapports mensuels. Les rapports d'inspection demeurent dans les services et le Ministère ne possède aucun dépôt des dossiers d'inspection. Les poursuites font l'objet d'une surveillance distincte à l'échelle provinciale.

En **Colombie-Britannique**, la documentation des visites d'inspection se fait au niveau des services de santé, généralement à l'aide d'un formulaire normalisé appelé un H-124. Toutes les visites d'inspection sont habituellement documentées et l'on remet des rapports statistiques mensuels au ministère de la Santé. Dans certains cas (lorsque l'activité s'inscrit dans le cadre d'une autre inspection), les données relatives à l'application des lois antitabac ne constituent qu'une petite partie de ce que l'inspecteur entre dans un formulaire plus détaillé.

### **Observations**

Toutes les provinces ont mis en place des procédures pour documenter les visites d'inspection. Ces procédures vont de formulaires de rapport individuel comme le TARF à des comptes rendus informatisés des visites. À notre avis, les bases de données informatisées facilitent le suivi des inspections effectuées chez les divers détaillants et des infractions relevées. Il n'existe actuellement aucune norme nationale. Chacun des services examinés semble posséder un minimum satisfaisant de documentation.

#### **Champ d'enquête**

13. *Existe-t-il des procédures établies de supervision et de contrôle permettant d'assurer la qualité des activités d'inspection menées à bien?*

### **Constatations**

Les procédures de surveillance varient d'une province à l'autre et selon la taille du service d'application des lois antitabac. En général, elles ont tendance à être informelles. Dans les provinces décentralisées comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, les services de coordination de l'application des lois antitabac du ministère de la Santé se rendent dans les services de santé, mais non pour y exercer une surveillance.

Les paragraphes qui suivent décrivent les diverses approches utilisées.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, le service responsable de l'application de la loi mesure la qualité des activités d'inspection à partir des commentaires formels et informels reçus. Cela inclut les appels téléphoniques logés par les détaillants au directeur du service, l'examen périodique des feuilles de travail par le directeur et les commentaires de la secrétaire administrative du service au sujet de la qualité des dossiers des détaillants.



Au **Nouveau-Brunswick**, la structure de gestion repose sur la confiance qui s'est établie entre le directeur et les inspecteurs, en partie parce que ces derniers ne sont pas à Fredericton (où se trouve le directeur). Le directeur a toutefois accès aux données informatisées des bureaux régionaux, qui rendent compte de leurs activités d'inspection de façon centrale à partir de Fredericton.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, les coordonnateurs de l'application régionale du programme examinent les TARF pour s'assurer qu'ils sont complets avant d'en rassembler les données et de les présenter au coordonnateur provincial.

Les gestionnaires ne se rendent pas réellement sur le terrain pour déterminer si l'on y effectue des inspections complètes ou de bonne qualité (il en va de même pour toutes les inspections et non uniquement pour celles portant sur les produits du tabac).

En **Nouvelle-Écosse**, la direction de la TCU se fonde sur l'intégrité et les antécédents professionnels des inspecteurs pour s'assurer de la qualité des inspections effectuées. Les gestionnaires ne rencontrent pas réellement les inspecteurs pour vérifier la qualité de leurs inspections.

En **Colombie-Britannique**, on s'attendrait à ce que la supervision soit exercée à deux niveaux. Le premier est celui des services ou départements de santé, où la supervision relève habituellement de la responsabilité du directeur ou du gestionnaire de l'Inspection, à qui il incombe généralement de veiller au respect des exigences en matière d'hygiène alimentaire et des règlements sur la santé. Dans beaucoup de services, le directeur ou le gestionnaire approuve le programme de travail et reçoit des rapports des inspections. Toutes les visites d'inspection sont documentées manuellement sur des formulaires normalisés que fournit le ministère de la Santé (ou, dans certains cas, sur un formulaire conçu à l'interne). On fait parvenir chaque mois au Ministère des rapports statistiques ainsi qu'une copie des rapports d'inspection. Les inspecteurs tiennent également un registre quotidien de leurs visites.

Le deuxième niveau de supervision devrait être celui du bureau du coordonnateur de l'application du programme au ministère de la Santé. La province exerce son contrôle à l'aide des rapports mensuels qui lui sont remis. De plus, tous les services de santé doivent lui remettre copie de leurs formulaires d'inspection (H124), qui documentent leurs activités (respect de la loi, inspections, etc.). Le coordonnateur des produits du tabac passe en revue tous les rapports et établit des statistiques mensuelles. La surveillance provinciale repose donc sur la réception des rapports d'inspection et des contraventions. Bien que les services de santé produisent des rapports mensuels, le coordonnateur remanie les chiffres pour en assurer l'uniformité. On a mis en place un système qui permet d'assurer

le suivi de l'activité d'application de la loi à l'échelle de la province. Ce système n'a jamais bien fonctionné. Comme il n'existe aucun système provincial d'information permettant d'assurer le suivi des activités, la surveillance repose sur une compilation manuelle des données.

Étant donné que les services de santé sont très autonomes, le ministère de la Santé ne peut réellement prendre de mesures correctives, sinon en effectuant des visites personnelles et en réduisant le financement. Le coordonnateur des produits du tabac du Ministère passe en revue les rapports d'inspection et communique avec les services de santé s'il a des questions au sujet des renseignements qui y figurent.

La structure de l'**Ontario** est similaire à celle de la Colombie-Britannique. La supervision immédiate s'exerce au niveau des services de santé, qui assurent leur propre supervision. Le ministère de la Santé n'intervient que s'il estime que le rendement du service de santé est inférieur aux exigences. Il lui est difficile de tenir le service responsable, étant donné qu'il n'exerce qu'une autorité restreinte sur les services de santé. Chacun des gestionnaires responsables de l'inspection des services de santé utilise sa propre approche vis-à-vis de la gestion. Normalement, les inspecteurs doivent présenter des rapports hebdomadaires ou mensuels. Certains services surveillent les inspections à l'aide du système CISS. La plupart conservent les rapports d'inspection dans des dossiers en prévision de mesures ultérieures. À certains endroits, il n'y a pratiquement aucune supervision, c'est-à-dire que les inspecteurs sont chargés d'effectuer les inspections et de remplir les formulaires de rapport appropriés, alors qu'à d'autres, ils doivent remplir des feuilles d'activité de contrôle du tabac assez détaillées qui permettent de suivre de près les détaillants ayant fait l'objet d'une inspection. Les inspecteurs des services de santé produisent également des rapports quotidiens de leurs activités d'inspection. Dans certains services, cette information est également entrée dans le système CISS.

La province n'exerce que peu de contrôle sur les procédures d'inspection des services de santé, sinon au moyen de visites et, dans les cas extrêmes, de sanctions. De façon informelle, les services de santé demandent de l'aide au ministère de la Santé de la province et à Santé Canada, Ontario. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la qualité du programme d'application de la loi au sein des services de santé est variable et il y a très peu que le ministère de la Santé ne peut faire pour modifier l'approche locale. L'un des problèmes qui existe en Ontario consiste à définir ce qu'est la surveillance par rapport au respect de la loi, étant donné que les services de santé se fient beaucoup à la surveillance pour assurer l'application de la loi. Le ministère de la Santé s'efforce donc de leur fournir une meilleure orientation à cet égard, étant donné que tous les services ont leur propre interprétation des activités qui se rattachent à ces deux activités.

## Observations

Les procédures de surveillance en place dans chacune des provinces sont assez informelles. En Ontario et en Colombie-Britannique, en raison de la décentralisation, les ministères provinciaux de la Santé ne jouent pas un grand rôle dans la façon dont chacun des services de santé gère les programmes d'application. La qualité d'exécution du programme peut donc varier considérablement d'un service de santé à l'autre dans ces deux provinces.

### Champ d'enquête

14. *Est-ce qu'un système est en place pour consigner toutes les visites d'inspection, les contraventions, les vérifications de conformité, etc. et pour rendre compte de façon régulière de ces activités?*

## Constatations

Nous avons observé de grandes différences sur le plan de l'enregistrement et du compte rendu des activités d'inspection, comme il est décrit ci-après.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, il existe des formulaires et des procédures qui exigent la production de rapports sur toutes les activités du service. On fournit de la documentation pour chaque dossier de vendeur. Les inspecteurs produisent des rapports quotidiens, hebdomadaires et mensuels.

Au **Nouveau-Brunswick**, il incombe à chaque inspecteur de documenter ses propres inspections. Les formulaires de compte rendu des activités d'inspection reflètent le champ d'entrée des données du système de suivi informatique du ministère des Finances.

En **Nouvelle-Écosse**, les inspecteurs de la TCU doivent produire une synthèse de leurs activités toutes les semaines ou deux semaines, tous les mois (nous avons obtenu copie de rapports bimensuels, mensuels et trimestriels). Parmi les mécanismes de compte rendu utilisés, mentionnons les suivants (données régionales et cumulatives) :

- inspections au détail;
- enquêtes mineures et suivi;

- enquêtes majeures;
- ensemble des inspections (combinaison des activités susmentionnées);
- nombre de plaintes;
- infractions à la *Tobacco Access Act*;
- infractions à la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes*;
- nombre total d'infractions;
- nombre de vérifications de conformité;
- sommaire à ce jour.

Étant donné qu'il est ventilé par région, le système de compte rendu de la TCU est le plus détaillé de toutes les provinces maritimes.

**Terre-Neuve et le Labrador** utilisent les TARF pour documenter les inspections et les infractions et les formulaires de rapport sur les vérifications de conformité pour documenter ces dernières. Comme elle n'a remis aucune contravention ou entrepris aucune poursuite, la province n'a présenté aucun rapport à cet effet.

En **Colombie-Britannique**, les inspections, les vérifications de conformité et les tentatives d'achat sont consignées à l'aide du formulaire H-124 distribué par le ministère de la Santé. Le Ministère reçoit copie de ce formulaire à des fins d'analyse statistique. Il possède un exemplaire de vérification de toutes les inspections, vérifications de conformité et tentatives d'achat. Chaque service de santé ouvre habituellement un dossier pour les détaillants qui enfreignent la *Tobacco Sales Act* de la province. Certains services et départements de santé ont utilisé le logiciel conçu par la province ou ont conçu leur propre logiciel pour consigner toutes les visites, les contraventions et les vérifications de conformité. Le logiciel provincial s'étant révélé insuffisant pour la tâche, certains services ont conçu leur propre logiciel. Bien que le suivi des activités d'application de la loi et des infractions constitue une tâche complexe, la province n'a pas suffisamment financé l'achat de logiciels à cette fin.

En **Ontario**, toutes les inspections, mesures de surveillance et vérifications de conformité sont documentées au niveau du service de santé, au moyen d'un registre ou d'un formulaire d'inspection. Dans beaucoup de services, l'activité est entrée dans le système CISS à des fins de contrôle. Tout comme en Colombie-Britannique, la documentation peut se faire manuellement ou de façon informatique au niveau des services de santé. Le système CISS s'est avéré insuffisant pour consigner toute l'information nécessaire à l'application du programme, de sorte que les services de santé ne disposent pas d'une bonne base de données sur les inspections et les activités d'application de la loi ou de surveillance menées à bien auprès de chaque détaillant.

### **Observations**

Chaque province possède un système de consignation des activités d'inspection et de vérification de la conformité. Ces systèmes, le plus souvent manuels, varient d'une province à l'autre. Celui de l'Ontario, le CISS, sert à dénombrer les activités. Quelques services de santé de la Colombie-Britannique ont conçu des bases de données leur permettant de retracer les détaillants et de produire des rapports et des analyses de non-conformité. La plupart du temps, les systèmes de suivi de la conformité à la loi des détaillants sont inadéquats.

#### **Champ d'enquête**

15. *Existe-t-il des procédures de traitement, de documentation et de suivi des plaintes formulées par le public?*

a. *Ces procédures sont-elles respectées?*

### **Constatations**

La façon de traiter les plaintes varie beaucoup d'une province à l'autre. Certaines tiennent des systèmes très formels selon lesquels les plaintes sont consignées et font l'objet d'une enquête peu après. Dans d'autres provinces, on ajoute les plaintes à une liste des détaillants jugés précédemment non conformes à la loi et on procède à une vérification de suivi de la conformité à une étape ultérieure. Les paragraphes qui suivent décrivent l'approche adoptée dans les diverses provinces liées par un accord.

L'**Île-du-Prince-Édouard** possède un numéro 1-800, mais le public ne l'utilise cependant pas souvent. Comme les plaintes ne sont pas fréquentes, on remplit un formulaire pour chacune. Si la plainte

concerne un mineur, ses parents doivent être prêts à l'autoriser à comparaître en cour en cas de poursuite. La province ne tient aucun registre du volume des plaintes.

Le **Nouveau-Brunswick** ne possède aucune procédure écrite officielle de traitement des plaintes. Celles logées par le public sont documentées et on y donne suite. Les commentaires entourant les plaintes sont consignés dans les rapports d'activités quotidiennes. On avise les détaillants des plaintes reçues.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, les plaintes reçues sont ou non consignées officiellement à l'aide du formulaire de plaintes du CSG. Dans l'ensemble, les inspecteurs ne reçoivent que très peu de plaintes au sujet de la vente de produits du tabac à des mineurs. On attribue cela au manque de sensibilisation du public à la loi. La majorité des plaintes reçues concernant l'usage du tabac sont rattachées à la *Smoke Free Environment Act*.

En **Nouvelle-Écosse**, on consigne les plaintes à l'aide d'un formulaire à cet effet de la TCU. Ce formulaire renferme l'information suivante :

- date de la plainte;
- nom du plaignant (s'il est disponible);
- suspect;
- exposé de la plainte.

Toutes les plaintes font l'objet d'une enquête et peu importe qu'une accusation soit portée ou que l'on ferme le dossier sans qu'il y ait accusation, le plaignant est informé de la décision. Cette façon de faire confirme l'importance accordée la loi et est perçue comme un bon service à la clientèle.

En **Colombie-Britannique**, les services ou les départements de santé consignent les plaintes et les détails qui s'y rattachent sur un formulaire normalisé. Les plaintes relatives aux produits du tabac sont transmises à un inspecteur approprié pour qu'il en assure le suivi. Un formulaire de plainte est annexé à un exemplaire du rapport d'inspection transmis à la province. Toutes les plaintes font l'objet d'une enquête.

En **Ontario**, les plaintes sont consignées et transmises à un inspecteur pour suivi et enquête (souvent dans les 24 heures). On envoie ensuite une lettre au détaillant et, si cela est justifié, on le soumet à une surveillance et on lui fait parvenir une deuxième lettre si l'on constate qu'il ne se conforme toujours pas à la loi.

### **Observations**

Toutes les provinces possèdent des systèmes de suivi des plaintes. Il arrive toutefois souvent que des plaintes ne fassent pas l'objet d'un suivi officiel.

#### **Champ d'enquête**

16. *Existe-t-il des procédures de suivi des cas de non-conformité?*

a. *Ces procédures sont-elles respectées?*

### **Constatations**

Nous avons constaté que les procédures de suivi des cas de non-conformité varient d'une province à l'autre. Dans la plupart, les détaillants qui ne se conforment pas à la loi sont soumis à une ou deux vérifications supplémentaires de conformité. Lorsqu'on procède à une vérification supplémentaire et que celle-ci révèle que le détaillant ne respecte toujours pas la loi, on lui remet habituellement une contravention. Lorsqu'il est nécessaire d'entreprendre une poursuite, il arrive que l'on effectue deux autres vérifications (conformément aux lignes directrices du gouvernement fédéral). En Ontario, on a eu recours jusqu'ici à la surveillance aussi bien qu'aux vérifications de conformité pour assurer le respect de la loi. Lorsque l'on fait appel à la surveillance, les contraventions sont habituellement remises immédiatement.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, si un vendeur ne se conforme pas à la loi à la suite d'une première vérification de conformité, l'inspecteur entre dans le magasin et lui explique la situation. On lui envoie également une lettre d'information, qu'il respecte ou non la loi.

Si l'inspecteur détermine qu'un vendeur ne respecte toujours pas la loi après la seconde vérification de conformité, il entre dans le magasin et lui remet une contravention (qui n'occasionne aucun paiement) en guise d'avertissement. On remédie aux infractions touchant l'affichage dès leur

constatation (c'est-à-dire que l'on fournit au détaillant l'affichage approprié lorsqu'on relève une infraction).

Au **Nouveau-Brunswick**, il n'existe aucune procédure écrite pour les activités courantes. Dans les cas de non-conformité, s'il s'agit d'une première infraction (touchant par exemple l'affichage), on prend des mesures correctives immédiatement (en remettant par exemple de nouvelles affiches au vendeur). On informe également le vendeur des exigences et des règlements relatifs aux produits du tabac et on lui communique un avis verbal ou écrit. À la seconde infraction, le vendeur se voit remettre une contravention (l'amende étant de 100 \$ pour une première infraction) qu'il peut contester au tribunal (où une amende imposée par le tribunal peut être prélevée). Les secondes infractions peuvent également donner lieu à une suspension d'un mois du permis de vente de produits du tabac accordé au vendeur.

Aucune activité de suivi n'est menée à bien à la suite des vérifications de conformité, puisque la province n'a pas encore effectuée de telles vérifications. Elle a toutefois élaboré des procédures à cet effet.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, on remédie sur-le-champ aux infractions en matière d'affichage (c'est-à-dire que l'on fournit des affiches appropriées au détaillant dès que l'on constate l'infraction).

Les résultats des vérifications administratives de conformité sont documentés dans une lettre envoyée à tous les détaillants soumis à des vérifications; on y précise les résultats obtenus par leur établissement (c'est-à-dire s'ils se sont ou non conformés à la loi).

Il n'existe aucune procédure entourant les contraventions ou les poursuites reposant sur les vérifications de conformité. Le ministère de la Santé et le Department of Government Services and Lands de la province recherchent d'autres moyens de pénaliser les détaillants qui ne se sont pas conformés à la loi.

La **Nouvelle-Écosse** assure elle aussi un suivi des cas de non-conformité en faisant parvenir un avis écrit au détaillant et en effectuant des vérifications répétées de conformité. Nous avons constaté que dans cette province, les vérifications de conformité effectuées à des fins de poursuite prennent plus de temps que les vérifications à des fins administratives, étant donné qu'elles comportent des étapes supplémentaires.

En **Colombie-Britannique**, on envoie des lettres d'avis aux détaillants (certains services les leur remettent en main propre) après une première série de vérifications de conformité. La deuxième série



de vérifications sert à des fins d'application de la loi et prévoit une tentative d'achat, à la suite de laquelle on remet une contravention à ceux qui n'en ont pas respecté les exigences établies. Certains des services de santé effectuent des vérifications-éclair suivies d'une deuxième série de tentatives d'achat. D'autres ont effectué des inspections mais n'ont pas encore entrepris les vérifications de conformité. D'autres encore ont effectué des vérifications de conformité mais aucune tentative d'achat. Finalement, il semble y avoir des services de santé qui n'effectuent que des inspections et des enquêtes sur les plaintes.

En **Ontario**, les procédures utilisées sont beaucoup plus variées. Certains services de santé effectuent des vérifications-éclair ou des enquêtes pour déterminer qui sont les détaillants qui ne se conforment pas à la loi. La plupart des services semblent réagir aux plaintes ou effectuer principalement des inspections et de la surveillance. Dans certains secteurs, on cible les détaillants à surveiller tandis que dans d'autres, ils peuvent être choisis pour faire l'objet d'une enquête de suivi pour non-conformité. Normalement, on émet des contraventions aux détaillants si plusieurs vérifications de conformité révèlent qu'ils ne se sont pas conformés à la loi. Ceux que l'on surprend en train de vendre des produits du tabac à des mineurs au cours d'une activité de surveillance reçoivent immédiatement une contravention.

### **Observations**

Nous avons conclu qu'il n'existe aucune approche uniforme permettant aux provinces liées par un accord de contribution d'assurer le suivi des cas de non-conformité à la loi. Bien que les procédures de Santé Canada recommandent la réalisation de deux séries de vérifications de conformité, suivies de tentatives d'achat, les provinces (et dans certains cas, les services de santé) ont utilisé un certain nombre d'approches :

- inspections et règlement des plaintes seulement;
- utilisation de techniques de surveillance pour réagir aux cas de non-conformité;
- deux séries de vérifications de conformité suivies d'une tentative d'achat;
- une seule série de vérifications de conformité suivie d'une tentative d'achat.

### 3.5 Question 5 : Modalités des accords de contribution

#### Champ d'enquête

17. *Dans quelle mesure les modalités de l'accord sont-elles respectées?*
- a. *La province a-t-elle mené à bien les activités convenues?*
  - b. *A-t-elle correctement rendu compte de l'activité (tel que stipulé dans l'accord)?*
  - c. *A-t-elle dûment enregistré et facturé ses dépenses?*

#### Constatations

Notre conclusion générale est que chacune des provinces a respecté ses obligations en vertu de l'accord de contribution. À l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve et au Labrador, les unités de travail déclarées sont transparentes et identifiables. En Colombie-Britannique et en Ontario, elles sont crédibles mais étant donné que ces provinces ont eu de la difficulté à recueillir des données appropriées sur l'activité d'application, nous n'avons pu vérifier l'exactitude de leurs déclarations. Il ressort d'un examen de l'ensemble des rapports d'activité que la plupart des provinces ont en fait dépassé les objectifs des accords de contribution.

Nous avons en outre constaté qu'en Colombie-Britannique et en Ontario, les unités de travail déclarées se sont limitées à un petit nombre de services de santé. C'est donc dire que certains services et départements de santé de la Colombie-Britannique ont été surperformants alors que d'autres ont sous-performé. L'accord ne spécifie pas que les provinces doivent assurer une répartition adéquate du financement. Nous avons toutefois relevé que les accords de contribution des deux provinces stipulent que le programme d'application doit porter une attention particulière à « *une activité d'application de la loi équilibrée entre les régions sanitaires de la province* ».

Voici quelques observations particulières au sujet des accords.

À l'**Île-du-Prince-Édouard**, nous avons constaté que les inspections et les vérifications de conformité sont menées à bien conformément à l'accord. La province produit régulièrement le rapport trimestriel

sur l'application des lois antitabac. Elle utilise une méthode appropriée pour calculer le volume de travail et appliquer la formule et les coefficients de financement dans le but de facturer Santé Canada.

Au **Nouveau-Brunswick**, nous avons examiné les rapports produits en 1996 pour documenter les activités d'application de la loi sur le tabac menées à bien par les inspecteurs. Ces rapports sont conformes aux exigences de Santé Canada. La province a correctement entré et facturé ses dépenses.

Au cours de l'exercice financier 1995-1996, le Nouveau-Brunswick a consacré à l'activité d'application des lois antitabac 131 heures de plus que ce qui était prévu dans l'accord de contribution (3 000 heures prévues, 3 131 heures effectuées).

En **Nouvelle-Écosse**, l'examen des rapports trimestriels révèle que la province a dûment mené à bien les activités, présenté les rapports et facturé ses dépenses. Les rapports indiquent que la TCU a mené à bien plus d'activités que précisé dans l'accord de contribution au cours des exercices financiers 1995-1996 et 1996-1997.

À **Terre-Neuve et au Labrador**, l'examen des rapports trimestriels révèle que la province a dûment mené à bien les activités, présenté les rapports et facturé ses dépenses.

Les rapports indiquent que les bureaux régionaux ont mené à bien plus d'activités que précisé dans l'accord de contribution au cours de l'exercice financier 1995-1996.

En **Colombie-Britannique**, la vérification a révélé que l'accord prévoit le nombre d'unités de travail, le taux horaire et la nécessité d'effectuer 90 % des vérifications de conformité, des enquêtes et des aiguillages. Santé Canada ne paie pas les inspections courantes. La province reçoit des sommaires mensuels de chacun des services et départements de santé, de même que des rapports d'inspection corroborant les activités déclarées. Le coordonnateur du programme d'application des lois antitabac au ministère de la Santé examine les formulaires de rapport d'inspection et attribue aux services et aux départements de santé les activités qu'il juge appropriées. De cette façon, le ministère de la Santé ajuste les sommaires mensuels de façon à assurer l'uniformité.

La Colombie-Britannique produit un rapport cumulatif des progrès réalisés dans le cadre de l'accord. Il n'existe aucun système ou rapport unique qui livre un portrait temporel de ces progrès, étant donné que le système de compte rendu a été modifié depuis la signature de l'accord. En outre, Santé Canada a modifié ses exigences en la matière, ce qui est venu compliquer la situation. On obtient les résultats

cumulatifs en additionnant les données du mois à celles d'un rapport cumulatif précédent. Une partie du rapport provient d'une base de données informatisées; le reste se fait manuellement.

D'après notre examen, les factures présentées par la Colombie-Britannique semblent justifiables. Il n'est pas facile de retracer les rapports sous-jacents du service ou du département de santé, étant donné que le coordonnateur a établi les statistiques de l'activité à partir des formulaires d'inspection et que les activités déclarées, comme les inspections, les vérifications de conformité, etc., sont sujettes à une certaine interprétation.

Nous avons vérifié le respect de l'accord en **Ontario**. Essentiellement, les rapports sont conformes aux exigences de Santé Canada. Notre principale préoccupation tient au fait que les rapports mensuels produits par les services de santé, que regroupe le ministère de la Santé à Toronto, consistent en rapports sommaires des activités et ne s'accompagnent d'aucune justification. Qui plus est, il n'existe aucun système (comme le CISS) que l'on puisse utiliser pour valider les dénombrements d'activités. Par conséquent, le coordonnateur du programme d'application des lois antitabac doit passer en revue et réviser les chiffres en se fondant sur son interprétation des activités menées à bien. Nous n'avons pu déterminer le fondement de cet ajustement des rapports mensuels.

### **Observations**

Nous avons constaté que toutes les provinces liées par un accord de contribution en respectent les modalités. La facturation de Santé Canada repose en général sur les dénombrements d'activités, qui sont convertis en unités de travail tel que l'exigent les accords. À l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et au Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les unités de travail sont transparentes et les activités réalisées sont visibles. En Colombie-Britannique et en Ontario, les activités sont menées à bien au niveau des services et des départements de santé, qui transmettent des rapports à un coordonnateur de l'application du programme du ministère de la Santé de la province. Les rapports et les documents disponibles au bureau du Ministère n'étaient pas suffisants pour que nous puissions vérifier la validité des activités et des unités de travail déclarées. Nous nous devons de souligner que les deux provinces semblent avoir en fait dépassé les engagements pris en vertu de l'accord, mais il nous est impossible de vérifier les chiffres exacts.

#### **Champ d'enquête**

18. *Quelles sont les lacunes qui ressortent de façon évidente?*

Nous avons relevé dans les accords un certain nombre de lacunes qui pourraient à notre avis être éliminées ultérieurement.

1. Nous avons remarqué que les accords de contribution reposent sur la mesure des activités plutôt que sur celle du rendement en ce qui a trait à l'efficacité de la mise en application (p. ex., densité d'inspection, taux de conformité obtenus, etc.). Sans indicateurs de densité, il n'existe aucun moyen d'établir la corrélation entre les activités des provinces et les normes établies en la matière.
2. Les accords n'incluent pas de normes de densité pour les principales activités du programme d'application. À notre avis, le financement des activités devrait se faire en fonction de la fréquence annuelle par détaillant. Les détails de la norme pourraient être négociés avec chaque province, mais nous recommandons l'imposition d'une norme nationale étant donné qu'il s'agit du maintien et de l'application de lois fédérales par les provinces visées par les accords.
3. Les accords de contribution n'exigent pas que le gouvernement fédéral ou ceux des provinces assurent la viabilité du programme, bien qu'un grand nombre semblent d'avis que si les activités d'application diminuent, les taux de conformité chuteront assez rapidement. Nous recommandons que les futurs accords renferment une disposition exigeant que la province assure la viabilité du programme advenant qu'il ne soit plus financé par le gouvernement fédéral.
4. Les accords de contribution n'exigent pas que les provinces contrôlent et évaluent l'efficacité du programme d'après les achats de produits du tabac et le nombre de fumeurs chez les jeunes. C'est donc dire que l'on se fie à l'activité d'application à elle seule pour réduire (présumément) les achats de produits du tabac et l'usage de la cigarette chez les jeunes, sans prévoir d'évaluation du résultat souhaité, en termes par exemple de réduction de l'accès à ces produits et de diminution du nombre de jeunes fumeurs. Un futur accord devrait exiger le contrôle constant d'indicateurs des incidences à long terme, comme l'accès aux produits du tabac par les jeunes et les taux d'usage du tabac chez les jeunes. Cela permettrait d'ajuster le programme d'application si l'on n'obtenait pas les résultats souhaités.
5. On reconnaît dans les documents publiés sur la question que pour réduire l'accès des jeunes aux produits du tabac et leur usage du tabac, il est nécessaire d'appliquer la loi, d'informer et d'éduquer, de sensibiliser la collectivité et d'obtenir du soutien. Les accords de contribution

ne touchent que l'aspect conformité et ne nécessitent de la part des provinces l'adoption d'aucune approche globale. Il y aurait lieu de coordonner les futurs accords avec d'autres activités de la Stratégie de réduction de la demande de tabac afin de leur donner le plus d'impact possible.

6. Rien ne garantit que les activités déclarées en Colombie-Britannique et en Ontario sont tout à fait précises.
  - Bien que tous les services et départements de santé aient produit des rapports, leur degré de précision varie et il est difficile, voire impossible, de les vérifier avec précision; les niveaux d'activité semblent toutefois raisonnables et il est évident qu'une activité se déroule.
  - Les rapports ont été produits conformément à l'accord.
  - L'enregistrement et la facturation des dépenses sont conformes aux modalités de l'accord.

La plupart des provinces ont négligé de mettre en place des systèmes satisfaisants pour assurer le suivi des activités d'application de la loi et pour effectuer des analyses des cas de non-conformité à la loi des détaillants.

**Annexe A**  
**Liste des personnes interrogées**

## Liste des personnes interrogées

### Santé Canada - Bureau de contrôle du tabac

1. L. Rondeau
2. S. Hall
3. F. Pégeot (maintenant avec les Affaires fédérales-provinciales)

### Santé Canada - Bureaux régionaux de la DGPS

4. L. Kane  
Région de l'Atlantique (St. John's [Terre-Neuve])
5. M. Lapointe  
Région de l'Atlantique (Halifax [Nouvelle-Écosse])
6. E. Nickerson  
Région de l'Atlantique (Halifax [Nouvelle-Écosse])
7. P. Darling  
Région de l'Atlantique (Halifax [Nouvelle-Écosse])
8. D. Dionne  
Région du Québec
9. D. Wilkes  
Région de l'Ontario
10. D. Stitt  
Région centrale
11. G. Evoy  
Gestionnaire de district, Alberta et T.-N.-O.
12. D. Shelley  
Région de l'Ouest
13. I. Chan  
Région de l'Ouest

### Provinces

14. R. Coates  
Services d'hygiène du milieu, ministère de la Santé de Terre-Neuve
15. W. Moores  
Ministère des Services gouvernementaux et des Terres
16. B. Savory  
Coordonnateur provincial de la lutte antitabac



17. L. Gallant  
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard
18. M. Ungurain  
Unité de contrôle du tabac, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
19. L. Bennett  
Ministère des Finances du Nouveau-Brunswick, Gestion des comptes, Division des recettes
20. C. O'Connell  
Ministère des Finances du Nouveau-Brunswick, Gestion des comptes, Division des recettes
21. D<sup>r</sup> M. Scott  
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
22. G. Conway  
Ministère de la Santé de l'Ontario
23. B. Phillips  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
24. S. Little  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

#### **Services de santé**

##### Ontario

25. P. Jarman  
Service de santé du comté Windsor-Essex
26. M. Mitchell  
Service de santé de Scarborough
27. J. Chan  
Service de santé d'Etobicoke
28. T. Allan-Koester  
Service de santé de district de Perth
29. D. McMillan  
Service de santé de Middlesex-London
30. P. Scharfe  
Service de santé de Toronto
31. C. Orr  
Service de santé de district de Leeds, Grenville et Lanark
32. A. Raven  
J.-G. Albert  
Service de santé d'Ottawa-Carleton

33. S. Monaghan  
B. Mindell  
Service de santé de la ville de York

Colombie-Britannique

34. H. Langemann  
Service de santé de la ville de Vancouver
35. T. Shun  
G. Embree  
Service de santé de la ville de Burnaby
36. G. Rice  
Larry Percival  
Service de santé de la vallée supérieure du Fraser
37. K. Higo  
Service de santé de la ville de Richmond
38. B. Vath  
Service de santé de Cariboo
39. A. Thomas  
Service de santé de Peace River
40. K. Coueffin  
Service de santé de New Westminister
41. K. Christian  
Service de santé du South Central
42. R. Seltenrich  
Service de santé de Skeena

Bureaux des services gouvernementaux - Terre-Neuve

43. S. Williams  
St. John's
44. G. Perry  
Clarenville
45. G. Budgell  
Gander
46. R. Ledrew  
Gander
47. D. Johnson

Happy Valley/Goose Bay

**Personnel chargé de l'application des lois antitabac**

Terre-Neuve

- 48. T. Budgell
- 49. C. Hann
- 50. D. White

Île-du-Prince-Édouard

- 51. D. MacIntosh
- 52. R. T. McCullough

Nouveau-Brunswick

- 53. R. Fortin
- 54. J. Landry

Nouvelle-Écosse

- 55. E. McColloch

Québec

- 56. M-A. Marcoux
- 57. M. Thibault

Ontario-Provincial

- 58. J. Welch
- 59. Nana
- 60. E. Webb
- 61. B. Ryan
- 62. N. Lassard
- 63. C. Woznik-Mucci
- 64. M. Vas Concelos
- 65. M. Patel
- 66. L. Gini
- 67. G. Blair
- 68. E. Reddick
- 69. B. Foster

70. D. McWilliam
71. J. Burnett
72. V. Yershenko
73. R. Patten
74. K. Greenwood
75. K. Flannigan
76. B. Frattini
77. S. Deegan
78. L. Korte
79. V. Chiefari
80. T. Pacifico

Ontario-Fédéral

81. A. DeBoer
82. B. Gilchrist
83. J. Zeggil
84. M. Benaissa

Manitoba

85. R. Dunbar
86. J. Shannon

Saskatchewan

87. L. Koehler
88. E. Thorne

Alberta

89. N. Tunke
90. P. Thirnbeck
91. R. Neilsen
92. R. Reid
93. C. Ellams

Colombie-Britannique

94. D. Luka
95. D. Quibelle

- 96. J. Manning
- 97. J. Yee
- 98. S. Bodani
- 99. K. Klepachuk
- 100. C. Tung
- 101. B. Wojciechowski
- 102. K. Herle

**Associations de vente au détail**

- 103. L. Dumulong  
Association nationale des distributeurs de tabac et de la confiserie
- 104. J. Geci  
Conseil canadien de la distribution alimentaire
- 105. P. Flach  
Coalition canadienne pour une pratique responsable du commerce du tabac