



Public Health  
Agency of Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

# RAPPORT DE VÉRIFICATION

QUARANTAINE, MIGRATION ET SANTÉ DES VOYAGEURS  
ET RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Division des services de vérification

Janvier 2010

Approuvé par l'administrateur en chef de la santé publique

le 18 février 2010

Canada

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	2
<b>Contexte</b> .....	4
<b>Objectifs de la vérification</b> .....	6
<b>Portée de la vérification</b> .....	6
<b>Approche et méthodologie</b> .....	7
<b>Observations et recommandations</b> .....	8
<b>Partie I – Programme de quarantaine</b> .....	8
Orientation stratégique et gouvernance .....	8
Gestion des risques .....	12
Modèle de prestation de services de quarantaine.....	13
Mesure du rendement .....	17
Processus et outils de soutien.....	19
Ressources organisationnelles et humaines.....	22
Administration et application de la LMQ.....	24
<b>Partie II – Programme de migration et de santé des voyageurs</b> .....	25
Cadre de gestion .....	26
Site Web La Santé des voyageurs .....	28
<b>Troisième partie – Règlement sanitaire international</b> .....	30
<b>Conclusion générale</b> .....	36
<b>Remerciements</b> .....	36
<b>Annexe A : Critères de vérification</b> .....	37
<b>Annexe B : Plan d’action de la direction</b> .....	42
<b>Annexe C : Options pour des modèles de prestation de services</b> .....	52
<b>Annexe D : Liste des acronymes</b> .....	63

## Résumé

1. La vérification a pour objectifs principaux de déterminer si l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dispose des mécanismes de contrôle adéquats permettant de veiller à ce que les programmes de quarantaine, de migration et de santé des voyageurs, de même que les activités connexes, soient gérés conformément aux principes d'économie, d'efficacité et d'efficacité; de déterminer si l'Agence a établi des mécanismes adéquats pour l'administration et l'application de la *Loi sur la mise en quarantaine*, et vérifier si l'ASPC se conforme au *Règlement sanitaire international* (RSI).
2. La vérification s'est déroulée de mars 2009 à janvier 2010 et a donné lieu à des entrevues avec des représentants de l'ASPC, des partenaires de la prestation de service et des intervenants ainsi que des visites aux aéroports d'Halifax, de Montréal, d'Ottawa et de Toronto ainsi que dans des bureaux régionaux.
3. La vérification a permis de relever un certain nombre de points dont il faut s'occuper. Les observations préliminaires sont données ci-dessous.

### Programme de quarantaine

4. La vérification a permis de constater que les agents de quarantaine respectent les pouvoirs qui leur sont octroyés en vertu de la *Loi sur la mise en quarantaine* (LMQ) et de son Règlement et nous n'avons relevé aucun cas significatif où l'administration et l'application de la Loi ont été négligées. Toutefois, l'ASPC n'a pas encore mis au point une stratégie visant l'administration des obligations que stipule la Loi à l'égard des voyageurs qui quittent le pays.
5. Comme l'Agence n'a pas encore énoncé un mandat clair pour le Programme de quarantaine, les objectifs et les plans stratégiques et opérationnels du Bureau des services de la quarantaine sont imprécis.
6. La direction du Programme de quarantaine ne dispose pas de renseignements fiables attestant le rendement et l'efficacité du Programme ni de mécanismes de gestion des risques permettant d'identifier, d'évaluer, de surveiller et d'atténuer les risques et d'établir des rapports à ce sujet. Les renseignements de base permettant de décrire le rendement du programme et d'aider à la prise de décisions opérationnelles font également défaut. De la même façon, l'ASPC et le Bureau des services de la quarantaine (ci-après nommé Bureau) manquent d'information de base sur la charge de travail et le rendement des postes de quarantaine leur permettant d'évaluer et de maximiser l'harmonisation des ressources opérationnelles avec les charges de travail.

7. Sans de solides assises, l'Agence ne saurait être en bonne posture pour élaborer et mettre en œuvre un modèle efficace de la prestation des services permettant d'administrer le Programme de quarantaine.
8. Pour maximiser le modèle de la prestation des services, l'Agence doit réévaluer le profil de risques des voyageurs internationaux, qui tient compte également des risques de nouvelles maladies et démographiques ainsi que la fréquence et la nature en évolution des voyages internationaux.
9. À l'instar du Bureau, les rôles et les responsabilités des différents partenaires dans la prestation de services sont imprécis.

### **Programme de migration et de santé-voyage**

10. Le Programme de migration et de santé-voyage ne dispose pas de mandat et d'objectif clairs ni d'une source de financement stable. Des progrès ont été réalisés au chapitre de l'élaboration et de l'approbation d'une vision pour le Programme, mais les efforts pour concrétiser cette vision sont au point mort.
11. Le Programme offre aux voyageurs et aux praticiens des renseignements et des conseils sur la santé des voyageurs dans un site Web. Toutefois, il n'existe aucun mécanisme d'évaluation rapidement et facilement utilisable qui permettrait de vérifier méthodiquement si l'information présentée est pertinente, opportune et utile.
12. On incite l'ASPC à poursuivre ses efforts avec les provinces et les territoires dans le but de moderniser et améliorer l'efficacité du processus de la certification des centres de vaccination au Canada et de s'assurer que les vaccins pour les voyageurs sont conformes au Règlement sanitaire international.

### ***Règlement sanitaire international***

13. L'Agence a mis sur pied une structure de gouvernance qui encadre la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (RSI). Elle respecte les exigences minimales du Règlement, auxquelles il fallait se conformer en juin 2009. Toutefois, une attention doit être portée à certains points afin de respecter intégralement le RSI d'ici juin 2012.

### **Conclusion**

14. Il faut chercher des solutions à bon nombre de problèmes relevés dans le présent rapport afin de s'assurer que la santé des Canadiens continue d'être protégée à la frontière canadienne de manière efficace sur le plan économique. La direction doit s'efforcer :

- d'énoncer clairement et de faire connaître le mandat, les stratégies et les objectifs opérationnels du Programme de quarantaine et de maximiser le modèle de prestation des services;
- d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels utiles et d'assurer une base de financement stable pour le Programme de migration et de santé des voyageurs;
- de veiller à ce que l'ASPC continue de progresser en ce qui concerne le respect intégral du RSI d'ici 2012.

### **Réponse de la direction**

15. La direction de l'Agence est d'accord avec nos observations et recommandations et un plan d'action de la direction est présenté à l'Annexe B.

### **Contexte**

16. À la suite de l'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, il est devenu évident que le Canada devait se doter d'un point de mire national pour les questions touchant la santé publique. Dans la foulée, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) entrait en fonction le 24 septembre 2004.
17. L'émergence de nouveaux agents pathogènes et la réémergence de menaces de maladie connues sous de nouvelles formes se sont multipliées partout sur la planète. Cette tendance s'explique par divers facteurs, tels que le mouvement accru des populations vers les milieux urbains, le réchauffement planétaire et l'empiètement, sur des zones auparavant inhabitées, par des populations humaines, qui ont des contacts étroits avec des espèces sauvages.
18. Les mouvements, qui évoluent, de la migration mondiale, que ce soit en raison de la guerre, de désordres sociaux, de meilleures perspectives économiques ou du tourisme, ont changé profondément la composition du pays d'origine des migrants entrant au Canada. Au cours des années 1990, le Canada a admis plus de 2,2 millions d'immigrants, soit le plus important afflux dans une décennie au cours des cent dernières années. Lors du recensement de 2001, qui a permis de dénombrer plus de 200 groupes ethniques, 18,4 % de la population a déclaré être née à l'étranger<sup>1</sup>. En 2008 seulement, le Canada a accepté 10 800 réfugiés recommandés par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés en vue de leur

---

<sup>1</sup> Statistique Canada, 2009, Portrait ethnoculturel du Canada. [www12.statcan.ca](http://www12.statcan.ca).

rétablissement et plus de 72 000 voyageurs ont demandé le statut de réfugié<sup>2</sup>.

19. Un réseau mondial en plein essor d'itinéraires aériens a lié plus de 3 500 villes constituant des points de départ de vols internationaux qui ont transporté plus de deux milliards de voyageurs par année dans tous les coins du globe. Bien que près de 60 % des plus de 15 millions de passagers aériens entrant au Canada proviennent d'aéroports aux États-Unis et au Royaume-Uni, le trafic en provenance des pays en développement prend de l'ampleur. En effet, les voyageurs qui arrivent de la Chine et qui entrent au Canada (780 000) se classent maintenant au troisième rang, suivis par ceux du Mexique (655 219). De plus, le nombre de voyageurs venant de l'Inde (331 678), de la Corée du Sud (219 331) et des Philippines (155 461) ne cesse de croître<sup>3</sup>.
20. Les tendances à la hausse de l'existence d'agents pathogènes conjuguées à la migration et au transport aérien efficace et peu coûteux dans une économie mondialisée ont profondément modifié le paradigme du risque lié aux voyages dans le monde et au Canada. Comme nous l'avons constaté dans le cas de l'influenza pandémique H1N1 qui sévit actuellement, une épidémie peut maintenant se propager rapidement et devenir mondiale en quelques jours à peine, ce qui raccourcit grandement le délai pour la détection et la prise de mesures.
21. Ayant pris acte de ces tendances, les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OSM) ont décidé d'adopter une approche plus active afin de mieux atténuer les risques et les conséquences d'une dissémination internationale de maladies infectieuses. Cette stratégie avait comme maillons clés, entre autres, l'examen en 2005 du *Règlement sanitaire international* (RSI) visant à mieux gérer les moyens de défense collectifs permettant de détecter les cas de maladie et de réagir aux risques et aux situations d'urgence menaçant la santé publique. Le Canada a approuvé le RSI, qu'il s'est engagé à mettre en œuvre intégralement d'ici juin 2012. De plus, le gouvernement du Canada a renforcé la *Loi sur la mise en quarantaine* (LMQ) en décembre 2006 et adopté trois ans plus tard la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*, qui améliorent le contrôle des agents pathogènes humaines.
22. La complexité et le caractère mondial de ces menaces ont mis en relief la nécessité que les opérations visant la santé publique et la sensibilisation à ce sujet, tant au Canada qu'avec des partenaires internationaux, soient mieux intégrées et coordonnées. On reconnaissait ainsi que les voyages et la migration consistent en une série d'activités liées (un continuum) dans

---

<sup>2</sup> World Refugee Survey 2009.

<sup>3</sup> Bio.DIASPORA Project, 2009, Kahn et coll. [www.biodiaspora.com](http://www.biodiaspora.com)

toutes les phases : la période précédant le départ, les transits et la période suivant le retour au Canada. Ces changements majeurs ont touché directement les activités de l'Agence concernant la dynamique et l'incidence de la mobilité de la population sur la santé publique.

23. Outre ces vecteurs de changement, nous avons constaté que l'actuel Programme de quarantaine a été mis en œuvre rapidement à la suite de l'apparition du SRAS en 2003, toutefois sans mandat approuvé ni structure de financement et de ressources officielle (c'est-à-dire, présentation au Conseil du Trésor). L'Agence ne s'est pas encore occupée de ce manquement. C'est dans ce contexte que la Division des services de vérification a examiné les programmes de quarantaine, de migration et de santé des voyageurs et des activités relatives au RIS.

## **Objectifs de la vérification**

24. La vérification poursuit les objectifs suivants :
- déterminer si l'ASPC dispose des mécanismes de contrôle adéquats permettant de veiller à ce que les programmes de quarantaine, de migration et de santé des voyageurs, de même que les activités connexes, soient gérés conformément aux principes d'économie, d'efficacité et d'efficacités;
  - déterminer si l'Agence a établi des mécanismes adéquats pour l'administration et l'application de la LMQ, et vérifier si l'ASPC se conforme au RSI;
  - vérifier le modèle de prestation des services de quarantaine;
  - repérer des possibilités d'amélioration, le cas échéant.

## **Portée de la vérification**

25. La vérification des programmes de quarantaine, de migration et de santé des voyageurs ainsi que des activités découlant de la RSI fait partie du plan de vérification axé sur les risques de l'Agence de 2009-2014.
26. La portée de la vérification comportait l'examen :
- de toutes les activités liées aux programmes de quarantaine, de migration et de santé des voyageurs ainsi qu'au RSI, notamment de la conception, de l'élaboration et de l'exécution de ces programmes et de leur structure de gouvernance, afin de déterminer si l'Agence administre et applique adéquatement la LMQ;

- de facteurs clés à prendre en considération en ce qui a trait à la gestion, notamment :
    - cadre de contrôle de la gestion;
    - rôles, responsabilités organisationnelles;
    - processus de prestation de service opérationnels, régionaux et d'équipe;
    - pratiques de gestion en matière de rapport et de l'information;
    - stratégies et pratiques pour la gestion du risque.
  - la conformité de l'ASPC selon la phase d'évaluation prévue par le RSI. Les travaux ont concerné essentiellement des articles liés aux points d'entrée (Partie IV) et aux documents sanitaires (Partie VI).
27. Les activités complémentaires visant la santé des migrants que mènent d'autres directions générales de l'Agence (p. ex. directions générales responsables de la promotion de la santé, des programmes de contrôle et de maladies) ne sont pas prises en compte dans la portée de la vérification.

## **Approche et méthodologie**

28. La vérification a été effectuée conformément à la Politique sur la vérification interne du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) du Canada et aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne établies par l'Institut des vérificateurs internes (IVI). Toutefois, aucune évaluation externe visant à démontrer la conformité de la fonction de vérification interne de l'ASPC avec les normes et le code d'éthique de l'IVI n'a été menée. La vérification s'est déroulée de mars 2009 à janvier 2010.
29. Les critères et les sous-critères (annexe A) de la vérification se fondent sur la législation pertinente, les politiques du Conseil du Trésor (CT), les pratiques de gestion généralement reconnues, les contrôles de gestion de base du Bureau du contrôleur général en plus d'avoir servi à élaborer un programme de vérification. Les méthodes de la vérification consistent en un examen documentaire, un examen approfondi de dossiers, des entrevues avec des gestionnaires, des spécialistes de programme et des représentants de partenaires de programme. Des visites sur les lieux ont été effectuées à l'Administration centrale (AC), aux aéroports d'Halifax, de Montréal, d'Ottawa et de Toronto ainsi que dans des bureaux régionaux.



## Observations et recommandations

### PARTIE I – PROGRAMME DE QUARANTAINE

30. Le Programme de quarantaine applique la LMQ et son Règlement. « [Il] joue un rôle essentiel dans la prestation des services et l'intervention en matière de santé publique au Canada. Responsable de la surveillance des points d'entrée et de départ internationaux du Canada, le Service de quarantaine assure une évaluation d'urgence, une gestion et un suivi des cas soupçonnés de maladies transmissibles chez les voyageurs arrivant par voie aérienne, terrestre et maritime. La quarantaine joue aussi un rôle vital dans la préparation en cas de pandémie et l'intervention à l'égard des situations d'urgence qui pourraient constituer une menace à la santé des Canadiens, comme une éclosion ou une pandémie. »<sup>4</sup> De plus, ce Programme nécessite une étroite collaboration avec d'importants partenaires aux points d'entrée (PE), tels que Santé Canada (SC), la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), Citoyenneté et Immigration (CIC), Transports Canada (TC), les administrations portuaires et aéroportuaires ainsi que les autorités sanitaires locales.
31. En juin 2009, le Bureau des services de la quarantaine (le Bureau) comptait quelque 35 employés, pour la plupart des agents de quarantaine (AQ). Les dépenses pour les exercices 2007-2008 et 2008-2009 s'élevaient à 2,82 M\$ et 2,52 M\$, respectivement.

### Orientation stratégique et gouvernance

32. Nous nous attendions à ce que le Programme de quarantaine comporte des éléments essentiels, tels que la cohérence interne, la structure de gouvernance adéquate et l'harmonisation en fonction des résultats, qui lui permettent de formuler une orientation stratégique efficace.
33. **Stratégie du Programme de quarantaine.** Nous avons constaté que le mandat et les objectifs opérationnels du Programme de quarantaine ne sont pas encore clairement énoncés. En avril 2009, la direction du Programme a élaboré, en collaboration avec des agents de quarantaine de niveau supérieur, un exposé de position sur le Bureau qui décrivait les objectifs et les produits à livrer du Programme. Ce document s'efforçait de justifier le modèle de fonctionnement appliqué, qui prévoyait le maintien de stations de quarantaine dans six aéroports au Canada en plus de décrire des initiatives que devait mener l'organisation. Or, cet exposé de principe, que la haute direction n'a pas étudié formellement ni approuvé, ne répond pas à

---

<sup>4</sup> <http://intranet.phac-aspc.gc.ca/newsletter-bulletin/iss122-2007-10-fra.html>

d'importantes questions touchant au mandat et aux objectifs opérationnels du Programme, notamment :

- les attentes à l'égard du rôle « réactif » pour la quarantaine (p. ex. prise de mesures à la suite d'appels au sujet de cas de quarantaine) en comparaison de celles ayant trait au rôle « dynamique » de la promotion, de la planification et de la mise en œuvre de programmes de sensibilisation à la santé publique destinés à des partenaires de la prestation de services, des intervenants et les voyageurs;
- la stratégie en vigueur pour traiter les questions relatives à la quarantaine aux frontières terrestres, dans les ports maritimes et dans les aéroports internationaux sans AQ;
- la stratégie en vigueur pour traiter des cas de quarantaine complexes, largement médiatisés ou à haut risque (p. ex. grand nombre de voyageurs malades ou voyageurs arrivant dans une localité éloignée et nécessitant une capacité de pointe souple et adaptable);
- l'absence d'un ordre de priorité et l'ambiguïté quant aux délais prévus d'un certain nombre de nouvelles initiatives.

34. **Rôles du Programme de quarantaine.** Les principales responsabilités de l'ASPC et des partenaires en vertu de la *Loi sur la mise en quarantaine* (LMQ) sont les suivantes.

- Les agents de quarantaine, relevant de l'Agence, évaluent les voyageurs malades arrivant au Canada ou quittant ce pays soupçonnés d'avoir été en contact avec une maladie transmissible ou d'en être atteint; organisent le transfert de voyageurs soupçonnés d'être atteints de maladie transmissible vers des installations de soins de santé; établissent et maintiennent des relations avec les partenaires clés au point d'entrée.
- Les agents des services frontaliers (agents des douanes), de l'ASFC, contrôlent les voyageurs et les véhicules qui arrivent au Canada et orientent les voyageurs soupçonnés d'être atteints de maladie transmissible à un agent de quarantaine.
- Les agents d'hygiène du milieu, de Santé Canada, ont le pouvoir d'inspecter les véhicules arrivant au Canada et sont à pied d'œuvre pour aller vérifier à l'étranger si un quelconque véhicule constitue le foyer d'une maladie transmissible.
- Les agents de la paix, relevant des forces publiques, au besoin, aident les agents aux prises avec un voyageur refusant d'obéir aux ordres et appréhendent les contrevenants.

35. Même si ces rôles sont clairement énoncés, la définition des responsabilités au chapitre de la gouvernance incombant aux organismes participants n'est pas claire, plus particulièrement, en ce qui concerne le rôle joué par l'ASPC dans l'administration de la LMQ : est-elle chef de file ou collaboratrice ou encore apporte-t-elle un soutien? Le Bureau s'est donc efforcé de modifier la définition des rôles et des responsabilités des partenaires de la prestation des services en établissant un certain nombre de protocoles d'entente et de documents-cadres. Toutefois, à ce jour, un seul accord a été signé avec un partenaire, soit Aviation civile de Transports Canada, dans le cadre de la LMQ, lequel accord précise les rôles dans le cas de déroutage d'avion.
36. Quatre ans après l'adoption de la LMQ, il faut encore faire le point sur un certain nombre de rôles et de responsabilités au chapitre des risques.
- Un protocole d'entente provisoire entre l'ASPC et l'ASFC a bien été établi, mais sa version définitive n'a pas encore été rédigée ni signée. Étant donné le rôle capital que jouent les ressources de l'ASFC dans le contrôle des voyageurs internationaux et de ses priorités conflictuelles (elle administre quelque 90 lois, notamment la LMQ), il est impératif d'énoncer clairement les attentes et les responsabilités de chacun des organismes.
  - Bien d'autres organisations jouent un rôle non reconnu (en vertu de la LMQ) dans le contrôle des voyageurs malades. Par exemple, lorsqu'un employé d'une compagnie aérienne découvre un passager malade à bord d'un avion, il ne communique directement qu'avec le centre des opérations de l'aéroport (et non le poste de quarantaine). Ainsi, le gestionnaire de l'aéroport en fonction devra prendre une décision pour ce qui du contrôle de ce voyageur, c'est-à-dire, faire intervenir ou non l'agent de quarantaine dans le processus. Compte tenu du rôle qu'elles jouent, il est impératif que les attentes à l'égard des administrations aéroportuaires et les responsabilités qui leur incombent en ce qui concerne l'administration de la LMQ soient clairement énoncées.
  - Le Bureau a encadré l'élaboration de documents-cadres décrivant les rôles et les responsabilités généraux de l'ASPC, des provinces et des territoires, des autorités sanitaires locales et des administrations aéroportuaires. Toutefois, l'Agence n'a pas encore adopté officiellement ces documents et les consultations auprès des provinces et des territoires ainsi que des intervenants ont été expéditives. De plus, les provinces et les territoires appliquant différents modèles de prestation de services de soins de santé, il est impératif que le Bureau s'emploie à définir rôles et responsabilités et à rédiger la version définitive des accords avec chacun des ordres de gouvernement afin que les attentes de toutes les parties soient clairement comprises.

- L'administration des dispositions de la LMQ touchant les véhicules (bateau, aéronef, train, véhicule à moteur, remorque et autre moyen de transport, notamment les conteneurs, qui arrivent au Canada ou s'appêtent à en sortir) relève de Santé Canada. Ce ministère dispose également d'infirmières œuvrant dans d'autres domaines, tels que la santé et la sécurité au travail. Ces ressources permettraient de réagir à d'importants cas de quarantaine, mais, actuellement, il n'existe aucun accord officiel à l'appui de ce mécanisme souple.
  - Les coordonnateurs régionaux des mesures et interventions d'urgence ont le mandat de coordonner les mesures sanitaires relevant du gouvernement fédéral prises en collaboration avec des intervenants et touchant les plans, les politiques, les procédures et la prestation de formation pour la préparation aux cas d'urgence. Ils font partie du Comité national mixte sur les mesures et les interventions d'urgence, où siègent également tous les partenaires et les intervenants au portefeuille de la Santé. Ces coordonnateurs ont pour rôle de veiller à ce que les autorités sanitaires locales et provinciales colligent des données pertinentes sur des questions touchant la santé. Or, comme les relations entre le Bureau et ces coordonnateurs ne sont pas établies en bonne et due forme, leur interprétation varie.
37. **Gouvernance du Programme de quarantaine.** On n'avait pas encore mis en œuvre de structure de gouvernance exhaustive du Programme pour l'administration de la LMQ. Or, le Bureau a pris des dispositions pour établir et employer une structure de gouvernance inter-organisationnelle à cette fin en mettant sur pied en 2008 le comité responsable des opérations relatives à la LMQ.
38. La mise sur pied de cette tribune constitue un moyen efficace pour préciser les rôles et les responsabilités et traiter les problèmes ayant trait à la mise en œuvre dès qu'ils surviennent. Jusqu'à présent, ce Comité ne se compose officiellement que de représentants de l'ASPC et de Santé Canada. Toutefois, à la lumière des observations que nous avons faites sur la mise en œuvre des enjeux et des difficultés qui sont survenues entre l'Agence et le ministère, nous sommes d'avis que des représentants de l'ASFC, un partenaire indispensable de la prestation des services, devraient également faire partie du comité, ce qui aiderait grandement les partenaires de la prestation des services à préciser les rôles et les responsabilités et à s'occuper de problèmes touchant la mise en œuvre de la LMQ.

## **Conclusion**

39. Le mandat et la stratégie du Programme de quarantaine ne sont pas établis en bonne et due forme et aucune structure de gouvernance exhaustive du Programme pour l'administration de la LMQ n'est encore mise en œuvre. La direction doit s'attacher à préciser les différents rôles et responsabilités

des principaux partenaires et intervenants à l'égard de la prestation de services et à les adopter officiellement.

### **Recommandations**

40. La haute direction de l'Agence devrait préciser le mandat du Programme de quarantaine.

Une fois cette démarche accomplie, la direction du Programme devrait :

41. élaborer un plan stratégique et un plan organisationnel qui encadreront les activités du Programme;
42. élaborer un protocole d'entente avec les importants partenaires dans la prestation de service et l'adopter officiellement.

### **Gestion des risques**

43. Nous nous attendions à ce que des mécanismes de gestion des risques contribuant à l'identification, à l'évaluation, à la surveillance et à l'atténuation des risques opérationnels et stratégiques ainsi qu'à l'établissement de rapports à leur égard soient en place.
44. **Risques opérationnels et stratégiques.** La direction du Programme n'a pas encore élaboré de processus vigoureux de gestion des risques permettant de tenir compte des risques opérationnels et stratégiques. En l'absence d'une approche dynamique à l'égard de l'évaluation et de la gestion des risques, il est difficile de déterminer si l'approche à l'égard des services de la quarantaine dans le cadre de l'administration de la LMQ permet de réduire de quelque façon que ce soit les risques de propagation de maladies transmissibles par des voyageurs internationaux arrivant au Canada par ses points d'entrée frontaliers. Nous tenons compte ici, d'une part, d'importants facteurs de risque, tels que la multiplication des voyages internationaux ayant une incidence sur la nature et le potentiel de propagation des maladies transmissibles et, d'autre part, des limites inhérentes dans l'administration de la LMQ. Ces limites comprennent le fait de ne pas gêner indûment le mouvement des voyageurs arrivant aux points d'entrée frontaliers du Canada et le rôle des ressources de l'ASFC qui consiste à identifier les voyageurs présentant un « haut risque de maladie transmissible ».
45. En plus de l'identification et de l'atténuation des risques courants, il faut élaborer une stratégie et un plan permettant de composer avec des cas de quarantaine complexes, fortement médiatisés ou à haut risque car actuellement, le Programme de quarantaine ne dispose d'aucune information à ce sujet.

## **Conclusion**

46. D'une part, il reste aux représentants du Programme à élaborer une vigoureuse approche pour l'identification, l'atténuation et la gestion des risques et, d'autre part, il n'y a pas de plan d'urgence pour faire face à d'importants incidents de quarantaine.

## **Recommandations**

Lorsque le mandat du Programme de quarantaine sera précisé, la direction du programme devrait :

47. réaliser une évaluation exhaustive des risques et élaborer un plan de gestion des risques;
48. élaborer un plan et une stratégie permettant de composer avec des cas de quarantaine complexes, fortement médiatisés ou à haut risque.

## **Modèle de prestation de services de quarantaine**

49. Nous nous attendions à ce que l'ASPC ait mis en œuvre un modèle de prestation de services contribuant à l'exécution de responsabilités en vertu de la LMQ et procurant la capacité et la souplesse nécessaires pour donner des services et atteindre les niveaux de service stipulés par la Loi. Nous escomptions également que l'Agence joue un rôle prépondérant dans la sensibilisation des partenaires de la prestation des services et des voyageurs internationaux à l'égard des risques liés aux maladies transmissibles et à la santé publique.
50. **Explications quant aux emplacements des postes de quarantaine.** L'actuel modèle de prestation de services de quarantaine a été élaboré pour contrer l'épidémie de SRAS en 2003. Il a été adopté à la suite d'une évaluation préliminaire des risques, qui a conclu :
- que les aéroports internationaux représentent les points d'entrée les plus à risque;
  - que le détachement d'agents de quarantaine auprès des sept aéroports du Canada accueillant le plus grand volume de voyageurs internationaux (Toronto, Vancouver, Montréal, Calgary, Ottawa, Halifax et Edmonton – *dont le poste de quarantaine a été fermé ultérieurement*) permettrait de contrôler 94 % des voyageurs aériens internationaux arrivant au pays.
51. Le modèle de prestations de service en vigueur regroupe les postes de quarantaine en fonction de la taille des aéroports, à savoir les grands aéroports (Toronto, Montréal et Vancouver) et les petits aéroports (Ottawa, Halifax et Calgary). Habituellement, on trouve dans les grands aéroports

des agents en fonction jusqu'à 17 heures par jours, tous les jours de la semaine, tandis que dans les petits aéroports, les agents sont présents huit heures par jour, cinq jours par semaine. Tous les aéroports doivent répondre aux appels informant de cas de quarantaine provenant des aéroports internationaux, des ports maritimes et des frontières terrestres dans leur région. Toutefois, les grands aéroports doivent également donner suite à des appels de cette nature que logent les petits aéroports lorsque leurs agents ne sont pas sur les lieux.

52. Selon les données sur les arrivées internationales de 2008-2009, 91 % des voyageurs aériens internationaux sont entrés au Canada par l'un des six aéroports internationaux dotés de postes de quarantaine et 79 % de ces voyageurs sont arrivés à l'un des trois grands aéroports, soit Toronto, Vancouver et Montréal.
53. À la lumière du portrait de la situation que nous avons actuellement, nous nous interrogeons sur l'intérêt de maintenir une capacité composée d'agents pour les interventions en cas de quarantaine dans les trois petits aéroports, capacité qui repose sur les critères de risque employés lors de l'élaboration du modèle de prestation de services en 2003. Le traitement des appels concernant la quarantaine et des incidents impliquant cet isolement rend cette question encore plus pertinente.
54. Selon l'examen que nous avons réalisé sur les évaluations de santé des voyageurs réalisées en 2008-2009, 46 % ont été menées à distance, c'est-à-dire, sans qu'un agent de quarantaine ne soit physiquement présent auprès du voyageur malade.
55. Compte tenu de l'actuel profil du volume des voyageurs internationaux ainsi que de la fréquence élevée et de l'apparente acceptabilité des évaluations à distance de santé des voyageurs, il est nécessaire de préciser les raisons pour lesquelles des agents de quarantaine doivent être maintenus dans des aéroports autres que les grands (Toronto, Montréal et Vancouver).
56. **Utilisation et charge de travail des agents de quarantaine.** Nous avons constaté que les compétences de l'actuel contingent d'agents de quarantaine ne sont pas mobilisées de façon efficace. Essentiellement, les agents de quarantaine, dans le cadre de leurs tâches, répondent aux appels annonçant des « cas de quarantaine » par des partenaires de la prestation de services (p. ex. ASFC, compagnies aériennes, administrations portuaires et aéroportuaires, etc.). Après avoir répondu à un tel appel, un agent mènera habituellement une évaluation de l'état de la santé du voyageur en question, qui sera consigné sur un rapport à cet effet. Comme les agents de quarantaine attendent les appels téléphoniques, ils ont habituellement de longues périodes d'inactivité au cours de leurs journées de travail. En effet, en 2008-2009, les agents de quarantaine répondaient, en moyenne, à moins de deux appels par mois.

57. Lors des entrevues, des agents de quarantaine ont mentionné que leurs compétences pouvaient être mieux utilisées si une approche plus dynamique pour l'administration de la LMQ était adoptée, mais la direction ne leur avait pas transmis de directives claires leur demandant de mener de nouvelles activités. Parmi les activités proactives évoquées, mentionnons :
- la sensibilisation à l'égard de la santé publique à l'intention des partenaires de la prestation de service, du personnel des intervenants et des voyageurs internationaux;
  - la communication avec les partenaires de la prestation de service présents dans les points d'entrée hors des grands aéroports du Canada afin de s'assurer qu'ils comprennent bien la LMQ et qu'ils l'administrent efficacement.
58. La direction du Programme a reconnu ce problème avant de proposer, dans l'exposé de position sur le Bureau, plusieurs initiatives visant l'amélioration. Des équipes de travail composés d'agents de quarantaine d'un peu partout au Canada ont été chargés de mettre en œuvre l'une d'elles, qui permettrait de mieux mobiliser les agents de quarantaine. Cependant, ces activités n'ont pas toutes débuté et il est trop tôt pour en évaluer l'incidence.
59. **Contrôle en vue de la mise en quarantaine aux points d'entrée.** Même si les voyages aériens sont reconnus comme étant la façon de voyager comportant le plus de risque en ce qui a trait à la propagation de maladies transmissibles graves, nous avons constaté un nombre disproportionnellement peu élevé d'appels au sujet de cas de quarantaine provenant de points d'entrée sans poste de quarantaine. Les dossiers de 2008-2009 sur l'évaluation de santé des voyageurs examinés nous apprennent que :
- 92 % des évaluations de santé de voyageurs malades ont été réalisées à l'un des six aéroports internationaux disposant de poste de quarantaine alors que les voyageurs arrivant au Canada par ces points d'entrée ne représentent que 24 % de l'ensemble des arrivées internationales au Canada;
  - aucune évaluation de santé de voyageur n'a été menée dans les autres aéroports internationaux canadiens (qui compte pour 2 % du nombre total des arrivées internationales au Canada);
  - environ 3 % des évaluations de santé des voyageurs ont été réalisées aux frontières terrestres, les voyageurs passant à ces endroits composant 73 % de l'ensemble des voyageurs internationaux.
60. Tel que mentionné ci-haut, le faible volume des évaluations de santé et les tendances au chapitre des voyageurs internationaux arrivant nous incite à



nous interroger sur l'ampleur du contrôle des voyageurs aux points d'entrée sans poste de quarantaine.

61. **Sensibilisation à l'égard du Programme de quarantaine.** Jusqu'à présent, les services de la quarantaine ont mené de façon sporadique et inconstante des activités d'éducation et de sensibilisation auprès de partenaires clés (p. ex. agents de l'ASFC à des points d'entrée sans agent de quarantaine), ce qui expliquerait en partie le nombre disproportionnellement peu élevé d'appels ayant pour objet la quarantaine et de problèmes signalés et logés par les points d'entrée sans agent de quarantaine.
62. Dans le même ordre d'idées, jusqu'à présent, l'Agence ne s'est pas suffisamment attachée à l'éducation et à la sensibilisation des voyageurs internationaux, qui constituent un important public cible dans la démarche du Bureau visant à minimiser le risque de l'introduction d'une maladie transmissible par l'un des points d'entrée frontaliers au Canada.
63. **Capacité de pointe pour la quarantaine.** Le Bureau ne s'est pas encore doté d'une capacité de pointe souple et adaptable. Nous considérons que, à l'instar du rôle pour la sensibilisation, le mandat du Bureau concernant la mise au point et le maintien d'une capacité permettant de faire face à des incidents complexes ou à haut risque impliquant la quarantaine est imprécis.
64. Nous sommes conscients que la capacité de pointe de l'ASPC, notamment celle pour la quarantaine, constitue une question plus large qui fait actuellement l'objet d'examen et d'évaluations dans divers secteurs opérationnels de l'Agence.

### **Conclusion**

65. Il est possible d'améliorer l'harmonisation du modèle de prestation de services de quarantaine afin de mieux tenir compte des risques liés aux voyageurs internationaux. Qui plus est, pour mieux répondre aux besoins des partenaires de la prestation de service dans tous les points d'entrée au Canada, on doit améliorer l'harmonisation des ressources pour la prestation de service avec les charges de travail actuelles.

### **Recommandation**

66. Une fois que le mandat du Programme de quarantaine aura été précisé, la direction du Programme devrait tenter de trouver un nouveau modèle de prestation de service qui permettrait d'élaborer et de mettre en œuvre une démarche plus adaptable pour la minimisation des risques de propagation de maladies transmissibles à la frontière du Canada (points d'entrée). Afin de contribuer à cette analyse, nous proposons un certain nombre de nouvelles démarches à être envisagées par la direction du Programme de

quarantaine (annexe C).. Les éventuelles conséquences sur les ressources humaines, opérationnelles et stratégiques devraient être également prises en compte.

## Mesure du rendement

67. Il est indispensable d'avoir un cadre de gestion du rendement contenant de l'information pertinente sur les résultats, les réalisations, les indicateurs et les cibles afin de soutenir la prise de décisions organisationnelles sur les programmes et les activités clés ainsi que de contrôler et de gérer de façon efficace les opérations. Par conséquent, nous nous attendons à ce que la direction du Programme de quarantaine dispose de renseignements fiables permettant de décrire le rendement du programme et d'aider à la prise de décisions opérationnelles.
68. **Mesure du rendement et de rapport.** Le Programme de quarantaine ne s'est pas encore doté de mesures de rendement utiles ni d'information pertinente à ce sujet. Voici les défaillances que nous avons relevées :
- la principale tâche des postes de quarantaine consiste à évaluer la santé des voyageurs. Or, le nombre et les résultats de ces évaluations, un indicateur important du volume de travail, ne sont pas régulièrement mis à jour. Par conséquent, aucune information fondamentale sur le rendement du Programme n'est disponible pour appuyer la direction dans le processus de prise de décisions;
  - dans le même ordre d'idées, l'APSC et le Bureau manquent de renseignements fondamentaux sur la charge de travail et le rendement des postes de quarantaine leur permettant d'évaluer et de maximiser l'harmonisation des ressources opérationnelles avec les charges de travail.
69. **Analyse des renseignements existant sur le rendement.** Dans le cadre de la vérification, nous avons analysé tous les dossiers d'évaluation de santé des voyageurs présentés en 2008-2009 par les agents de quarantaine de tous les postes de quarantaine. Cette analyse a permis de relever les points suivants :
- plus de 46 % de ces évaluations ont été réalisées à distance (par téléphone et non en personne); nous nous posons donc les questions suivantes :
    - Est-ce un taux de réponse acceptable?
    - Dans l'affirmative, vaut-il la peine de poster des agents dans les petits aéroports?

- Y a-t-il adéquation entre les heures d'ouverture des postes de quarantaine dans les petits aéroports et la fréquence des cas de quarantaine?
  - En 2008-2009, 73 % des voyageurs internationaux sont entrés au Canada par les frontières terrestres (comparativement à 24 %, par les aéroports et 3 %, par les ports maritimes); or, environ 3 % des appels concernant la quarantaine provenaient d'agents aux frontières terrestres. Cette situation nous incite à poser la question suivante, que doit examiner la direction du Programme de quarantaine :
    - ce résultat est-il sensé sur le plan des risques ou est-ce une indication d'une défaillance dans l'ampleur du soutien aux ressources pour le contrôle dans les points d'entrée aux frontières terrestres et dans les ports maritimes?
  - La direction du Programme de quarantaine serait en meilleure posture pour préciser et mettre en œuvre sa stratégie pour la prestation de service si elle analysait également les renseignements disponibles sur le rendement.
70. **Avantages élargis de la mesure du rendement.** En raison de sa position particulière, le Bureau peut donner une perspective de haut de gamme sur les risques pour la santé publique que présentent les voyageurs internationaux. Au besoin, il communique avec tous les partenaires de la prestation de service à propos de certains cas de quarantaine. En fonction de la nature du cas de quarantaine et pour les besoins des communications, l'ASPC doit parfois obtenir de l'information auprès de l'ensemble des acteurs clés suivants ou d'une partie d'entre eux :
- exploitants de véhicules de transport (p. ex. compagnies aériennes);
  - administrations aéroportuaires;
  - ASFC;
  - services d'urgence;
  - autorités sanitaires locales.
71. Les évaluations de santé des voyageurs permettent aux services de la quarantaine de recueillir et de produire des données, de l'information et des connaissances utiles sur certains risques pour la santé publique, tels que :
- l'incidence de certaines maladies transmissibles et de certains symptômes;

- celle de maladies transmissibles et de symptômes provenant de voyageurs internationaux;
  - les tendances dans les déplacements de voyageurs atteints de maladies transmissibles ou présentant des symptômes;
  - les tendances saisonnières liées aux maladies transmissibles et aux symptômes.
72. Des données de cette nature pourraient être utilisées pour améliorer grandement le profilage du risque dont ont besoin les services de la quarantaine afin de mieux harmoniser leurs moyens d'action avec les domaines les plus à risque. En outre, cette information profiterait également à des fins élargies touchant la santé publique.

### **Conclusion**

73. La direction du Programme n'a pas encore élaboré de méthode ni d'outil permettant de mesurer le rendement du Programme et de satisfaire aux exigences relatives à l'établissement de rapports à cet égard.

### **Recommandation**

74. La direction du Programme de quarantaine devrait élaborer et mettre en œuvre un cadre de la mesure du rendement comportant d'importants indicateurs du rendement et des rapports connexes à la direction sur :
- la comparaison entre les progrès réalisés et les objectifs stratégiques et opérationnels;
  - la comparaison entre les progrès réalisés et les objectifs financiers;
  - le rendement des processus opérationnels;
  - le rendement du personnel;
  - le rendement des intervenants et des partenaires.

### **Processus et outils de soutien**

75. Nous nous attendons à ce que le Programme de quarantaine dispose de documents décrivant les processus adaptables et les outils de soutien efficaces contribuant à sa capacité d'atteindre ses objectifs et de respecter les priorités de façon efficace.
76. **Documents sur les processus du Programme de quarantaine.** Des documents sur les processus et les procédures ont bien été élaborés, mais nous y avons constaté des anomalies. Par exemple, les procédures

opérationnelles établies ne font pas de distinction entre les points d'entrée (c'est-à-dire, frontières terrestres, aéroports et ports) et ne tiennent donc pas compte des caractéristiques qui leur sont propres et de l'organisation des services de quarantaine à leur emplacement. Nous sommes conscients que le manuel d'opérations, qui fait actuellement l'objet d'un examen, contiendra de plus amples directives sur les modalités de la réalisation d'évaluation de santé à distance dans les points d'entrée aux frontières terrestres.

77. Nous avons également constaté que le Bureau ne procède pas à l'examen des procédures de ses partenaires afin d'assurer la cohérence des directives aux agents (p. ex. agents de contrôle ou de la paix). À défaut d'examen systématique et d'approbation des procédures de la part du Bureau, l'ASPC ne peut avoir la certitude que les agents prendront les mesures appropriées lorsque des cas de maladies transmissibles seront soupçonnés.
78. **Cohérence des processus relatifs aux évaluations de santé.** Notre examen des dossiers de 2008-2009 concernant les évaluations de santé des voyageurs nous a permis de constater que certains processus opérationnels établis ne sont pas appliqués uniformément. Nous nous sommes également aperçus que, même si l'examen des rapports sur la santé des voyageurs incombe au Bureau, le processus d'assurance de la qualité entrepris est informel et les résultats ne sont pas systématiquement consignés. Voici quelques exemples du manque d'uniformité dans la préparation des évaluations de la santé :
- consignation des évaluations dans des notes d'agent au lieu d'un rapport sur la santé des voyageurs;
  - omission de remplir certaines sections des rapports sur la santé des voyageurs;
  - anomalies dans la création des numéros d'identification des cas empêchant de savoir si le code de point d'entrée figurant dans le rapport sur la santé des voyageurs indique l'endroit où se trouve le voyageur ou celui de l'agent de quarantaine;
  - création de plusieurs numéros d'identification de cas pour un même dossier;
  - absence d'éléments de preuve quant au suivi et à la confirmation que le voyageur s'est présenté aux autorités sanitaires locales, le cas échéant.
79. **Outils de soutien aux processus.** Nous avons constaté que le Bureau a mis au point une base de données des évaluations de santé des voyageurs, qui sera implantée une fois l'évaluation des facteurs relatifs à la

vie privée terminée. Bien que l'implantation de cet outil doive se faire sous peu, nous n'avons pas été en mesure de déterminer s'il tient compte d'objectifs établis par la direction du Programme ou de besoins au chapitre de l'information.

80. **Formation des agents de quarantaine.** Après avoir pris connaissance de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme de formation destiné aux agents de quarantaine, nous avons toutefois relevé un certain nombre de points qui pourraient être améliorés dans la prestation du programme de formation :
- le contenu des documents de formation, qui fait une large place aux pouvoirs, aux tâches et aux obligations des agents de quarantaine, effleure toutefois les maladies transmissibles visées par la LMQ;
  - des agents de quarantaine ont mentionné que leur formation serait plus efficace si on ajoutait dans les documents de formation fournis des exercices concrets. On nous a informés qu'à la suite de la récente apparition de l'influenza épidémique H1N1, des modifications ont été apportées à la formule de la prestation de la formation, modifications qui sont toutefois temporaires.
81. **Formation des partenaires de la prestation des services.** Les partenaires de la prestation des services n'ont pas reçu une formation méthodique leur permettant de jouer adéquatement leur rôle prévu par la LMQ. La formation des agents de contrôle (soit environ 6 000 agents des services frontaliers) et des agents de la paix des différents organismes locaux d'application de la loi demeure problématique. Des représentants des partenaires de la prestation des services interrogés dans le cadre de la présente vérification ont mentionné qu'ils n'avaient pas eu une formation suffisante sur leurs rôles prévus par la LMQ. La formation officielle consiste souvent en un survol de cette loi, ce qui, selon eux, est insuffisant pour être en mesure de jouer leurs rôles adéquatement.
82. Certains employés des partenaires de la prestation des services travaillant dans les aéroports dotés de poste de quarantaine ont déclaré avoir obtenu une formation informelle en assistant à des présentations d'agents de quarantaine ou en se faisant des relations. Toutefois, cette information informelle ne s'adresse qu'à un petit nombre de partenaires de la prestation des services, soit ceux travaillant dans les aéroports, ce qui exclut les partenaires présents dans les points d'entrée frontaliers.
83. En outre, nous avons constaté que l'information sur les maladies transmissibles figurant autrefois sur les cartes de déclaration que les voyageurs présentaient en arrivant au Canada a récemment été supprimée à la suite de l'adoption de la nouvelle carte. La disparition de tels renseignements augmente le risque que les « voyageurs malades » ne « se

déclarent pas volontairement » aux agents de contrôle. Or, l'administration et de l'application de la LMQ, sauf en ce qui concerne les véhicules, est du ressort de l'ASPC : l'occasion se présente pour qu'elle prenne les devants pour résoudre ce problème.

### **Conclusion**

84. Il est possible d'améliorer l'ampleur et la cohérence des documents sur les processus afin de satisfaire aux exigences opérationnelles (p. ex. points d'entrée dans les aéroports, les ports maritimes et les frontières terrestres), les outils pour le soutien opérationnel (base de données contenant les évaluations de santé des voyageurs) et l'approche à l'égard de la formation pour le Programme.

### **Recommandations**

La direction du Programme de quarantaine devrait :

85. ajouter dans ses documents sur les processus les caractéristiques de la mise en œuvre de la LMQ propres aux frontières terrestres, aux aéroports et aux ports maritimes;
86. mettre en œuvre un processus de contrôle de la qualité auquel seraient soumis les évaluations de santé des voyageurs et les documents connexes afin de s'assurer que ce processus est mené uniformément et conformément à la LMQ;
87. adopter officiellement le mécanisme de prestation de la formation destinée aux agents de quarantaine et l'élargir afin de doter ceux-ci des connaissances, de la gamme de compétences, des outils, des ressources et de l'information sur les maladies transmissibles et la santé publique nécessaires pour les aider à s'acquitter de leurs responsabilités;
88. faire participer les partenaires de la prestation des services au recensement des possibilités d'élargir et d'améliorer la formation pour le Programme de quarantaine.

### **Ressources organisationnelles et humaines**

89. Nous nous attendons à ce que la structure organisationnelle contribue adéquatement à l'atteinte des objectifs et au respect des exigences opérationnelles du Programme et que les ressources humaines soient correctement planifiées et gérées en plus de bénéficier d'un soutien convenable.
90. **Stabilité organisationnelle.** Le Bureau sort peu à peu d'une période d'instabilité qui a eu des conséquences défavorables sur la mise en œuvre du Programme. Cinq directeurs se sont succédés au Bureau au cours des

trois dernières années, ce qui a occasionné un manque d'uniformité dans l'approche et l'orientation adoptées pour l'établissement des priorités du Programme et dans la mise en œuvre de celui-ci au sein de l'Agence et auprès des partenaires et intervenants.

91. Actuellement, le Bureau compte encore un certain nombre de postes de direction occupés par des titulaires intérimaires et d'ici à ce que ces postes soient dotés de façon permanente, les risques liés à l'instabilité dans la gestion demeureront. Pour contrer cette situation, le Bureau met actuellement en œuvre des mesures de dotation afin de stabiliser la structure organisationnelle.
92. Dans le cadre de ce changement, la direction du Programme de quarantaine est encouragée à s'occuper du manque de cohérence dans la description de travail des agents de quarantaine par rapport à leurs tâches courantes. Par exemple, nous avons constaté que ces agents jouent un rôle dans les activités d'éducation à la santé publique destinées aux partenaires de la prestation des services et des voyageurs internationaux que prévoient leur description de travail, mais ces activités ne sont pas menées uniformément. Cette situation a été abordée dans la position de principe et par des groupes de travail que la direction du Programme a chargés d'étudier la mise sur pied de séances de réseautage. Toutefois, lors de la réalisation de la vérification, il a été impossible d'émettre des commentaires sur les progrès réalisés, le plan n'ayant été établi que récemment.
93. **Pratiques opérationnelles visant les ressources humaines.** La planification des ressources humaines et les pratiques opérationnelles mises en œuvre dans les postes de quarantaine sont peu homogènes. Après avoir examiné les pratiques d'établissement de calendrier et de dotation en vigueur dans les postes de quarantaine à Halifax, à Ottawa, à Montréal, à Toronto, à Calgary et à Vancouver, nous avons constaté un manque d'uniformité et une inadéquation dans l'organisation des quarts de travail, des heures d'ouverture et dans les pratiques de dotation, notamment :
  - le nombre de quarts de travail et d'agents de quarantaine dans les postes de quarantaine de Montréal et d'Halifax diffère;
  - les heures d'ouverture dans les petits aéroports ne cadrent pas avec l'arrivée des vols internationaux et/ou de jour; la durée des quarts de travail varie également;
  - deux des trois grands aéroports disposent d'un personnel administratif;



- alors que la plupart des postes de quarantaine sont dotés de postes à temps plein pour une durée indéterminée, on retrouve dans certains postes de quarantaine des agents occupant des postes à temps partiel pour une durée indéterminée;
- les agents de quarantaine à temps plein et à temps partiel ne sont pas tenus de travailler le même nombre d'heures pendant les périodes de vérification des voyageurs de 12 semaines;
- certains agents de quarantaine occupent des postes unilingues anglais ou français dans des régions bilingues.

### **Conclusion**

94. Les rôles et les responsabilités des agents de quarantaine nécessitent d'être précisés. De plus, la réalisation de la planification des ressources humaines et la mise en œuvre des pratiques opérationnelles les visant ne sont pas uniformes.

### **Recommandations**

La direction du Programme de quarantaine devrait :

95. clairement énoncer et communiquer le rôle des agents de quarantaine en plus de mettre à jour leur description de travail en conséquence;
96. prendre les mesures nécessaires pour doter de façon permanente les postes occupés actuellement par un titulaire intérimaire;
97. recenser ainsi que mettre par écrit et en œuvre dans les postes de quarantaine des activités de planification des ressources humaines et des pratiques opérationnelles plus cohérentes.

### **Administration et application de la LMQ**

98. Nous nous attendions à ce que seuls les agents de quarantaine autorisés et qualifiés exercent leurs tâches comme le stipule la LMQ, qu'ils respectent les pouvoirs qui leur sont octroyés en vertu de cette loi et qu'ils administrent et appliquent adéquatement la LMQ.
99. Nous avons examiné les dossiers d'évaluation de santé des voyageurs établis entre avril 2008 et juin 2009 afin d'évaluer l'administration et l'application de la LMQ par l'Agence. Toutefois, cet examen était restreint aux articles de la Loi les plus pertinents et vérifiables octroyant des pouvoirs ou des responsabilités aux agents de quarantaine.
100. L'examen que nous avons mené permet de conclure que les agents de quarantaine ont respecté les pouvoirs qui leur étaient octroyés en vertu de

la LMQ et de son Règlement. Nous n'avons relevé aucun cas où les agents de quarantaine ont négligé d'administrer et d'appliquer correctement la LMQ.

101. Nous avons constaté que dans tous les cas ayant nécessité la prise d'une mesure autre que la libération sans condition d'un voyageur, un médecin de quarantaine est intervenu et a été consulté en vue d'obtenir des conseils destinés aux agents de quarantaine. Dans certains cas complexes, on a demandé à l'équipe responsable de la quarantaine à l'Administration centrale (coordonnateur national et directeur du Programme de quarantaine ainsi que d'autres médecins de quarantaine) de déterminer les mesures appropriées à prendre concernant le voyageur en cause.
102. Il reste encore à l'ASPC à mettre au point une stratégie pour les voyageurs qui quittent le pays. La LMQ stipule que « toute personne quittant le Canada à un point de sortie doit, immédiatement avant son départ, se présenter à l'agent de contrôle ou à l'agent de quarantaine à ce point de sortie. » Par ailleurs, conformément à l'article 10 de la Loi, le ministre peut désigner tout lieu au Canada comme point de sortie. Toutefois, aucun de ces points n'a été désigné jusqu'à présent, car il faudrait organiser le contrôle des voyageurs qui quittent le Canada. Cette obligation a été partiellement mise en œuvre pour des cas de tuberculose, pour lesquels certaines administrations publiques ont tenu à jour une liste de personnes interdites de voyage. Cette défaillance touchant au contrôle des personnes quittant le pays a été relevée par la direction des services de la quarantaine, qui a formulé un projet pour élaborer des lignes directrices sur le contrôle de voyageurs quittant le pays, projet qui cependant n'a été entrepris que récemment.

### **Conclusion**

103. Les agents de quarantaine respectent les pouvoirs qui leur sont octroyés en vertu de la LMQ et de son Règlement et nous n'avons relevé aucun cas significatif où ces fonctionnaires ont négligé d'administrer et d'appliquer convenablement la LMQ.

### **Recommandation**

104. La direction du Programme de quarantaine devrait mettre au point une stratégie relative aux obligations incombant à l'APSC à l'égard des voyageurs qui quittent le pays en vertu de la LMQ.

## **PARTIE II – PROGRAMME DE MIGRATION ET DE SANTÉ DES VOYAGEURS**

105. Le Programme de migration et de santé des voyageurs est administré par la Division de la santé des migrants et de la santé internationale, mise sur

ped en janvier 2007. Sept employés du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) et du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) travaillent dans cette Division, qui :

- fournit des renseignements sur les voyages, des conseils et des lignes directrices sur la santé des voyageurs et s'occupe de la prévention et du traitement de maladies associées aux voyages;
- gère les obligations relatives au Programme de vaccination contre la fièvre jaune stipulées dans le RSI;
- gère la collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour ce qui est de la santé des migrants et des réfugiés;
- coordonne les activités de l'ASPC relatives à la santé des migrants;
- offre des services de gestion pour des projets internationaux;
- offre un soutien administratif, des services d'information au public et une aide technique au Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV).

106. Les dépenses totales de la Division pour les exercices 2007-2008 et 2008-2009 s'élevaient à 1,5 M\$ et 1,13 M\$, respectivement.

## Cadre de gestion

107. Nous nous attendions à ce que les objectifs du Programme cadrent avec l'orientation stratégique de l'APSC, qu'une structure de gouvernance adéquate soit en place, que les pratiques pour la gestion des relations avec les intervenants soient efficaces et enfin, que, les rôles, les responsabilités et le mandat soient clairement énoncés et communiqués au sein de l'Agence ainsi qu'aux autres ministres gouvernementaux et aux partenaires.

108. **Mandat du Programme.** La Division de migration et de santé des voyageurs évalue le risque sur le plan de la santé publique auquel sont exposés les Canadiens pendant leur déplacement ou leur séjour dans une destination étrangère et fournit de l'information au public et aux professionnels de la santé.

109. Nous constatons que la Division de migration et de santé des voyageurs ne dispose pas de pouvoir législatif et que le mandat du Programme n'est pas clair. En outre, ce Programme est actuellement mis en œuvre sans structure de financement officiel : il dépend donc de transferts de fonds provenant d'autres entités de l'Agence. Nous avons constaté que cette situation perdure depuis le transfert de responsabilités de Santé Canada.

110. **Rôles et responsabilités.** La Division de migration et de santé des voyageurs se compose de deux sections, soit la section de la santé des migrants et la section Santé des voyageurs. Toutefois, la Division n'a pas encore élaboré ni énoncé les rôles et les responsabilités du Programme, y compris ceux des intervenants et des partenaires. Il convient de faire remarquer :
- que la section Santé des voyageurs a la charge du Programme de vaccination contre la fièvre jaune et de la prestation de renseignements au public. L'unité de la fièvre jaune, qui compte actuellement deux employés, a pour fonction la vérification de la conformité au RSI, fonction qu'accomplit également le Bureau des partenariats et de la coordination des programmes (BPCP) de l'ASPC : nous nous interrogeons donc sur les raisons pour lesquelles ces deux entités ne sont pas harmonisées.
  - La Division offre un soutien au CCMTMV, lui servant de secrétariat. Depuis 1990, ce comité consultatif soumet des recommandations sur la médecine des voyages et la médecine tropicale au sous-ministre adjoint de l'ASPC. Conformément à son mandat, le CCMTMV formule des recommandations sur la prévention et le traitement de maladies infectieuses et d'autres dangers pour la santé pouvant affecter les Canadiens voyageant à l'étranger; propose des mécanismes pour assurer la vaste diffusion et la mise en œuvre des recommandations formulées et l'utilisation de toute information en matière de médecine tropicale ou de médecine des voyages. Malgré des ressources limitées, la section Santé des voyageurs doit offrir un soutien administratif raisonnable et nécessaire, des services d'information au public et une aide technique au CCMTMV.
111. La Division a élaboré à la fin de 2008 un document de concept intitulé - *Global Mobility and Public Health, Migration, Travel and a Role for PHAC*, où elle décrit ses options stratégiques. Ce document fait état de la nécessité d'élaborer des plans opérationnels à court, moyen et long terme qui s'harmoniseraient avec le plan stratégique de l'ASPC et de procéder à une réévaluation de la structure organisationnelle pour la réalisation des activités de la Division. Le Comité exécutif de l'Agence a approuvé le document de concept en janvier 2009. Toutefois, nous avons trouvé peu d'éléments attestant que de plus amples activités ont été menées ultérieurement pour donner suite aux idées présentées.
112. Nous sommes d'avis que l'important roulement du personnel au sein de la Division au cours des quelques dernières années explique en partie ce peu de progrès. Nous avons constaté que trois directeurs ont tenu les rênes de la Division au cours des deux dernières années et que le directeur en poste actuellement est entré en fonction récemment à titre intérimaire. Enfin, la section de la santé des migrants ne compte actuellement aucun employé.

113. Les provinces et les territoires sont des acteurs clés dans l'exécution du Programme, dont la tâche est de s'occuper des questions relatives à la santé des migrants. La Division a peu progressé pour ce qui est des efforts consentis pour établir des relations avec les provinces et les territoires en vue de l'étude de questions sur la santé des migrants, notamment celles liées à la santé des voyageurs.
114. Nous notons que CIC a animé les discussions fédérales, provinciales et territoriales concernant la politique fédérale sur la santé des migrants. Bien que CIC et l'ASPC aient conclu un protocole d'entente, les détails opérationnels n'ont toujours pas été fixés définitivement. Toutefois, d'après ce que nous avons compris, ces deux parties ont entamé des pourparlers en vue de mettre au point ces détails.

### **Conclusion**

115. La Division de migration et de santé des voyageurs n'a pas encore mis en place une organisation stable ni une base de financement permanente. Il lui reste à établir des plans stratégiques et opérationnels et elle doit s'efforcer de préciser ses rôles et ses responsabilités ainsi que ceux de partenaires clés, tels que CIC, les provinces et les territoires.

### **Recommandations**

La direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait :

116. élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel exhaustif se fondant sur le document de concept *Global Mobility and Public Health, Migration, Travel and a Role for PHAC*, qu'a approuvé le Comité exécutif;
117. réévaluer la structure organisationnelle pour la migration et la santé des voyageurs en tenant compte de la synergie qui existe avec le Programme de quarantaine;
118. énoncer clairement les rôles et les responsabilités à l'égard des intervenants et des partenaires, notamment CIC, les provinces et les territoires, et touchant la division des tâches et le partage de l'information.

### **Site Web La Santé des voyageurs**

119. Nous nous attendions à ce que des outils aient été mis au point de manière à donner un appui efficace aux objectifs du Programme de migration et de santé des voyageurs.
120. **Site Web de l'ASPC La Santé des voyageurs.** Dans le cadre de son mandat de protéger la santé et la sécurité de tous les Canadiens, le site Web de l'ASPC *La santé des voyageurs* fournit des avis et des avertissements sur certaines maladies intéressant les voyageurs, en plus

de proposer toute une gamme de services disponibles. Ce site Web est parmi les plus visités de l'ASPC.

121. La Division de la santé des voyageurs n'assure pas le suivi des informations sur le fonctionnement du site Web (nombre de visites, durée des visites, etc.) bien que ces données peuvent être obtenues de l'ASPC sur demande. L'accès à cette information serait utile, car elle aiderait à déterminer si le site Web offre des services satisfaisants au public canadien.
122. Nous avons constaté qu'un sondage a été effectué auprès des voyageurs sur des questions clés intéressant leur santé en juin 2008. Le questionnaire interrogeait les voyageurs canadiens sur leurs projets de voyage à l'étranger et la mesure dans laquelle ils se souciaient d'obtenir des informations pour la protection de leur santé à l'étranger. Le sondage était néanmoins limité car il cherchait essentiellement à savoir si les voyageurs étaient au courant de l'existence du site Web *La Santé des voyageurs* et la valeur qu'ils accordaient aux renseignements offerts sur le site.
123. La Division est en train de remanier son site de manière à offrir des informations en fonction des divers « pays » plutôt qu'en fonction des « maladies ». Nous avons appris que la mise à jour du nouveau site Web exigera davantage de ressources que celles qui sont actuellement disponibles au sein de la Division de la santé des voyageurs. À ce stade, il n'est pas clair si la Division a l'intention de prévoir les ressources nécessaires avant de lancer son nouveau site.
124. Ayant examiné les pratiques de gestion du contenu du site (p. ex. conseils et avis sur la santé) qui sont en usage, nous constatons que des conseils et avis périmés risquent de demeurer affichés en l'absence de mises à jour rigoureuses et opportunes. Aussi, compte tenu du temps qu'il faut pour rédiger, faire approuver et afficher des conseils et avis sur le site Web, les informations sur la santé ne seraient pas nécessairement offertes aux Canadiens en temps voulu.
125. **Accord avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI).** Le MAECI gère un site Web contenant des informations propres aux divers pays, qui s'articule essentiellement autour de critères de sécurité. Ce site contient également des informations sanitaires sur chacun des pays.
126. Malgré l'optique internationale que le MAECI et l'ASPC ont donné à leurs sites respectifs pour informer le public canadien sur les risques de maladie, ces deux organisations ne se sont pas vraiment préoccupées de clarifier leurs rôles et responsabilités de part et d'autre ni d'uniformiser les messages clés à transmettre aux Canadiens sur les questions de santé-voyage.

127. Nous n'avons pas essayé de déterminer les sources des informations sur la santé que le MAECI affiche sur son site Web. Dans certains cas, nous avons appris que le MAECI demandait à l'ASPC de lui confirmer ces informations, mais nous avons également relevé des cas où l'information sur la santé affichée sur le site Web du MAECI différait de celle offerte sur le site de l'ASPC. Une clarification des mandats, rôles et responsabilités respectifs du MAECI et l'ASPC sur les questions de santé intéressant les voyageurs permettra de garantir la fourniture d'informations cohérentes et uniformes aux utilisateurs des sites.
128. Nous avons su qu'une lettre d'entente (LE) a été conclue entre l'ASPC et le MAECI pour la publication d'un livret sur la santé des voyageurs. Nous n'avons trouvé aucune autre entente officielle portant sur le partage des renseignements sur la santé.

### **Conclusion**

129. Le Programme de migration et de santé des voyageurs n'a pas vraiment la capacité voulue pour déterminer si le site Web *La Santé des voyageurs* est à la hauteur des attentes de ses usagers. La Division de la santé des voyageurs n'a pas encore établi les ressources qui s'avéreront nécessaires pour la mise à jour du contenu une fois que le site amélioré aura vu le jour. Les mandats, rôles et responsabilités respectifs de l'Agence et du MAECI en ce qui a trait à la santé des voyageurs n'ont pas encore été clairement définis.

### **Recommandations**

La Direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait :

130. déterminer si le site Web *La Santé des voyageurs* est à la hauteur des attentes des usagers;
131. prévoir la capacité interne nécessaire pour l'élaboration et la mise à jour efficace du site;
132. conclure un protocole d'entente avec le MAECI pour le partage des informations liées à la santé.

## **TROISIÈME PARTIE – RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL**

133. Nous nous attendions à ce que l'ASPC ait clairement défini ses responsabilités en vue de coordonner les activités énoncées dans le RSI de 2005, respecté les jalons prévus pour les produits à livrer en 2009 et mis au point des plans d'action pour se conformer entièrement au Règlement d'ici juin 2012.

134. La révision du RSI de 2005 est entrée en vigueur en juin 2007. Elle reconnaît le besoin de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de la maîtriser et d'y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.
135. Le RSI (2005) énumère des obligations à l'égard des aspects suivants :
- obligation de développer des capacités essentielles minimales en santé publique;
  - voyageurs internationaux, marchandises et véhicules ainsi que les ports, aéroports et frontières terrestres qu'ils utilisent;
  - l'administration du RSI (p. ex. désignation d'un point de mire national pour le Règlement);
  - la gestion de l'information et l'intervention de santé publique face à des événements « susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale »;
  - le respect des droits de la personne.
136. En vertu du RSI, les États membres étaient censés évaluer leur capacité nationale au 15 juin 2009. Ils disposent de trois années supplémentaires (jusqu'en 2012) pour mettre pleinement en œuvre des plans d'action nationaux et atteindre la conformité avec la version révisée du *Règlement sanitaire international* de 2005.
137. Certains règlements présentent des difficultés de mise en œuvre pour des pays comme le Canada qui fonctionnent dans un régime fédéral où les responsabilités de santé publique sont partagées avec les provinces. L'Agence, tout comme Santé Canada (le portefeuille de la Santé), a pour mandat de mettre en œuvre le *Règlement* au nom du gouvernement du Canada et de ses partenaires provinciaux et territoriaux.
138. **Gouvernance du projet visant le RSI.** Un comité directeur chargé de la mise en œuvre du portefeuille de la Santé et composé de sous-ministres adjoints, un comité de coordination du portefeuille de la Santé composé de directeurs généraux et une équipe de mise en œuvre du RSI ont été établis en vue de veiller à la gestion, à la coordination et à l'intégration des tâches de mise en œuvre. Les membres de ces divers comités constituent un groupe de ressources pluridisciplinaires de divers secteurs du portefeuille de la Santé.
139. L'Agence dispose d'une structure de gouvernance pour surveiller la mise en œuvre du RSI. L'ASPC – CMIU est désignée comme le « point de mire



national pour le RSI » pour les communications du Canada avec les autres points de contact pour le RSI de l'Organisation mondiale de la Santé advenant l'émergence d'une maladie ou d'une urgence de santé publique de portée internationale. Dans ce contexte, l'ASPC a créé, de concert avec Santé Canada, un Secrétariat du projet visant le RSI pour surveiller la mise en œuvre du RSI au Canada.

140. La structure de gouvernance en ce qui a trait aux provinces et aux territoires comprend un réseau de champions du RSI nommés par les administrations provinciales et territoriales ainsi que des champions d'autres ministères. Le rôle fondamental des champions consiste à diriger les initiatives visant la mise en œuvre du RSI au sein de leurs administrations respectives.
141. Un groupe de travail chargé de la sécurité de la santé aux frontières a également été créé pour gérer le risque de propagation internationale des maladies par la prise de mesures et une capacité d'intervention à des points d'entrée désignés au Canada. Des membres du personnel clé des Services de quarantaine font partie de ce groupe, étant donné que plusieurs dispositions du RSI seront mises en œuvre aux points d'entrée, ce qui a une incidence sur les obligations du Programme de quarantaine prévues par la LMQ.
142. **Planification du projet visant le RSI et ressourcement de l'ASPC.** Une charte de projet, approuvée par les sous-ministres adjoints de l'ASPC et de Santé Canada en 2009 énonce clairement les rôles et responsabilités ainsi que les mesures qui s'imposent pour que le Canada puisse se conformer intégralement au RSI d'ici juin 2012. Un plan a été mis en place depuis la création du projet, décrivant les activités principales et le chemin critique à suivre pour la mise en œuvre du RSI. Ce document est mis à jour régulièrement.
143. Une nouvelle structure organisationnelle a été prévue pour le BPCP, mais elle n'a pas encore été approuvée. Nous avons appris qu'un poste d'analyste politique principal avait été créé et comblé en novembre 2009 pour appuyer la mise en œuvre du RSI. Par ailleurs, le CMIU est en train d'évaluer les ressources financières et humaines qui seront nécessaires pour la mise en œuvre du *Règlement*. Selon nos informations, cette évaluation s'achèvera d'ici décembre 2009.
144. **Évaluation des capacités.** L'Agence a cerné et évalué les capacités pour chacun des points d'entrée désignés, tel qu'exigé par le RSI. Le contrôle des maladies aux postes frontaliers demeure un élément essentiel du *Règlement*. Ainsi, certaines dispositions du RSI s'appliquent aux aéroports, aux ports et aux frontières terrestres désignés. L'ASPC est tenue d'évaluer la mesure dans laquelle les structures et ressources nationales existantes suffisent pour pouvoir s'acquitter de l'obligation de prévoir les capacités

essentielles minimales aux points d'entrée et d'identifier les autorités compétentes dans des points d'entrée désignés du territoire.

145. De concert avec Santé Canada, l'ASPC a mis au point un outil d'évaluation des capacités des points d'entrée, qui a été utilisé pour évaluer les critères de santé environnementale et de santé des voyageurs aux points d'entrée ainsi que ceux régissant la conformité du plan d'urgence. Cet outil a également servi à la cueillette et à la documentation de données fournies par les partenaires et intervenants.
146. Des ateliers d'évaluation des capacités des points d'entrée ont eu lieu en mars 2009 avec la participation d'agents appartenant à diverses administrations fédérales, provinciales et locales aéroportuaires, portuaires et sanitaires. Des visites sur le terrain aux points d'entrée à Halifax, Montréal et Toronto ont permis de confirmer que les principaux partenaires et intervenants avaient été adéquatement consultés au cours de la démarche d'évaluation. Un rapport récapitulatif provisoire a été distribué aux participants à la suite des ateliers. Un rapport décrivant le processus d'évaluation des capacités assorti de recommandations à l'endroit des points d'entrée à désigner a également été fourni à l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) en juin 2009.
147. Les aéroports et ports suivants ont été officiellement désignés, par l'ACSP du Canada en juillet 2009, comme points d'entrée canadiens pour le RSI : le quai des paquebots de croisière du Port Metro Vancouver, l'aéroport international de Vancouver, l'aéroport international Pearson de Toronto, l'aéroport international Trudeau de Montréal et le terminal de croisière du Port d'Halifax.
148. Tel que le requiert le RSI, les rôles et les titres des autorités compétentes ont été signalés dans les rapports d'évaluation des capacités. Les partenaires et intervenants ont reconnu leurs responsabilités à l'égard d'exigences précises; une entente officielle n'a néanmoins pas été approuvée. Comme certaines responsabilités sont partagées parmi les divers intervenants aux points d'entrée, cette entente leur donnerait un caractère officiel.
149. En juin 2009, l'ASPC a organisé une table ronde nationale sur le RSI à Ottawa avec la participation des champions du RSI afin de valider les résultats de l'évaluation des capacités du Canada et de cerner les éléments qui constituent le fondement du plan d'action pancanadien. Un rapport d'évaluation des capacités nationales en RSI paraîtra en décembre 2009 avec le concours des champions du RSI et des sous-ministres de la Santé des administrations provinciales et territoriales.
150. Les évaluations des capacités ont cerné des aspects qu'il y aurait lieu d'améliorer en ce qui a trait à la prestation de services de santé publique

réguliers ainsi qu'à l'intervention face à une éventuelle urgence de santé publique de portée internationale. Pour l'instant, aucun plan d'action n'a été défini ni approuvé par les autorités de l'ASPC. Selon nos informations, le Canada était tenu d'évaluer ses capacités essentielles au minimum. Ces plans d'action devraient être en place prochainement s'il s'agit d'atteindre la pleine conformité au RSI d'ici juin 2012.

151. Les enjeux cernés au cours des démarches d'évaluation des capacités devront faire l'objet d'un examen interne en vue d'élaborer des solutions précises. Un plan d'action national et un plan propre au programme devraient également être mis au point d'ici juin 2010.
152. En juillet 2009, l'ACSP a soumis un rapport à l'OMS, tel qu'exigé par le RSI de 2005 (art. 54, par. 1).
153. **Conformité.** Compte tenu des mesures prises à ce jour, l'ASPC satisfait aux exigences minimales du RSI qu'il fallait respecter en juin 2009, mais certains aspects exigent une attention plus poussée pour atteindre la conformité d'ici juin 2012, notamment :
  - toutes les dispositions pertinentes des lois, règlements ou décrets administratifs nationaux existants dans le cadre législatif du Canada doivent être évalués de manière exhaustive et officielle afin de déterminer s'ils favorisent la pleine mise en œuvre du RSI;
  - le secrétariat du RSI doit évaluer le besoin de conclure des accords bilatéraux avec les États-Unis afin de désigner des frontières terrestres pour prévenir ou contrôler la propagation des maladies;
  - l'ASPC doit veiller à ce que les vaccins administrés aux voyageurs en vertu de ce *Règlement*, ou les recommandations et certificats qui s'y rapportent, soient conformes aux dispositions du RSI. L'ASPC a élaboré une stratégie pour la modernisation du Programme de vaccination contre la fièvre jaune. La mesure a été stimulée par l'introduction de modifications au RSI (2005) concernant la prestation de soins de santé et par le risque accru de transmission de la fièvre jaune en raison de la mondialisation et du plus grand nombre de voyages qui en résulte. En 2008, l'ASPC a fait paraître un plan et entrepris une démarche provisoire pour une plus grande efficacité dans le processus de *désignation de centres de vaccination contre la fièvre jaune au Canada*. L'achèvement de ce processus de modernisation exige que l'ASPC favorise la participation des provinces, des territoires et d'autres intervenants à des consultations qui devront aboutir à une entente sur un plan à long terme. Ce plan doit décrire les responsabilités partagées, l'échange d'information, l'assurance de la qualité, l'approvisionnement de vaccins et un modèle efficace de désignation et de prestation des services qui soit à la

- en ce qui a trait à la recommandation voulant qu'un État partie puisse décider d'exonérer les transporteurs de marchandises de la présentation d'une déclaration maritime de santé pour les navires arrivant au Canada ou de la partie relative aux questions sanitaires de la déclaration générale d'aéronef pour les avions arrivant au Canada, l'ASPC nous a fait savoir que les transporteurs ne sont pas tenus de présenter ces documents. Aucune preuve n'a été fournie pour confirmer la responsabilité ni la raison d'être de cette décision qui pourrait avoir une incidence sur les risques liés aux points d'entrée maritimes;
  - les évaluations des capacités des points d'entrée ont cerné plusieurs aspects qu'il y aurait lieu d'améliorer en ce qui a trait aux rôles, aux responsabilités et aux capacités des Services de quarantaine.
154. En septembre 2009, l'OMS a demandé au secrétariat du RSI de mettre à l'essai au nom du gouvernement du Canada, des indicateurs et outils qui sont en voie d'être élaborés pour la surveillance de la conformité au RSI. Or, comme l'ASPC a dû consacrer énormément d'attention à la grippe pandémique H1N1, il faudra sans doute attendre à janvier 2010 pour que ces tests soient effectués.

### **Conclusion**

155. L'Agence remplit les exigences minimales du RSI qui devaient être satisfaites en juin 2009; cependant, certains domaines exigent une attention plus poussée pour atteindre l'entière conformité d'ici juin 2012.

### **Recommandation**

156. La Direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait mener des pourparlers avec les provinces et les territoires en vue de moderniser et d'améliorer le processus de désignation des centres de vaccination au Canada.

### **Aspects qu'il y a lieu d'améliorer**

157. Le Bureau des partenariats et de la coordination des programmes (BPCP) devrait :
- adopter officiellement les rôles, responsabilités et obligations des intervenants et des partenaires aux points d'entrée visés dans les évaluations des capacités;

- s'occuper des domaines exigeant une attention plus poussée pour l'atteinte de la pleine conformité d'ici 2012 en ce qui a trait à la préparation du plan d'action pancanadien;
- travailler en étroite collaboration avec le Programme de quarantaine en vue de veiller à ce que tous les aspects de ce programme, et particulièrement les domaines d'amélioration cernés par les évaluations des capacités pour les points d'entrée désignés, soient conformes aux dispositions du RSI.

## **Conclusion générale**

158. De nombreuses questions décrites dans le présent rapport doivent être réglées pour veiller à protéger la santé des Canadiens à nos frontières en tenant compte du coût-efficacité. La direction doit concentrer son attention sur les aspects suivants :

- voir à ce que le mandat, les stratégies et les objectifs opérationnels du Programme de quarantaine soient clairement énoncés et diffusés et que le modèle de prestation de services soit optimisé;
- mettre au point des plans stratégiques et opérationnels pertinents et établir une base de financement stable pour le programme de la migration et de la santé des voyageurs;
- veiller à ce que l'ASPC continue à avancer vers la pleine conformité avec le RSI d'ici 2012.

## **Remerciements**

159. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance pour la coopération et l'aide que la direction et le personnel ont offert à l'équipe de vérification au cours de ses travaux.

## Annexe A : Critères de vérification

Les critères ci-après proviennent des contrôles de gestion de base publiés par le Bureau du contrôleur général, de la LMQ et du RSI élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé.

**La gouvernance et les orientations stratégiques sont en place et sont adéquatement communiquées.**

N <sup>o</sup>	Sous-critères de vérification	Lien avec l'objectif de vérification n <sup>o</sup>	Lien avec le CRG
1.1	Une structure de gouvernance appropriée est établie, communiquée et surveillée (gouvernance de l'ASPC/PE/suivi des activités et responsabilités décrites dans le PE)	Objectif n <sup>o</sup> 1	Gouvernance et orientation stratégique
1.2	Les objectifs de programme sont conformes à l'orientation stratégique de l'ASPC.	Objectif n <sup>o</sup> 1	Gouvernance et orientation stratégique

**Le cadre de gestion en place veille à une utilisation efficace, efficiente et économique des ressources.**

N <sup>o</sup>	Sous-critères de vérification	Lien avec l'objectif de vérification n <sup>o</sup>	Lien avec le CRG
2.1	Les pouvoirs et les responsabilités sont clairement définis pour la prise de décisions et de mesures.	Objectif n <sup>o</sup> 1	Responsabilisation
2.2	Les rôles, responsabilités et le mandat sont clairement définis et diffusés au sein de l'ASPC et à l'égard d'autres ministères et partenaires.	Objectif n <sup>o</sup> 1	Gouvernance et orientation stratégique / Responsabilisation
2.3	La structure organisationnelle est propice à l'atteinte des objectifs de programme et à la satisfaction des besoins opérationnels.	Objectifs n <sup>o</sup> 1 et n <sup>o</sup> 3	Régie et orientation stratégique / Responsabilisation
2.4	Les politiques, directives et autres outils pertinents (guides de l'utilisateur) ont été mis au point à	Objectifs n <sup>o</sup> 1	Personnes

	l'appui de la prestation des programmes et ils sont distribués au personnel.	et n° 3	
<b>2.5</b>	Des programmes de formation sont en place pour veiller à disposer de ressources compétentes suffisantes pour la prestation des services.	Objectifs n°1 et n° 3	Personnes / Gestion des risques
<b>2.6</b>	Les ressources humaines sont adéquatement planifiées, gérées et soutenues.	Objectifs n° 1 et n° 3	Personnes / Gérance
<b>2.7</b>	La Direction dispose d'informations fiables contribuant aux processus décisionnels et à ses responsabilités y compris des systèmes de mesure.	Objectifs n° 1 et n° 3	Gérance
<b>2.8</b>	Il existe des mécanismes de gestion de risques permettant de cerner, d'évaluer, de surveiller et d'atténuer les risques et d'établir des rapports à ce sujet.	Objectifs n° 1 et n° 3	Gestion des risques

**Des mécanismes sont en place pour l'administration et l'application de la *Loi de mise en quarantaine*.**

<b>N°</b>	<b>Sous-critères de vérification</b>	<b>Lien avec l'objectif de vérification n°</b>	<b>Lien avec le CRG</b>
<b>3.1</b>	Seuls des agents de quarantaine autorisés et qualifiés exercent leurs fonctions, conformément aux dispositions de la Loi.	Objectif n° 2	Gérance
<b>3.2</b>	Les agents de quarantaine ont respecté les pouvoirs qui leur sont conférés par la <i>Loi de mise en quarantaine</i> et le Règlement.	Objectif n° 2	Gérance
<b>3.3</b>	Les agents de quarantaine ont respecté les exigences relatives à l'établissement de rapports d'information prescrites par la <i>Loi de mise en quarantaine</i> et le Règlement.	Objectif n° 2	Gérance

## Modèle de prestation des services de quarantaine

N°	Sous-critères de vérification	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le CRG
4.1	Le modèle de prestation des services doit permettre à l'ASPC de s'acquitter de ses responsabilités en vertu de la <i>Loi de mise en quarantaine</i> et d'atteindre les niveaux de service définis dans la Loi.	Objectif n° 3	Services axés sur la clientèle
4.2	<p>Le modèle de prestation des services doit fournir une capacité et une marge de manœuvre adéquate pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• répondre aux besoins des voyageurs internationaux à l'arrivée ou au départ de tout point d'entrée terrestre, aérien ou maritime au Canada;</li> <li>• intervenir face à des événements de complexité diverse commandant la mise en quarantaine (p. ex. qu'il s'agisse d'un seul voyageur malade ou de nombreux voyageurs malades arrivant dans des lieux isolés);</li> <li>• intervenir face aux événements commandant une mise en quarantaine d'une manière parfaitement intégrée à l'approche d'interventions d'urgence des partenaires de prestation de services de l'ASPC (p. ex. ASFC, Santé Canada, administration locale des ports d'entrée, autorités sanitaires locales, etc.)</li> </ul>	Objectif n° 3	Services axés sur la clientèle



**Le mode de prestation des services de quarantaine est conforme aux dispositions de la LMQ et du RSI (2005) de manière économique et efficace.**

N°	Sous-critères de vérification	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le CRG
5.1	La stratégie actuelle pour l'administration de la LMQ en ce qui concerne les points d'entrée dans les aéroports, les ports maritimes et les frontières terrestres est claire et complète.	Objectif n° 3	Services axés sur la clientèle
5.2	Des processus de gestion et d'activités opérationnelles clés sont en place pour la prestation des services de mise en quarantaine.	Objectif n° 3	Innovation sur le plan de l'apprentissage et gestion du changement
5.3	Les pratiques de gestion des relations avec les intervenants sont efficaces.	Objectif n° 3	Services axés sur la clientèle

**L'Agence est conforme aux obligations décrites dans le Règlement sanitaire international (2005).**

N°	Sous-critères de vérification	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le CRG
6.1	L'ASPC a identifié les autorités responsables et a clairement énoncé ses responsabilités en ce qui a trait à la coordination des activités stipulées par le RSI (2005).	Objectif n° 2	Responsabilisation / Gérance
6.2	L'Agence a cerné et évalué les capacités pour chacun des points d'entrée désignés, tel qu'exigé par le RSI.	Objectif n° 2	Gérance

## Annexe B : Plan d'action de la direction

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<b>Partie I – Programme de quarantaine</b>			
<b>Orientation stratégique et gouvernance</b>			
<p>40. La haute direction de l'Agence devrait préciser le mandat du Programme de quarantaine.</p>	<p>D'accord. La mission du Programme de quarantaine sera précisée par l'entremise de l'un ou des divers comités directeurs de l'ASPC dirigés par la DGMIMU et qui collaboreront à plusieurs occasions avec la haute direction de l'ASPC. Le comité directeur se penchera sur la mission du Programme de quarantaine en fonction du Programme de migration et de santé des voyageurs ainsi que des dispositions du RSI.</p>	<p>SMA, DGMIMU</p>	<p>Confirmer le mandat du comité directeur de l'ASPC 31 mars 2010 La mission du comité directeur prend fin en décembre 2012</p>
<p>41. élaborer un plan stratégique et un plan organisationnel qui encadreront les activités du Programme;</p>	<p>D'accord. La mission, l'élaboration d'un plan stratégique et d'un plan organisationnel seront élaborés en collaboration avec les partenaires pour encadrer les activités du Programme de quarantaine.</p>	<p>SMA, DGMIMU</p>	<p>31 mars 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
42. élaborer un protocole d'entente avec les importants partenaires dans la prestation de service et l'adopter officiellement.	D'accord. De concert avec d'autres secteurs connexes, tels la migration, l'élaboration de protocoles d'entente à conclure avec des partenaires clés en matière de prestation de services sera conforme à la mission, au plan stratégique et au plan organisationnel.	SMA, DGMIMU	31 décembre 2012
<p><b>Gestion des risques</b> La direction du Programme de quarantaine devrait :</p> <p>47. réaliser une évaluation exhaustive des risques puis élaborer un plan de gestion des risques;</p> <p>48. élaborer un plan et une stratégie permettant de composer avec des cas de mise en quarantaine complexes, fortement médiatisés ou à haut risque.</p>	<p>D'accord. Par l'entremise du comité directeur mentionné point 40, on veillera à la mise au point d'un plan d'évaluation et de gestion des risques exhaustif qui fera entrer en ligne de compte les liens entre la migration, la santé des voyageurs et la quarantaine.</p> <p>D'accord. Une stratégie d'intervention sera élaborée pour les cas fortement médiatisés ou à haut risque. Des liens seront établis avec le mandat, le plan stratégique et le plan organisationnel.</p>	<p>SMA, DGMIMU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>31 mars 2011</p> <p>31 décembre 2010</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p><b>Modèle de prestation des services de quarantaine</b></p> <p>66. Une fois que la mission du Programme de quarantaine aura été précisé, la direction du Programme devrait tenter de trouver un nouveau modèle de prestation de service qui permettrait d'élaborer et de mettre en œuvre une démarche plus adaptable pour la minimisation des risques de propagation de maladies transmissibles à la frontière du Canada (points d'entrée). Afin de contribuer à cette analyse, nous proposons un certain nombre de nouvelles démarches à être envisagées, par la direction du Programme de quarantaine (annexe C). Les éventuelles conséquences sur les ressources humaines, opérationnelles et stratégiques devraient être également prises en compte.</p>	<p>D'accord. D'autres modèles de prestation de services seront examinés. Le comité directeur et la haute direction envisageront également, dans le cadre de leurs travaux, d'autres options possibles. L'annexe B servira de point de départ. Une décision quant au modèle de prestation de services « définitif » à adopter sera intégrée au plan stratégique et au plan opérationnel.</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>31 décembre 2011</p>
<p><b>Mesure du rendement</b></p> <p>74. La direction du Programme de quarantaine devrait élaborer et mettre en œuvre un cadre de la mesure du</p>	<p>D'accord. La direction entreprendra la mise en œuvre d'un cadre de gestion du rendement et des IRC correspondants. Elle veillera à ce que ces éléments soient</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>30 juin 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p>rendement comportant d'importants indicateurs du rendement et des rapports connexes à la direction sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la comparaison entre les progrès réalisés et les objectifs stratégiques et opérationnels;</li> <li>▪ la comparaison entre les progrès réalisés et les objectifs financiers;</li> <li>▪ le rendement des processus opérationnels;</li> <li>▪ le rendement du personnel;</li> <li>▪ le rendement des intervenants et des partenaires.</li> </ul>	<p>conformes à la mission, au plan stratégique et au plan opérationnel.</p>		
<p><b>Processus et outils de soutien</b> La direction du Programme de quarantaine devrait :</p> <p>85. ajouter dans ses documents sur les processus les caractéristiques de la mise en œuvre de la LMQ propres aux frontières terrestres, aux aéroports et aux ports maritimes;</p>	<p>D'accord. En s'inspirant de la mission du Programme de quarantaine, du plan stratégique et du plan opérationnel, on se chargera d'examiner et de clarifier la documentation de l'activité de mise en quarantaine à divers points d'entrée. Les</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>30 juin 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p>86. mettre en œuvre un processus de contrôle de la qualité auquel seraient soumis les évaluations de santé des voyageurs et les documents connexes afin de s'assurer que ce processus est mené uniformément et conformément à la LMQ;</p>	<p>améliorations du processus seront dictées par les attributs propres aux divers ports d'entrée.</p> <p>D'accord. La mise en œuvre de la base de données des évaluations de santé des voyageurs ainsi que les mesures de contrôle de la qualité qui s'y rapportent viendront compléter les exigences dans ce contexte.</p>	<p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p>	<p>31 décembre 2012</p>
<p>87. adopter officiellement le mécanisme de prestation de la formation destinée aux agents de quarantaine et l'élargir afin de doter ceux-ci des connaissances, de la gamme de compétences, des outils, des ressources et de l'information sur les maladies transmissibles et la santé publique nécessaires pour les aider à s'acquitter de leurs responsabilités;</p>	<p>D'accord. La base de données des évaluations de santé des voyageurs et la création d'un manuel d'IPO permettront de renforcer la prestation des cours. Un plan de formation et le matériel pédagogique connexe seront élaborés et mis en œuvre à l'intention des agents de quarantaine.</p>	<p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p>	<p>31 décembre 2012</p>
<p>88. faire participer les partenaires de la prestation des services au recensement des possibilités d'élargir et d'améliorer la formation pour le Programme de quarantaine.</p>	<p>D'accord. En s'inspirant de la nouvelle mission, du plan stratégique et du plan opérationnel, et de concert avec les partenaires de prestation de services, on cernera les besoins de formation et les programmes de formation pertinents</p>	<p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p>	<p>31 décembre 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
	seront mis au point.		
<p><b>Organisation et ressources humaines</b> La direction du Programme de quarantaine devrait :</p> <p>95. clairement énoncer et communiquer le rôle des agents de quarantaine en plus de mettre à jour leur description de travail en conséquence;</p> <p>96. prendre les mesures nécessaires pour doter de façon permanente les postes occupés actuellement par un titulaire intérimaire;</p> <p>97. recenser ainsi que mettre par écrit et en œuvre dans les postes de quarantaine des activités de planification des ressources humaines et les pratiques opérationnelles plus cohérentes.</p>	<p>D'accord. En fonction du nouveau modèle de prestation de services, les descriptions de travail seront modifiées et passées en revue avec la direction et le personnel. On veillera aux communications nécessaires avec les agents de quarantaine.</p> <p>D'accord. On achèvera la dotation permanente de postes de direction clés dans le Programme de quarantaine. Ces processus dépendront des conditions du marché du travail et de la difficulté d'obtenir les aptitudes et compétences spécifiques requises.</p> <p>D'accord. Le plan des RH et les pratiques suivies à l'échelle du Programme de quarantaine seront passés en revue, modifiés et documentés au besoin.</p>	<p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p> <p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p> <p>DG, CMIU de concert avec le DG RH</p>	<p>31 décembre 2012</p> <p>31 décembre 2012</p> <p>31 décembre 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p><b>Administration et application de la LMQ</b></p> <p>104. La direction du Programme de quarantaine devrait mettre au point une stratégie relative aux obligations incombant à l'APSC à l'égard des voyageurs qui quittent le pays en vertu de la LMQ.</p>	<p>D'accord. La LMQ confère clairement à l'ASPC le pouvoir (et non pas l'obligation) d'intervenir à l'égard de voyageurs partant à destination de l'étranger. Le Programme élaborera sa stratégie concernant le départ du Canada en fonction des résultats des recommandations précédentes.</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>31 octobre 2012</p>
<p><b>Partie II – Programme de migration et de santé des voyageurs</b></p>			
<p><b>Cadre de gestion</b> La direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait :</p> <p>116. élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel exhaustif se fondant sur le document de concept <i>Global Mobility and Public Health, Migration, Travel and a Role for PHAC</i>, qu'a approuvé le Comité exécutif;</p> <p>117. réévaluer la structure organisationnelle pour la migration et la santé des voyageurs en tenant compte de la synergie qui existe avec le</p>	<p>D'accord. La mission, le plan stratégique et le plan opérationnel seront mis au point par l'entremise du comité directeur de l'ASPC.</p> <p>D'accord. Un groupe de travail conjoint travaillant sous l'égide du comité directeur de l'ASPC sera établi avec le Programme de quarantaine et d'autres</p>	<p>SMA, DGMIMU</p> <p>SMA, DGMIMU</p>	<p>31 mars 2011</p> <p>30 septembre 2011</p>



Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p>Programme de quarantaine;</p> <p>118. énoncer clairement les rôles et les responsabilités à l'égard des intervenants et des partenaires, notamment CIC, les provinces et les territoires, et touchant la division des tâches et le partage de l'information.</p>	<p>divisions pertinentes de la Direction générale en vue d'examiner tout double emploi entre les programmes existants. Le groupe proposera une stratégie pour l'adoption d'une approche intégrée fondée sur l'évaluation des risques (rec. 47).</p> <p>D'accord. Au cours de l'élaboration du mandat et du plan stratégique pour MSV, des consultations se dérouleront auprès des intervenants clés, tant au sein du gouvernement fédéral que dans les provinces et les territoires. La démarche permettra de clarifier les rôles et responsabilités et de s'entendre sur les mécanismes à suivre pour les formaliser.</p>	<p>DG, DIPPRRI</p>	<p>30 septembre 2011</p>
<p><b>Site Web <i>La Santé des voyageurs</i></b></p> <p>La Direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait :</p> <p>130. déterminer si le site Web <i>La Santé des voyageurs</i> est à la hauteur des attentes de ses usagers;</p> <p>131. prévoir la capacité interne</p>	<p>D'accord. Des outils seront mis en place en collaboration avec les Communications en vue d'évaluer de manière régulière le taux de satisfaction des utilisateurs du site Web.</p> <p>D'accord. Un plan triennal de gestion des</p>	<p>DG, DIPPRRI de concert avec le DG Comm</p>	<p>30 juin 2010</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p>nécessaire pour l'élaboration et la mise à jour efficace du site;</p> <p>132. conclure un protocole d'entente avec le MAECI pour le partage d'informations liées à la santé.</p>	<p>ressources humaines et des descriptions de travail seront élaborés en fonction du plan opérationnel pour la santé des voyageurs aussi bien que pour le volet migration.</p> <p>D'accord. La conclusion d'un PE avec le MAECI sera conforme à la mission, au plan stratégique et au plan opérationnel.</p>	<p>DG, DIPPRRI de concert avec le DG RH</p> <p>DG, DIPPRRI</p>	<p>30 septembre 2010</p> <p>30 juin 2011</p>
<b>Partie III – Règlement sanitaire international</b>			
<p>156. La Direction du Programme de migration et de santé des voyageurs devrait mener des pourparlers avec les provinces et les territoires en vue de moderniser et d'améliorer le processus de désignation des centres de vaccination au Canada.</p> <p><b>Aspects qu'il y a lieu d'améliorer</b></p> <p>157. Le Bureau de la division des partenariats et de la coordination des programmes devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adopter officiellement les rôles, responsabilités et obligations des</li> </ul>	<p>D'accord. La direction du Programme de migration et de santé des voyageurs entreprendra des consultations auprès des provinces et des territoires et d'autres intervenants en vue de moderniser et d'améliorer le processus de désignation des centres de vaccination au Canada.</p> <p>D'accord. L'élaboration d'un plan intégré d'intervention d'urgence en santé publique sera un élément du plan d'action pancanadien visant le RSI qui sera confirmé lors de la table ronde nationale sur le RSI 2010 prévue pour avril 2010.</p>	<p>DG, DIPPRRI</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>30 juin 2011</p> <p>Printemps 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Bureau de première responsabilité	Date cible
<p>intervenants et des partenaires aux points d'entrée visés dans les évaluations des capacités;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ s'occuper des domaines exigeant une attention plus poussée pour l'atteinte de la pleine conformité d'ici 2012 en ce qui a trait à la préparation du plan d'action pancanadien;</li> <li>▪ travailler en étroite collaboration avec le Programme de quarantaine en vue de veiller à ce que tous les aspects de ce programme, et particulièrement les domaines d'amélioration cernés par les évaluations des capacités pour les points d'entrée désignés, soient conformes aux dispositions du RSI.</li> </ul>	<p>Une fois entièrement élaborés et mis en pratique, ces plans décriront les rôles et responsabilités de toutes les autorités compétentes à l'heure d'intervenir face à un événement de santé publique dans les points d'entrée désignés.</p> <p>Les plans d'action pancanadien et fédéral pour la mise en œuvre du RSI seront formalisés et mis en œuvre à l'issue de la table ronde nationale sur le RSI prévue pour avril 2010.</p> <p>Un petit groupe de travail (Programme de quarantaine et BPCP) sera créé pour l'examen de tous les aspects du Programme de quarantaine afin d'assurer leur conformité aux dispositions du RSI. Le groupe cherchera à obtenir une orientation et l'approbation du comité directeur de la quarantaine de l'ASPC.</p>	<p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Printemps 2012</p> <p>Printemps 2012</p>

## **Annexe C : Options pour des modèles de prestation de services**

### ***Rôles essentiels du Service de quarantaine***

À l'heure de définir d'autres modèles de prestation de services, les rôles essentiels du Service de quarantaine ont été relevés suite à un examen de la LMQ et à des entretiens avec les cadres supérieurs de ce service. Ils sont décrits ci-après :

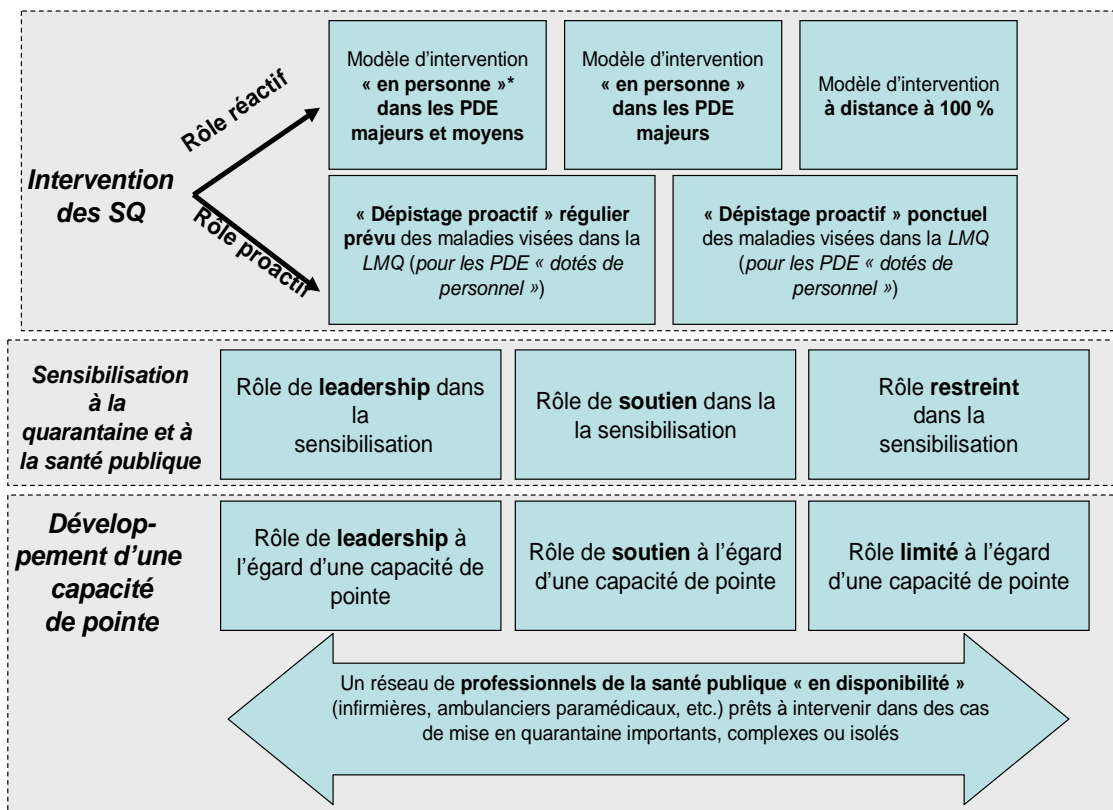
- ***Services d'intervention du Programme de quarantaine***, notamment :
  - répondre aux appels concernant des questions de quarantaine (p. ex. voyageurs malades) émanant des partenaires du service (p. ex. ASFC, administrations aéroportuaires, etc.);
  - au besoin et en cas de nécessité, observer les voyageurs internationaux à l'arrivée et au départ pour déceler des indices de problèmes de santé visés dans la LMQ.
- ***Prestation de services d'éducation et de sensibilisation à la santé publique***, notamment :
  - leadership ou participation active à des initiatives en vue de sensibiliser et d'informer les partenaires de service et le public voyageur international sur les risques pour la santé publique et les rôles et responsabilités prévus dans la *Loi sur la mise en quarantaine*.
- ***Fourniture d'une capacité d'intervention intensifiée***, notamment :
  - Leadership ou participation active à l'élaboration et à la coordination d'une capacité d'intervenir dans les événements complexes et de risque élevé justifiant la quarantaine (p. ex. nombreux voyageurs malades arrivant de l'étranger dans un lieu isolé);
  - Intégration active de l'approche de prestation de services de quarantaine à l'approche d'intervention d'urgence des partenaires, dont les opérations régionales de l'ASPC, les administrations portuaires et les autorités de santé locales.

Les pages qui suivent fournissent une évaluation sommaire des approches proposées en ce qui a trait à la prestation des services en fonction de ces rôles essentiels.

**Modèle de prestation des services de quarantaine – Sommaire des options par rôle essentiel du Service de quarantaine**

L'illustration suivante résume les divers modèles de prestation qui ont été envisagés pour chacun des rôles essentiels du Service de quarantaine. Ces modèles sont étudiés par rapport aux divers rôles du Service de quarantaine dans les pages qui suivent.

Modèles à envisager pour la prestation des services de quarantaine (SQ)



\* - les PDE restants obtiennent un soutien à distance

**Rôle essentiel : Intervention du Service de quarantaine – Rôle d'intervention réactif**

Un aspect essentiel de l'approche de prestation des services de quarantaine réside dans la capacité d'intervenir en réponse aux appels concernant un incident qui pourrait justifier la quarantaine et la capacité d'effectuer des évaluations de santé des voyageurs de manière opportune.

1. Intervention des services de quarantaine  
Rôle réactif – Options à envisager

	<u>PDE majeurs</u>	<u>PDE moyens</u>	<u>PDE mineurs</u>
<b>Modèle 1 (état actuel)</b>	Capacité d'intervention « en personne »		Capacité d'intervention « à distance »
<b>Modèle 2</b>	Capacité d'intervention « en personne »	Capacité d'intervention « à distance »	
<b>Modèle 3</b>	Capacité d'intervention « à distance » à 100 %		
	<i>p. ex. aéroports de Toronto, de Montréal et de Vancouver</i>	<i>p. ex. aéroports d'Halifax, d'Ottawa et de Calgary</i>	<i>tous les autres PDE</i>

Les trois modèles ci-dessus ont été envisagés. Ils comprennent :

1. Le modèle qui reprend l'état actuel des choses et consiste en une capacité d'intervention d'agents de quarantaine présents dans six grands et moyens aéroports internationaux canadiens et la capacité d'intervention des agents de quarantaine « à distance » pour le soutien de tous les autres aéroports internationaux, portes maritimes et frontières terrestres.
2. Un modèle de prestation selon lequel la capacité d'intervention d'agents de quarantaine présents est maintenue dans trois principaux aéroports d'entrée au Canada, ces mêmes ressources fournissant une capacité d'intervention « à distance » à tous les autres points d'entrée canadiens.
3. Un modèle de prestation selon lequel les agents de quarantaine ne fournissent pas de services d'intervention « en personne » mais plutôt des services « à distance » à tous les points d'entrée canadiens.

Les principaux facteurs pris en considération lors de l'évaluation de ces diverses approches comprennent (en fonction de 2008-2009) sont les suivants :

- 79 % des voyageurs arrivant de l'étranger par avion atterrissent à Toronto, à Montréal et à Vancouver, et 12 %, à Calgary, à Ottawa et à Halifax;
- 46 % des appels au Service de quarantaine ont été réglés par un agent de quarantaine « à distance »;
- la majorité des appels d'intervention au Service de quarantaine sont également couverts par les professionnels de la santé locaux (p. ex. SMU, services incendie, etc.), qui sont en mesure d'aider l'agent de quarantaine à effectuer son évaluation sanitaire.

Voici une description des principaux attributs et avantages et inconvénients de chacun des modèles de prestation proposés :

### Services de quarantaine réactifs Modèles de prestation à envisager

#### **Modèle 1**

Modèle  
d'intervention « en  
personne » dans  
les PDE majeurs  
et moyens

#### **Modèle 2**

Modèle  
d'intervention « en  
personne » dans  
les PDE majeurs

#### **Modèle 3**

Modèle  
d'intervention  
« à distance »  
à 100 %

#### ***Ce à quoi le modèle de prestation pourrait ressembler...***

- Le statu quo – intervention « en personne » dans six aéroports. Ces mêmes ressources fournissent des services à distance à tous les autres PDE
- Intervention « en personne » disponible 24 heures sur 24 dans les trois aéroports (Toronto, Montréal, Vancouver – s'occuperait de 79 % des arrivées de voyageurs de l'étranger par avion)
- Tous les PDE seraient desservis à distance (par des AQ dans les trois principaux aéroports)
- Les AQ existants à Calgary, Ottawa, Halifax (6 ETP) pourraient être réaffectés pour appuyer les rôles essentiels des services de quarantaine ou intervenir en cas d'urgence ou d'incidents à risque élevé exigeant la mise en quarantaine.
- Prestation d'un service de quarantaine au moyen d'un centre d'appels 24 heures sur 24 et sept jours sur sept (doté d'AQ) qui reçoit des appels de partenaires (ASFC, lignes aériennes, administrations portuaires, etc.) et évaluations sanitaires à distance.
- Les besoins de dotation en AQ pour le centre d'appels est estimé à six ETP – ce qui permettrait de réaffecter un ou deux gestionnaires des soins infirmiers et 16 ETP AQ existants à l'appui d'autres rôles essentiels du SQ.

	<b><u>Avantages</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Maintenir le statu quo – incidence limitée vis-à-vis des partenaires de prestation</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• La « sous-utilisation » des AQ aux postes de quarantaine se poursuivrait</li><li>• Il reste à savoir si le maintien d'une capacité « en personne » dans les aéroports actuellement dotés bénéficie réellement la santé publique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet à l'ASPC de maintenir une capacité d'intervention « en personne » dans les PDE où les risques sont considérés élevés (aéroports de Toronto, de Montréal et de Vancouver)</li><li>• Libère des ressources de santé publique qui sont maigres (6 AQ et environ 500 000 \$ en salaires/F et E) en faveur d'autres initiatives (p. ex. sensibilisation et éducation en matière de santé publique)</li></ul> <b><u>Inconvénients</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La « sous-utilisation » des AQ dans les postes de quarantaine restants risque de se poursuivre</li><li>• Risque de faire mauvaise impression au public et aux partenaires à un moment particulièrement délicat (c.-à-d. H1N1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduit le coût de prestation des services</li><li>• Fournit un niveau de service équivalant à celui utilisé dans 46 % des appels à la quarantaine en 2008-2009</li><li>• Fournit un niveau de service uniforme dans tous les PDE</li><li>• Libère des ressources de santé publique qui sont maigres (16 AQ et environ 1,2 M\$ en salaires/F et E) en faveur d'autres initiatives des services de quarantaine</li><li>• Reconnaît les limites de l'efficacité des mesures de quarantaine frontalières</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Risque de faire mauvaise impression au public et aux partenaires à un moment particulièrement délicat (c.-à-d. H1N1)</li><li>• L'évaluation à distance d'un risque intensifié d'introduire une maladie infectieuse est perçue comme étant moins efficace qu'une évaluation « en personne »</li></ul>

Bien que ce rapport cerne un certain nombre de facteurs qui mènent à la conclusion que le modèle de service actuel doit changer pour devenir plus efficace, la nature et l'orientation de ce changement lié aux services d'intervention de la quarantaine repose sur deux mesures de direction essentielles :

1. que les responsables des services de la quarantaine entreprennent une évaluation exhaustive des risques qui évalue les risques liés aux voyageurs internationaux à l'arrivée et au départ dans tous les points d'entrée au Canada, quel que soit le moyen de transport.
2. que les responsables des services de la quarantaine mettent au point un plan stratégique et opérationnel afin d'orienter la manière et la mesure dans laquelle les risques de quarantaine sont atténués.

Pour veiller à ce que le modèle de prestation de services correspondant soit adéquatement adapté aux objectifs stratégiques et opérationnels du Programme de quarantaine, ces activités de gestion doivent être entreprises avant la sélection d'une approche optimale pour la prestation des services d'intervention de la quarantaine.



**Rôle essentiel : Intervention des services de quarantaine – Rôle d'intervention proactif**

Une des exigences de la LMQ réside dans la fourniture de services d'évaluation préliminaire qui s'appliquent aux voyageurs internationaux en partance du Canada. Les services de la quarantaine travaillent en ce moment à la création d'un protocole d'examen préliminaire à la sortie nationale qui sera utilisé dans les cas où le Canada exige cette évaluation préliminaire à la sortie du pays. Dans ce contexte, deux modèles ont été identifiés afin de les soumettre à l'étude :

**Modèle 1**

« Dépistage proactif »  
régulier prévu des maladies  
visées dans la LMQ (pour les  
PDE « dotés de personnel »)

***Ce à quoi le modèle de prestation pourrait ressembler...***

- Les AQ seraient affectés à l'observation proactive régulièrement prévue des voyageurs internationaux à l'arrivée et au départ (c.-à-d. vérification au départ) afin d'identifier les voyageurs qui risquent de transmettre des maladies infectieuses.
- L'affectation de ressources en AQ servirait d'appoint aux services de dépistage actuels essentiellement fournis par l'ASFC

**Modèle 2**

« Dépistage proactif »  
ponctuel des maladies visées  
dans la LMQ (pour les PDE  
« dotés de personnel »)

- Les AQ seraient affectés à des interventions proactives ciblées ou « au besoin » en fonction des voyageurs internationaux à haut risque identifiés à l'arrivée et au départ
- Ce modèle de prestation reprendrait le statu quo à certains égards étant donné que les services de quarantaine fournissent déjà des services de « recherche de contacts » (intervention et suivi) pour les voyageurs internationaux en partance du Canada reconnus comme étant atteints de tuberculose

### **Avantages**

- Permet aux services de quarantaine de satisfaire de manière proactive aux exigences liées au départ de voyageurs internationaux en vertu de la LMQ
- Permet aux services de quarantaine de fournir une capacité de base pour le dépistage au départ tel que requis par la LMQ, et ce avec les niveaux de ressources en AQ existants
- Permet aux AQ de se consacrer à des rôles plus importants (p. ex. évaluation de la santé, sensibilisation, etc.)

### **Inconvénients**

- Limitations inhérentes à l'identification de voyageurs malades (p. ex. difficulté à reconnaître les voyageurs malades pendant la période d'incubation) ce qui limite l'efficacité d'efforts de dépistage plus intenses au départ.
- Les avantages de réaffecter les AQ à cette activité risquent de ne pas se justifier étant donné le grand volume de voyageurs et la difficulté d'identifier les voyageurs malades par l'observation/le dépistage
- Difficulté à estimer/établir une base de ressources appropriée à l'appui de cette activité
- Risque de donner l'impression qu'il y a davantage de « contrôle de départ » que ce qui se fait en réalité

## **Rôle essentiel : Rôle de sensibilisation à la quarantaine/à la santé publique**

Voici les divers modèles prévus pour le rôle du Programme de quarantaine en ce qui a trait à la sensibilisation à la LMQ et à la santé publique :

### **Modèle 1**

Rôle de **leadership**  
au niveau de la  
sensibilisation

- Les services de quarantaine fournissent une surveillance ou une formation directe aux partenaires de la prestation de services sur les rôles, responsabilités et processus prévus par la *LMQ*
- Ils dirigent ou soutiennent activement une approche intégrée aux incidents d'intervention d'urgence où la quarantaine est de mise
- Ils collectent, extraient, analysent et diffusent des données sur les risques pour la santé des voyageurs internationaux arrivant au Canada
- Ils agissent activement en partenariat avec le MAECI, le Programme de santé-voyage et l'ASFC à l'analyse des risques pour les voyageurs internationaux et à leur diffusion
- Ils dirigent ou coordonnent des initiatives de sensibilisation aux risques pour la santé publique s'adressant aux voyageurs internationaux

### **Modèle 2**

Rôle de **soutien** au  
niveau de la  
sensibilisation

- Les services de quarantaine soutiennent des partenaires de prestation de services de quarantaine dans leurs efforts de sensibilisation « sur demande »
- Ils soutiennent les efforts de sensibilisation aux risques pour la santé publique (s'adressant aux voyageurs internationaux) « sur demande »

### **Modèle 3**

Rôle **restreint**  
au niveau de la  
sensibilisation

- Les services de quarantaine se concentrent essentiellement sur les besoins d'intervention en cas d'appels à la quarantaine
- Ils participent de manière limitée aux efforts en vue de sensibiliser les gens aux risques pour la santé publique et à la *LMQ*
- Ils comptent sur les partenaires de prestation de services (p. ex. ASFC) pour mener leurs propres activités de sensibilisation et d'éducation

### ***À quoi peut ressembler le rôle...***

### **Avantages**

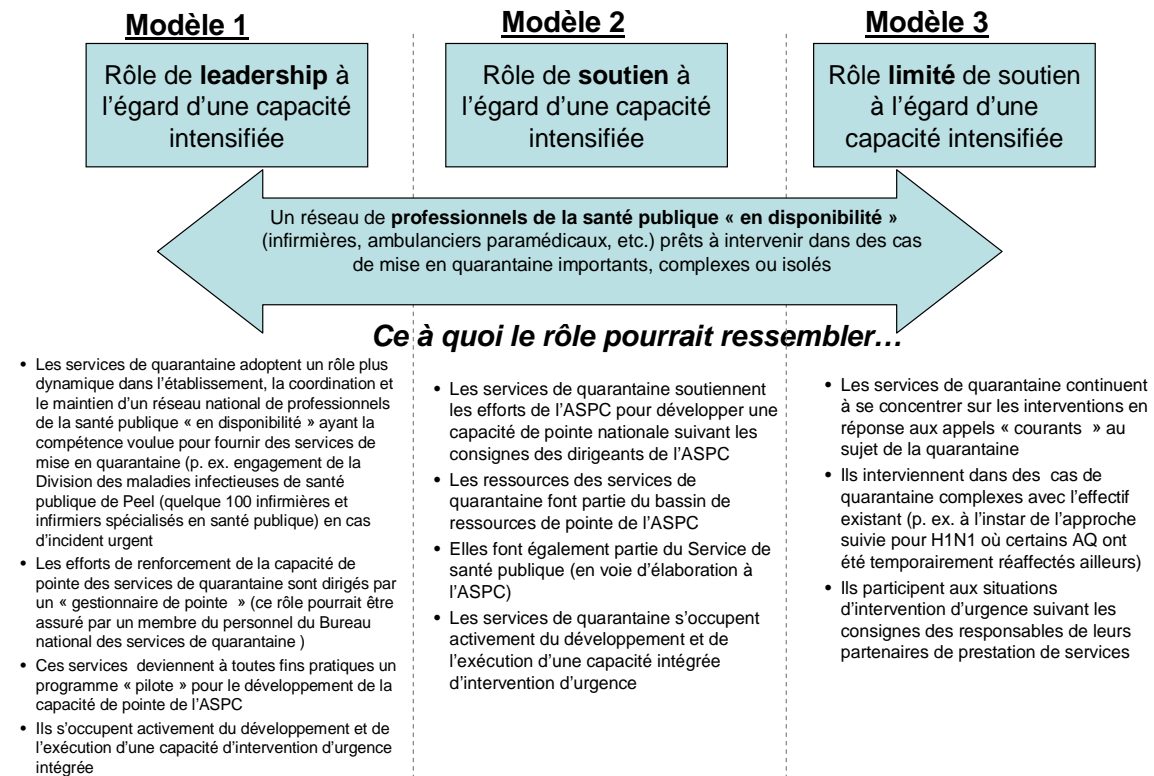
- Reconnaît le rôle important que jouent les voyageurs et les partenaires dans l'administration de la *LMQ*
  - Soutient une approche analytique à l'identification et à l'intervention face aux risques pour la santé des voyages internationaux
  - Permet aux services de quarantaine de tirer un meilleur parti des ressources et des ensembles de compétences des AQ
  - Permet aux services de quarantaine de mieux contrôler la qualité et l'uniformité des efforts d'éducation et de sensibilisation
  - Un rôle plus marqué mènera à de nouvelles exigences sur le plan des ressources (p. ex. coordination, formation, voyage, etc.)
  - Il n'est pas clair si l'approche serait acceptée par les principaux partenaires (c.-à-d. ASFC) compte tenu de leurs priorités concurrentielles
- Reconnaît le rôle important que les voyageurs et partenaires ont à jouer pour l'administration de la *LMQ*
  - Permet aux services de quarantaine de tirer un meilleur parti des ressources et des ensembles de compétences des AQ
- Réduit à un minimum les ressources requises pour les activités au-delà des interventions essentielles liées à la quarantaine

### **Inconvénients**

- Le fait de miser en permanence sur les partenaires pour éduquer leurs propres ressources a donné des résultats inégaux pour l'instant
  - Le manque d'uniformité et les approches ponctuelles à l'égard de la sensibilisation du public qui voyage à l'étranger subsisteront
- La sous-utilisation des ressources en AQ se poursuivra
  - L'approche fait abstraction de l'importance de sensibiliser le public et les partenaires pour faciliter l'administration de la *LMQ*

Rôle essentiel : Rôle de mise au point d'une capacité de pointe

Voici les divers modèles proposés pour le rôle du Programme de quarantaine à l'heure d'élaborer et de maintenir une capacité de pointe :



- Réduit les risques associés à l'intervention des services de quarantaine dans certains cas à haut risque, complexes ou isolés
- Fournit à l'ASPC la mise en œuvre d'un « projet pilote » pour le développement d'une capacité de pointe

- Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour les services de quarantaine (p. ex. gestionnaire chargé de l'intensification de la capacité) pour bâtir, coordonner et maintenir le réseau
- Il n'est pas clair si le Programme de quarantaine est une priorité assez importante pour l'ASPC pour justifier la mise au point d'une capacité de pointe pour la quarantaine

### **Avantages**

- Permet aux services de quarantaine de participer aux efforts de planification et de développement des capacités intensifiées et d'exercer une influence sur les décisions
- Permet à l'ASPC de donner l'élan aux efforts de développement des services de santé publique
- Permet aux services de quarantaine de miser sur une capacité de pointe élargie de l'ASPC, une fois qu'elle sera établie

### **Inconvénients**

- Les services de quarantaine demeurent tributaires de la synchronisation et des progrès des efforts de l'ASPC pour la capacité de pointe

- Réduit au minimum les besoins de ressources des services de quarantaine et maintient le statu quo
- Le rôle peut être assuré par les ressources existantes du bureau national des services de la quarantaine

- Risque accru d'une incapacité des services de quarantaine d'intervenir de manière efficace face à des cas de quarantaine complexes ou à risque élevé

Le choix de l'approche optimale pour satisfaire les exigences en ce qui a trait à la « capacité de pointe » du Programme de quarantaine dépendent fortement des initiatives courantes de l'ASPC y compris 1) renforcer la capacité de pointe dans l'ensemble et 2) bâtir un service de santé publique.

Par ailleurs, et à l'instar d'autres modèles proposés pour les divers rôles de prestation des Services de la quarantaine, le choix de l'approche optimale pour satisfaire les besoins de capacité de pointe dépend du développement de la part des dirigeants de la quarantaine 1) d'une évaluation exhaustive des risques et 2) d'un plan stratégique et opérationnel.

Envisager le modèle de prestation des services optimal dans ce contexte permettra d'assurer que le modèle de prestation sélectionné sera conforme aux objectifs stratégiques et opérationnels du Programme de quarantaine et de l'ASPC dans l'ensemble.

## Annexe D : Liste des acronymes

AC	Administration centrale
ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
ACTC	Aviation civile de Transports Canada
Agence	Agence de la santé publique du Canada
AQ	Agent de quarantaine
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
ASL	Autorités sanitaires locales
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BDESV	Base de données des évaluations de santé des voyageurs
Bureau	Bureau des services de quarantaine
CCMTMV	Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CMIU	Centre de mesures et d'interventions d'urgence
COF	Chef, Opérations financières
CPCMI	Centre de prévention de contrôle des maladies infectieuses
CRG	Cadre de responsabilisation de gestion
CRIU	Coordonnateurs régionaux des interventions d'urgence
CT	Conseil du Trésor
DG	Directeur général
Division	Division de la migration et de la santé internationale
É.-U.	États-Unis d'Amérique

ETP	Équivalent temps plein
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IVI	Institut des vérificateurs internes
LE	Lettre d'entente
LMQ	<i>Loi sur la mise en quarantaine</i>
MAECI	Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
MQ	Médecin de quarantaine
MSV	Migration et santé des voyageurs
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P/T	Provinces et territoires
PdE	Point d'entrée
PE	Protocole d'entente
R.-U.	Royaume-Uni
RSI	<i>Règlement sanitaire international</i>
RSV	Rapport de santé du voyageur
SC	Santé Canada
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère