



Public Health  
Agency of Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

# RAPPORT DE VÉRIFICATION

Mesures et interventions d'urgence

Division des services de vérification

Juin 2010

Approuvé par l'administrateur en chef de la santé publique  
le 22 juin 2010

Canada 

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>2</b>
<b>Contexte .....</b>	<b>6</b>
<b>À propos de la vérification .....</b>	<b>9</b>
Objectifs .....	9
Portée.....	9
Approche et méthodologie .....	10
<b>Constatations et recommandations de la vérification .....</b>	<b>10</b>
<b>Mandat, gouvernance et orientations stratégiques .....</b>	<b>10</b>
<b>Préparation et planification .....</b>	<b>17</b>
Surveillance .....	18
Préparation et planification .....	21
Programmes de formation et d'exercices .....	23
Guide des opérations du COUPS et PNE pertinentes .....	26
<b>Activités d'intervention .....</b>	<b>27</b>
Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) .....	28
Bureau national des équipes d'intervention d'urgence en santé .....	37
Laboratoire national de microbiologie (LNM).....	40
Système de commandement des interventions et système de gestion des incidents (SCI et SGI).....	41
<b>Reprise des activités .....</b>	<b>43</b>
<b>Fonctions de soutien .....</b>	<b>45</b>
Ressources humaines .....	45
Ressources financières.....	45
Gestion de l'information et technologie de l'information (GI-TI) .....	46
<b>Conclusion de la vérification .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe A : Critères de vérification.....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe B : Plan d'action de la direction .....</b>	<b>52</b>
<b>Annexe C : Liste des acronymes .....</b>	<b>64</b>

## Résumé

1. L'objectif global de la vérification était de fournir à la direction de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC ou l'Agence) une évaluation indépendante de la mesure dans laquelle les activités de préparation et certaines activités d'intervention d'urgence de l'Agence sont gérées en tenant compte de l'efficacité, de l'efficience, de l'opportunité et des risques. La vérification visait également à déterminer si ces activités étaient conformes au mandat de l'Agence et aux besoins de ses partenaires et de ses intervenants.
2. Les travaux de vérification ont été réalisés entre février et juin 2010; ils ont comporté des entrevues auprès du personnel clé de l'ASPC ainsi qu'auprès des partenaires de programme et des intervenants, l'examen de la documentation pertinente, des analyses et des mises à l'essai, et des visites sur les lieux des entrepôts et des centres de dépôt.
3. La vérification a porté sur la gouvernance, le cadre de gestion et les structures de responsabilité de l'Agence relativement aux activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence, aux plans, aux processus, aux systèmes et aux pratiques. Elle a permis d'évaluer si les activités se sont avérées efficaces, opportunes et si elles ont tenu compte des risques, et a permis de déterminer si le personnel déployé était compétent et avait reçu la formation adéquate. La vérification visait aussi à déterminer si les biens utilisés aux fins de la préparation et de l'intervention d'urgence ont fait l'objet de contrôles adéquats, s'ils ont été gérés dans un souci d'efficacité et d'efficience, et s'ils ont été déployés de manière efficace. Nos critères et sous-critères de vérification (annexe A) ont été établis en fonction de la législation pertinente, des politiques du Conseil du Trésor, des pratiques de gestion généralement reconnues et des Contrôles de gestion de base du Bureau du contrôleur général.

## Constatations de la vérification

4. Du point de vue de la gouvernance, bien que les rôles et les responsabilités généraux de l'ASPC concernant les activités de préparation et d'intervention d'urgence soient définis et documentés de façon adéquate, il est nécessaire de préciser le mandat de l'Agence à cet égard pour certains groupes d'intervenants. Cela comprend le fait de préciser le mandat de l'ASPC dans le cadre des activités d'intervention d'urgence de portée internationale; le rôle de l'ASPC au soutien des organismes gouvernementaux fédéraux qui fournissent des soins de santé directement aux citoyens canadiens; et l'approche et la capacité de l'ASPC à desservir le Nord canadien.
5. De plus, la vérification a permis de déterminer que des efforts continus sont nécessaires pour intégrer les activités de préparation et d'intervention d'urgence et

les coordonner avec le portefeuille de la Santé. Cela comprend la définition claire des rôles et des responsabilités de Santé Canada et de l'ASPC concernant la préparation et l'intervention en cas d'urgence, ainsi que les rôles de l'administration centrale et des bureaux régionaux de l'ASPC dans le cadre de leur travail avec les intervenants du domaine de la préparation et de l'intervention d'urgence.

6. Du point de vue de la planification et de la préparation d'urgence, l'ASPC est dotée d'un programme de surveillance défini; toutefois, le partage de renseignements sur la santé avec les partenaires et les intervenants doit être amélioré afin de répondre à leurs besoins et de continuer de satisfaire aux obligations découlant du *Règlement sanitaire international* (2005).
7. Nous avons également constaté que les processus actuels de gestion des risques liés à la préparation et à l'intervention d'urgence se fondent trop sur les événements. Par ailleurs, l'ASPC n'a pas encore élaboré un processus d'évaluation globale des risques et des menaces à long terme, ni un plan de gestion « tous risques », dans le but d'appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence, et de satisfaire aux obligations découlant de la loi. Plus particulièrement, en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences* (2007), le ministre de la Santé assume des responsabilités dont il doit s'acquitter en matière de gestion des urgences.
8. La formation et la tenue d'exercices sont des éléments fondamentaux de la planification et la préparation en cas d'urgence, et ces responsabilités incombent également au ministre en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences*. Bien que l'ASPC ait déployé des efforts considérables en ce qui concerne la formation sur les activités de préparation et d'intervention d'urgence, et qu'elle ait participé à bon nombre d'exercices d'urgence, nous avons constaté que l'ASPC n'a pas encore élaboré de plan de formation et d'exercices à long terme, pas plus qu'elle n'a mené une évaluation globale des besoins en matière de formation. De plus, l'ASPC n'a pas encore prévu ni tenu d'exercice à grande échelle visant la santé publique et les maladies infectieuses, lequel contribuerait à mettre à l'essai et à valider les plans, les politiques et les procédures normalisées d'exploitation (PNE) touchant à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence. Le fait de régler ces questions aidera l'organisme à passer de son approche réactive actuelle à l'égard de la formation et des exercices à une approche plus proactive.
9. Du point de vue de l'intervention en cas d'urgence, nous avons constaté que l'ASPC n'a pas la capacité de pointe nécessaire en matière de ressources humaines pour pouvoir soutenir de manière adéquate le Centre des opérations d'urgence (COU) élargi mis en activité lors d'un événement ou d'une urgence. De plus, nous avons constaté que bien que le Système de commandement des interventions (SCI) soit toujours en évolution, la direction doit y porter une attention continue. Des questions d'harmonisation peuvent encore se poser, puisque le SCI convient davantage à un organisme « premier intervenant », et l'ASPC n'est pas un « premier intervenant ».

10. Le mandat du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) doit être renouvelé de façon à refléter plus rigoureusement le rôle actuel qu'il joue dans le domaine de l'intervention d'urgence en santé. De plus, une attention de la direction du programme est nécessaire pour régler les questions relatives aux pratiques d'acquisition du SRNU, aux processus de maintenance des fournitures et du matériel, à la valeur des stocks, aux systèmes et aux processus de contrôle et de tenue de registres, aux processus liés à la désuétude des stocks et aux capacités de gestion de l'information.
11. En ce qui concerne le programme des équipes d'intervention d'urgence en santé (EIUS), nous avons constaté qu'une transformation de ce programme a été amorcée sans qu'il y ait de mandat officiel clair ni d'évaluation des risques et des menaces. Par ailleurs, jusqu'à présent, cette transformation n'a pas bien été coordonnée avec les autres efforts visant à créer une capacité de pointe, à savoir l'élaboration du guichet unique de la réserve de professionnels de la santé publique de l'ASPC.
12. La vérification a permis de déterminer que les rôles et responsabilités du Laboratoire national de microbiologie (LNM) concernant les activités d'intervention en situation d'urgence de l'ASPC doivent être précisés, particulièrement en ce qui a trait à la manière dont le LNM et les centres des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé interagissent dans les situations d'urgence, et ce, afin d'assurer une intervention intégrée et coordonnée lors de situations d'urgence.
13. Du point de vue de la reprise des activités après une urgence, la vérification a mis l'accent sur les pratiques de gestion des connaissances de l'ASPC concernant la préparation et l'intervention d'urgence; elle a permis de déterminer que l'ASPC n'a pas encore mis au point une méthode éprouvée qui permet de relever systématiquement les leçons apprises des efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence et de s'y conformer. De plus, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que les mesures d'amélioration établies dans le cadre des exercices sur les leçons apprises sont harmonisées avec la priorité accordée à la formation sur la préparation et l'intervention en cas d'urgence de l'ASPC.
14. Du point de vue des fonctions de soutien, nous avons recensé les enjeux suivants liés à la planification et à la gestion des ressources humaines : plusieurs postes clés ayant trait à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence ont été pourvus de manière temporaire grâce à des nominations intérimaires, ou encore ceux-ci viennent à peine d'être comblés; de plus, il n'y avait aucun plan de dotation ni plan de relève documenté établi pour les principaux postes.

## **Conclusion**

15. Même si l'Agence a été en mesure de répondre à des urgences, bon nombre de problèmes relevés dans le présent rapport doivent être réglés pour faire en sorte que l'Agence puisse pleinement remplir son mandat qui consiste à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens : l'Agence doit continuer de mettre l'accent sur le renforcement de la capacité en matière de préparation et d'intervention d'urgence

et exercer ses activités d'intervention de la façon la plus rapide, efficace et efficiente qui soit. La direction doit porter une attention pour ce qui suit :

- Veiller à ce que le mandat, les stratégies, les objectifs et les plans opérationnels ainsi que les rôles et les responsabilités au chapitre de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence soient clairement articulés, documentés et diffusés;
- Garantir l'existence de processus d'évaluation de la menace et des risques et d'un plan de gestion des risques dit « tous risques » détaillés et à long terme afin d'appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence et de respecter les obligations légales.
- Développer des modèles de capacité de pointe et offrir de la formation obligatoire sur la gestion d'urgence afin de mettre sur pied une capacité de réponse qui est bien formée et qualifiée; et
- Faire en sorte que ses actifs soient déployés avec efficacité et efficacité en temps opportun.

### **Énoncé d'assurance**

16. Selon mon jugement professionnel à titre de dirigeant principal de la vérification et de l'évaluation, des processus ont été mis en œuvre et des données ont été recueillies en quantité suffisante et adéquate pour appuyer l'exactitude de la conclusion de la vérification formulée et contenue dans le présent rapport. La conclusion de la vérification est fondée sur une comparaison des conditions, comme elles existaient à ce moment-là, par rapport à des critères de vérification établis (voir l'annexe A) en fonction de la portée décrite dans les présentes.

Christian Asselin, CA, CMA, CFE Dirigeant principal de la vérification et de l'évaluation
--

### **Réponse de la direction**

17. La direction de l'Agence accepte nos constatations et nos recommandations. Un plan d'action de gestion est présenté à l'annexe B.

## Contexte

18. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été créée à l'intérieur du portefeuille fédéral de la Santé dans le but de remplir l'engagement du gouvernement du Canada qui consiste à contribuer à la protection et à la promotion de la santé et de la sécurité de la population canadienne, et à accorder une plus grande importance à la santé publique. Des événements tels que l'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, et la probabilité de plus en plus grande de l'apparition de pandémies importantes en raison de la mondialisation, ont amené le Canada à se doter d'un organisme national qui jouerait un rôle central en matière de santé publique. Il en a résulté la création de l'ASPC en septembre 2004, dont l'un des principaux rôles est de servir clairement de point de convergence pour que le gouvernement fédéral exerce son leadership et rende compte de la façon dont il gère les situations d'urgence en santé publique.
19. Dans l'environnement actuel, les menaces sont vastes et complexes. Elles comprennent à la fois les événements d'origine naturelle comme les inondations, les tremblements de terre et les flambées de maladies infectieuses dangereuses, de même que les accidents et les actes criminels ou terroristes perpétrés dans lesquels des produits explosifs, chimiques ou radioactifs ou des menaces biologiques ont joué un rôle. Tous ces événements peuvent poser des risques importants aux Canadiennes et aux Canadiens au pays et à l'étranger.
20. Dans ce contexte, l'ASPC a évolué de façon considérable depuis sa création et continue de faire l'objet de restructurations et de changements. Plusieurs événements récents importants, prévus et imprévus, ont motivé l'Agence à travailler de façon active. L'ASPC a pris l'initiative de la préparation d'un plan national de pandémie et a abordé la question de la grippe H1N1, en tirant parti des leçons apprises durant la première vague de cette épidémie afin de composer avec la deuxième vague. L'ASPC, grâce à la participation des régions et des administrations centrales, a également déployé du personnel et des ressources médicaux sur le site des Jeux olympiques de 2010 à Vancouver, contribuant ainsi au succès de cet événement international. À l'heure actuelle, les prochains sommets du G8 et du G20 en Ontario comportent des responsabilités et des défis supplémentaires pour l'ASPC.
21. L'ASPC doit réaliser son mandat dans un environnement auquel prennent part plusieurs intervenants : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des partenaires internationaux, d'autres ministères fédéraux, des autorités provinciales, territoriales et locales, des organisations non gouvernementales (ONG), etc. Il est souvent nécessaire de composer avec les événements dans un contexte extrêmement politisé, où le facteur temps est un élément important.
22. Grâce à sa structure régionale, l'ASPC maintient des relations avec les provinces et les territoires, et le personnel des régions a contribué au développement des efforts

de planification provinciaux en matière de santé. L'ASPC a également participé à plusieurs exercices importants, notamment ceux liés à la planification des Jeux olympiques de 2010, lesquels comprenaient les exercices de simulation Bronze, Argent et Or. Il ressort aussi clairement que beaucoup d'efforts ont été consacrés à l'amélioration de différents aspects de la formation au sein de l'organisation.

23. Toutes les activités auxquelles l'ASPC a participé au cours des derniers mois ont renforcé l'idée selon laquelle une organisation, pour composer avec des événements complexes et imprévisibles, doit être solide, souple et réceptive.
24. Les efforts de l'Agence visant à améliorer sa capacité de préparation et d'intervention en cas d'urgence ont été déployés dans un environnement où ont récemment eu lieu des catastrophes naturelles importantes et où des facteurs de risque croissants ont pu être observés, tels que le risque de propagation de maladies infectieuses résultant de l'augmentation des déplacements des personnes et des biens dans le monde. Dans cet environnement, l'Agence devra demeurer vigilante et continuer de s'appliquer à renforcer sa capacité de préparation et d'intervention en cas d'urgence.
25. Les efforts en matière de préparation et d'intervention d'urgence au sein de l'ASPC sont menés conformément à l'orientation générale du Bureau du Conseil privé (BCP), du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT, à titre d'employeur), et de Sécurité publique Canada (SPC), qui assume la responsabilité de la *Loi sur la gestion des urgences* et du Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU).
26. Le PFIU est principalement axé sur les mesures d'intervention dans le contexte de la gestion des urgences. Il s'agit en fait du plan d'intervention « tous risques » du gouvernement du Canada. Le PFIU, conjointement avec les plans propres à des événements précis et les plans d'urgence ministériels et sectoriels, forme une série de plans qui orientent l'intervention d'urgence du gouvernement fédéral. Selon l'évolution du PFIU, des annexes concernant des menaces précises y seront ajoutées, les situations d'urgence touchant la communauté internationale et le Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU), qui décrit une intervention harmonisée conjointe fédérale-provinciale-territoriale en cas d'urgence.
27. La *Loi sur la gestion des urgences* stipule qu'il incombe à chaque ministre responsable d'une institution fédérale devant le Parlement de déterminer les risques qui sont propres à son secteur de responsabilité ou qui y sont liés, notamment les risques concernant les infrastructures essentielles. De plus, conformément aux principes, aux programmes et aux autres mesures établis par le ministre pour l'élaboration des plans de gestion des urgences à l'égard de ces risques, chaque ministre doit mettre à jour, à l'essai et en œuvre ces plans, ainsi que tenir des exercices et assurer la formation à leur égard. Aux termes de la version actuelle de la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé (PPMUPS), l'objectif de celle-ci consiste à « [...] veiller à ce que le portefeuille fédéral de la Santé soit doté d'une capacité efficace et appropriée de préparation et



d'intervention en cas d'urgence, et à ce qu'il soit en mesure de fournir au ministre de la Santé une structure de gestion d'urgence robuste, complète, intégrée et continue ».

28. L'ASPC, au nom du portefeuille de la Santé, agit à titre de « [...] principal conseiller en santé publique du ministre, et est chargée de s'acquitter des responsabilités de ce dernier en matière de gestion des situations d'urgence »; elle est également chargée de la préparation et de l'intervention lors de situations d'urgence en santé publique en vertu de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (Loi sur l'ASPC de 2006). Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) est clairement désigné comme étant le point de convergence de la coordination des mesures de planification et d'intervention en cas d'urgence. Entre autres responsabilités, le CMIU doit faire ce qui suit :
- élaborer et tenir à jour les plans d'urgence nationaux pour le compte de l'ASPC et Santé Canada;
  - surveiller les épidémies et les maladies se déclarant à l'échelle mondiale;
  - évaluer les risques pour la santé publique en cas d'urgences;
  - faire en sorte, en collaboration avec d'autres organismes fédéraux et internationaux de santé et de sécurité, que les politiques canadiennes sur la santé et les mesures d'urgence tiennent compte des menaces pour la sécurité en générale et la santé publique des Canadiennes et des Canadiens;
  - assumer la responsabilité d'importantes règles fédérales de santé publique qui régissent la sécurité des laboratoires, la quarantaine et des questions semblables;
  - assumer l'autorité du gouvernement du Canada en matière de santé dans le contexte du bioterrorisme, des services de santé d'urgence et de l'intervention en cas d'urgence.
29. Relevant du CMIU, le Bureau des services d'interventions d'urgence (BSIU) fournit à ses partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux une capacité d'intervention médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, y compris le personnel soignant, ainsi que les fournitures et le matériel d'urgence pour les services de santé et les services sociaux. Le Bureau gère le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU), qui comprend des fournitures médicales et pharmaceutiques, et d'autres fournitures d'urgence connexes. Le BSIU a également établi une capacité de pointe nationale en matière d'urgence sanitaire en mettant sur pied des équipes d'intervention d'urgence en santé (EIUS), lesquelles sont transférées à l'heure actuelle vers un nouveau programme, appelé la Réserve nationale d'intervenants médicaux (RNIM), dans le but d'aider les provinces et territoires qui en font la demande à faire face aux urgences médicales et aux effets sur la santé résultant de catastrophes.
30. Conformément aux responsabilités du ministre définies dans la *Loi sur la gestion des urgences*, le BSIU est chargé d'élaborer et d'assurer la formation portant sur la gestion des urgences, et de mener des exercices connexes.

31. La préparation aux situations d'urgence constitue un aspect essentiel de l'accomplissement du mandat de l'ASPC. De graves conséquences découleraient d'une défaillance de cette fonction. La préparation aux situations d'urgence comprend la planification, la création d'une capacité d'intervention, les communications avec les intervenants, la formation et la tenue d'exercices en prévision d'une urgence possible. L'objectif de ces activités de préparation est de s'assurer que le gouvernement est prêt et qu'il peut intervenir rapidement et efficacement dans une situation d'urgence mettant en jeu la santé publique.
32. En date de février 2010, les dépenses du CMIU pour l'exercice financier 2008-2009 s'élevaient à 24,8 M\$, et elles sont estimées à 27,3 M\$ pour 2009-2010.

## À propos de la vérification

### Objectifs

33. Les objectifs de la vérification de Préparation et intervention d'urgence sont les suivants :
  - Évaluer le cadre de gestion, les plans, les processus, les systèmes et les pratiques de l'ASPC ayant trait à la planification et aux interventions en cas d'urgence, en collaboration avec ses principaux partenaires et intervenants, et en réponse à la législation, aux politiques et aux mandats pertinents;
  - Déterminer si les programmes et les activités de préparation et d'intervention d'urgence de l'Agence se sont avérés efficaces, efficaces et opportuns, s'ils ont tenu compte des risques et s'ils ont fait en sorte que le personnel déployé était compétent et avait reçu la formation adéquate;
  - Déterminer si les biens utilisés aux fins de préparation et d'intervention d'urgence ont fait l'objet de contrôles adéquats, s'ils ont été gérés dans un souci d'efficacité et d'efficience, et s'ils ont été déployés de manière efficace;
  - Repérer les possibilités d'amélioration pertinentes et les pratiques exemplaires en vue d'une amélioration.

### Portée

34. La portée de la présente vérification comportait l'examen des activités de préparation et de certaines activités d'intervention d'urgence de l'Agence, y compris des programmes liés aux EIUS et au Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU). En particulier, la vérification a traité des éléments suivants :
  - la gouvernance, le mandat et les orientations stratégiques;
  - le cadre de gestion;

- la planification opérationnelle;
- les ressources humaines, financières et matérielles;
- la relation de l'Agence avec ses partenaires et intervenants.

35. Les communications internes et externes, la préparation et l'intervention en cas de pandémie, les services de quarantaine, la planification de la continuité des activités et la surveillance ne s'inscrivaient pas dans la portée de la présente vérification puisque ces activités ont déjà fait l'objet de vérifications ou en feront l'objet.

### **Approche et méthodologie**

36. La vérification a été effectuée conformément à la Politique sur la vérification interne du Conseil du Trésor (CT) et aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne de l'Institut des vérificateurs internes (IVI), sauf qu'aucune évaluation externe complète n'a été effectuée pour démontrer la pleine conformité aux normes de l'IVI. Le Comité de vérification a approuvé la présente vérification comme étant un projet de vérification devant être exécuté en 2009-2010; la vérification s'est déroulée de février à juin 2010.

37. La législation pertinente, les politiques du Conseil du Trésor, les pratiques de gestion généralement reconnues et les Contrôles de gestion de base du Bureau du contrôleur général ont servi à établir les critères et sous-critères de la vérification, et à élaborer un programme de vérification (annexe A). Les méthodes de vérification consistent en un examen des processus, des procédés et des pratiques de gestion en matière de préparation et d'intervention d'urgence (y compris du SRNU et des EIUS). L'équipe de vérification a également mené des entrevues auprès du personnel clé de l'ASPC ainsi qu'auprès de représentants de partenaires des programmes et des intervenants, elle a réalisé un examen documentaire et a effectué des visites sur les lieux des entrepôts et des centres de dépôt.

## **Constatations et recommandations de la vérification**

### **Mandat, gouvernance et orientations stratégiques**

38. Nous nous attendions à ce que le programme de préparation et d'intervention d'urgence comporte des éléments essentiels, tels que le mandat, la cohérence interne, la structure de gouvernance adéquate et l'harmonisation en fonction des résultats, qui lui permettent de formuler une orientation stratégique efficace.

## Aperçu des intervenants

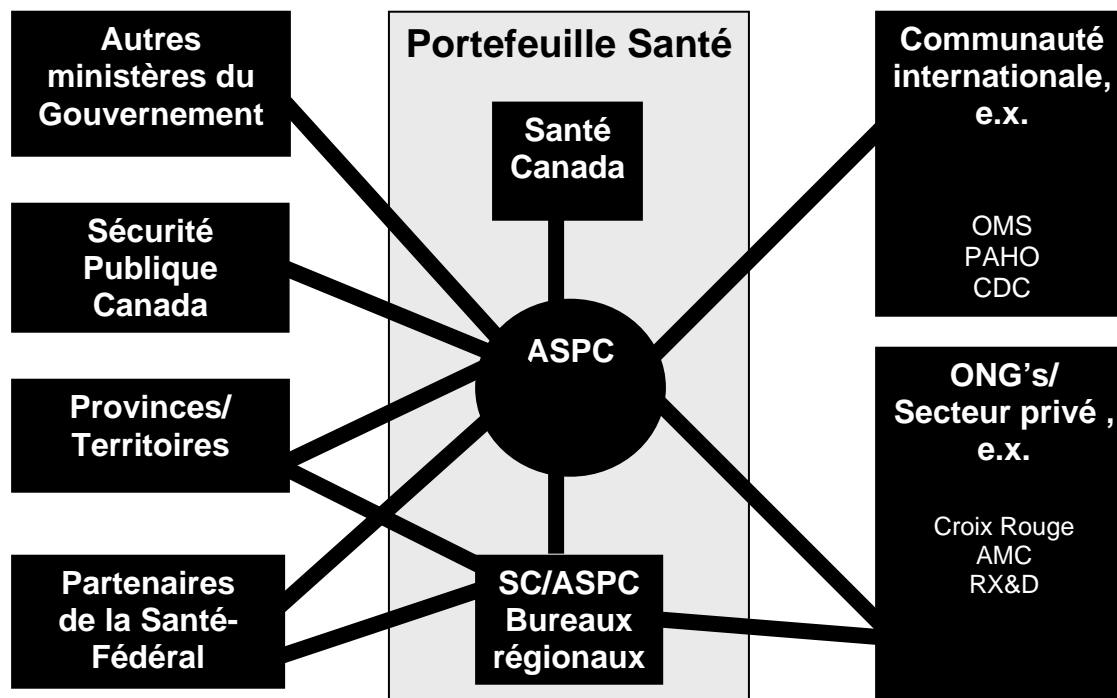
39. La mission de l'ASPC ayant trait à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence, comme elle est définie dans la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé (PPMUPS) de mai 2007, est la suivante :

*« Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique, et sa vision s'exprime ainsi : « Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain ».*

*« Ces missions impliquent une responsabilité d'intervention dans des situations d'urgence civile susceptibles d'avoir une incidence négative sur la santé ou le bien-être social des Canadiens. En plus des activités régulières accomplies dans le cadre de leurs fonctions normales, les organisations du portefeuille de la Santé sont tenues de s'acquitter de leur mission en période d'urgence lorsque la menace à la santé et à la sécurité des personnes s'accroît, rendant primordial le besoin d'être prêt à intervenir rapidement. Divers éléments des lois fédérales confèrent à des organisations du portefeuille de la Santé le mandat de soutenir d'autres ministères en situation d'urgence, ou de prendre l'initiative à d'autres occasions. Les provinces et les territoires peuvent solliciter l'aide du portefeuille de la Santé en situation d'urgence ».*

40. Afin de remplir cette mission, l'ASPC doit travailler en collaboration avec un ensemble complexe d'intervenants internes et externes. Une description des principaux intervenants et de leurs relations est fournie ci-dessous, et ces dernières sont également illustrées dans le diagramme 1.
41. Le CMIU est le point de convergence du portefeuille de la Santé pour la mobilisation, la coordination et la prestation d'un large éventail de services de préparation. Le directeur général est chargé de coordonner les activités de préparation aux situations d'urgence du portefeuille, y compris la planification, la formation et la tenue d'exercices, et de coordonner les mesures d'urgence du portefeuille de la Santé avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants.

Diagramme 1 : Aperçu des intervenants



42. Santé Canada (SC) est le ministère fédéral chargé de la promotion et de la protection de la santé des Canadiennes et des Canadiens. SC est le partenaire de l'ASPC dans le portefeuille de la Santé. Le ministre de la Santé du Canada assume la responsabilité principale de l'élaboration et de la tenue à jour des plans d'urgence du portefeuille fédéral de la Santé portant sur les menaces nationales pour la santé publique ou les événements tels que les flambées de maladies graves, les catastrophes naturelles ou les incidents importants de nature chimique, biologique ou radiologique et nucléaire.
43. Bureaux régionaux de SC et de l'ASPC : Dans les situations d'urgence, SC et l'ASPC sont représentés par les directeurs généraux régionaux (DGR) et les directeurs régionaux, respectivement. Les directeurs régionaux de l'ASPC jouent un rôle de premier plan en ce qui concerne les questions régionales concernant la préparation et l'intervention en cas d'urgence. Chaque région de l'ASPC dispose d'un coordonnateur de mesures et d'interventions d'urgence.
44. Provinces et territoires : L'ASPC, faisant partie du portefeuille de la Santé, aide à coordonner les ressources qui apportent un soutien aux provinces et aux territoires afin qu'ils s'acquittent de leurs responsabilités sur le plan des services de santé d'urgence et des services sociaux d'urgence, et ce, au besoin. Dans certaines circonstances, des responsabilités fédérales particulières incombent au portefeuille de la Santé (fournir des ressources et se charger de la coordination lors d'un événement sanitaire touchant plusieurs provinces ou territoires ou des frontières internationales).

45. Partenaires fédéraux de la santé : Les partenaires fédéraux de la santé sont les organismes fédéraux qui fournissent directement des soins de santé à la population canadienne (Service correctionnel Canada pour les Canadiennes et les Canadiens incarcérés, le ministère de la Défense nationale pour le personnel des Forces canadiennes, etc.).
46. Sécurité publique Canada : SPC a élaboré le Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU) en consultation avec les autres ministères. SPC gère le Centre des opérations du gouvernement du Canada (COG) et les centres régionaux des opérations, et assure la coordination globale des urgences exigeant une intervention intégrée de la part du gouvernement du Canada.
47. Autres ministères : L'ASPC, faisant partie du portefeuille de la Santé, travaille avec de nombreux autres organismes gouvernementaux (Agence canadienne d'inspection des aliments, Agence des services frontaliers du Canada, etc.) dans le but de réaliser ses activités de préparation et d'intervention d'urgence.
48. Communauté internationale : L'ASPC, faisant partie du portefeuille de la Santé, assure la liaison avec plusieurs organisations internationales afin d'échanger des renseignements sur les situations d'urgence touchant la communauté internationale, ce qui comprend la coordination internationale avec l'OMS, le G8, le G20 et le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale (GTPSM). En vertu de ses obligations découlant du *Règlement sanitaire international* (2005), l'ASPC sert également de point de convergence national permettant de transmettre à l'OMS des renseignements concernant les événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale.
49. **Il est nécessaire de préciser le mandat de l'ASPC en matière de préparation et d'intervention d'urgence pour certains groupes d'intervenants.**
50. Le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS) et les documents sur la fonction de soutien en cas d'urgence (FSU 5) décrivent les rôles et responsabilités généraux. Cependant, nous avons remarqué que plusieurs aspects du mandat de l'ASPC et des rôles et des responsabilités à l'appui doivent être précisés de la manière indiquée ci-dessous. Ce manque de clarté du mandat et de la structure de gouvernance à l'appui peut mener à une prestation inefficace et inefficace des services de programme.
51. **Mandat international de l'ASPC** : Comme le mentionne la PPMUPS, la mission de l'ASPC consiste à « promouvoir et à protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique ». Sa vision se lit ainsi : « Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain ».
52. En ce qui concerne les mesures et interventions en cas d'urgence, au cours des dernières années, l'ASPC est intervenue de façon active dans le cadre d'un certain

nombre d'activités d'intervention d'urgence de portée internationale (le tremblement de terre en Haïti, le tsunami en Asie, etc.). Il semble que l'objectif visé par la participation de l'ASPC était plus large que le fait de « promouvoir et protéger la santé des Canadiens ». Outre la reconnaissance que le ministre peut mener des activités à l'étranger, sous réserve du fait que ces activités doivent avoir un lien avec le Canada et la santé de sa population, le mandat de l'ASPC dans le cadre de situations touchant la communauté internationale n'est pas reconnu officiellement ni explicitement. Il n'est donc pas certain que les activités de préparation et d'intervention d'urgence s'étendent au-delà des frontières canadiennes. Conséquemment, cette question devrait être abordée de façon à jeter un éclairage sur l'ensemble de la portée des activités de préparation et d'intervention d'urgence de l'ASPC.

53. **Soutien de l'ASPC apporté aux fournisseurs de soins de santé du gouvernement fédéral** : Au Canada, des organismes du gouvernement fédéral, tels que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), Service correctionnel Canada, Anciens Combattants Canada, les Forces canadiennes et la Gendarmerie royale du Canada (GRC), fournissent les soins de santé primaires à environ un million de citoyens, y compris des membres des Premières nations et des Inuits.
54. Jusqu'à présent, en ce qui concerne la préparation et l'intervention en cas d'urgence, l'importance a été accordée au soutien des provinces et des territoires, en tant que principaux fournisseurs de soins de santé, et les besoins des partenaires fédéraux de la santé à cet égard n'ont pas été définis ni pris en compte adéquatement. Bien que l'ASPC participe activement au Partenariat fédéral pour les soins de santé (un forum qui représente les fournisseurs de soins de santé du gouvernement fédéral), les intervenants du Partenariat ont indiqué que l'ASPC doit comprendre et répondre à leurs attentes et à leurs besoins uniques en matière de préparation et d'intervention d'urgence.
55. **Soutien de l'ASPC apporté au Nord canadien** : À l'heure actuelle, l'ASPC, par l'entremise du portefeuille de la Santé, apporte un soutien aux territoires du Canada grâce à ses opérations régionales en Colombie-Britannique (Yukon), en Alberta (Territoires du Nord-Ouest) et en Ontario (Nunavut). Nous avons remarqué que le fait de répondre aux besoins du Nord en matière de préparation et d'intervention d'urgence pose un défi unique, justifiant des investissements supplémentaires de l'ASPC pour appuyer ces provinces et territoires. Les besoins immédiats comprennent l'élaboration de protocoles d'entente (PE) propres aux territoires visant à préciser les rôles et les responsabilités ainsi que la fourniture de ressources supplémentaires de l'ASPC pour aider les territoires à établir une capacité en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

56. **Des efforts continus sont nécessaires pour intégrer les activités de préparation et d'intervention d'urgence et les coordonner avec le portefeuille de la Santé.**
57. En février 2010, l'ASPC a présenté une nouvelle structure organisationnelle. Selon cette structure, le directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence (DG CMIU) relève maintenant du nouveau poste de sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgences et affaires organisationnelles. Cependant, lors de situations d'urgence et d'urgences déclarées, le DG CMIU relève directement de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP). Cette reddition de compte variable peut poser un défi quant à la gestion des structures de gouvernance et de communication appuyant la préparation et les interventions d'urgence.
58. Nous avons relevé un chevauchement des responsabilités liées aux activités de planification et d'intervention d'urgence. Par exemple, au sein du portefeuille de la Santé, plusieurs directeurs généraux ont des responsabilités qui constituent les quatre piliers de la gestion des urgences – la prévention, la préparation, l'intervention et la reprise des activités – lesquels sont harmonisés avec le Système de commandement des interventions (SCI). Au sein des organismes ayant des responsabilités principales en matière de préparation et d'intervention d'urgence, les responsabilités liées à la planification et aux activités (interventions) sont habituellement divisées clairement en fonction de ces quatre piliers.
59. Bien que le portefeuille de la Santé comporte un comité de coordination de niveau équivalent à celui de directeur général, il n'existe aucune preuve probante que Santé Canada et l'ASPC fonctionnent comme un organisme fédéral unifié en ce qui a trait aux activités de préparation et d'intervention d'urgence. Par exemple, plusieurs éléments sont traités à l'extérieur du CMIU, l'organisme de coordination de premier plan : la préparation en cas de pandémie, les épidémies de maladies infectieuses sporadiques dans les provinces, le Protocole d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire (PRITIOA), le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN), etc.
60. De plus, nous avons relevé plusieurs exemples qui démontrent un manque d'unité organisationnelle entre le bureau de l'administration centrale (Santé Canada et l'ASPC) et les bureaux régionaux. Voici quelques-unes de nos observations :
- Les ressources (financières et humaines) sont concentrées au sein de l'administration centrale plutôt que dans les régions, où les interventions en cas d'urgence sont habituellement effectuées. La plupart des bureaux régionaux ont seulement trois employés prenant part aux activités de préparation et d'intervention d'urgence (un coordonnateur, un agent et une personne affectée au soutien administratif);



- Les bureaux régionaux ne sont pas en mesure de partager des renseignements rapidement avec les provinces, ni avec les partenaires fédéraux, ce qui entraîne des retards dans la diffusion de l'information et un risque de confusion lors de situations d'urgence. Cela fut le cas particulièrement dans le cadre de l'intervention relative au virus H1N1. Le rôle des régions à l'égard du partage de renseignements est mal compris;
  - Le personnel des bureaux régionaux de l'ASPC s'appuie dans une large mesure sur les réunions pancanadiennes des coordonnateurs de mesures et d'interventions d'urgence de chaque région pour établir les priorités de leurs programmes. Les rôles et responsabilités du personnel des bureaux régionaux de même que leurs attentes concernant les activités de préparation et d'intervention d'urgence ne sont pas bien définis et doivent être précisés.
61. Cette lacune dans la définition des rôles et des responsabilités au sein de l'ASPC, y compris dans les centres régionaux des opérations et entre l'ASPC et ses partenaires, pourrait entraîner une prestation inefficace des services de préparation et d'intervention d'urgence, une participation inappropriée des partenaires et des intervenants, un chevauchement des efforts ou le non-respect des obligations de l'ASPC découlant de la loi.

### **Conclusion**

62. Il est nécessaire de revoir le mandat et les stratégies de l'ASPC ayant trait à sa participation au niveau international, ainsi que le soutien qu'elle apporte aux fournisseurs de soins de santé du gouvernement fédéral et au Nord canadien. De plus, la direction doit préciser les rôles et responsabilités de l'ASPC, y compris du personnel des bureaux régionaux, en matière de prévention, de préparation, d'intervention et de reprise des activités en cas d'urgence.

### **Recommandation**

63. Le sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, en collaboration avec les principaux partenaires et intervenants doit réexaminer le mandat de préparation et d'intervention en cas d'urgence ainsi que les rôles et les responsabilités de soutien à cet égard afin de traiter adéquatement des fonctions suivantes de l'ASPC :
- rôle de l'Agence concernant les urgences internationales;
  - rôle de l'Agence quant à son appui auprès des partenaires de la santé du gouvernement fédéral;
  - rôle de l'Agence quant à son appui aux territoires du Canada;
  - attentes des bureaux régionaux par rapport aux ressources accessibles.

## Possibilités d'amélioration

64. Le sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, doit songer à harmoniser la structure de gestion de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence conformément au modèle du Système de commandement des interventions afin d'établir clairement les responsabilités quant aux activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence visant les éléments suivants :
- La prévention (politique sur la préparation et l'intervention en cas d'urgence, surveillance, évaluation des risques, initiatives législatives et autres programmes d'atténuation);
  - La préparation (élaboration de plans, de formation et d'exercices; gestion du Centre des opérations d'urgence; préparation à l'égard de la capacité de pointe, Système de la réserve nationale d'urgence, nouvelles équipes d'intervention d'urgence en santé et réserve de professionnels de la santé publique); et
  - L'intervention et la reprise des activités (activation du Centre des opérations d'urgence, activation des ressources pouvant être déployées telles que les équipes d'intervention d'urgence en santé, le Système de la réserve nationale d'urgence et le Système de gestion des incidents, gestion de l'intervention pour les cas d'urgence, événements, reprise des activités, etc.).
65. À tout le moins, le sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles doit examiner les descriptions de poste des directeurs généraux (DG) et des sous-ministres adjoints (SMA) pour faire en sorte qu'un axe de responsabilité clair existe en ce qui concerne les activités de prévention, de préparation, d'intervention et de reprise des activités.

## Préparation et planification

66. Nous nous attendions à ce que des mécanismes de gestion du risque permettent d'appuyer la détermination, l'évaluation, la surveillance, l'atténuation et l'établissement de rapports concernant les risques opérationnels et stratégiques, et que des activités, des tâches et des systèmes continus visant à créer, à mettre en œuvre et à maintenir des capacités de gestion efficace des urgences soient mis en place.
67. La section portant sur la planification et la préparation contient les sous-sections suivantes : surveillance; gestion du risque; planification et préparation; programmes de formation et d'exercices; Guide des opérations du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) et procédures normalisées d'exploitation (PNE).

## Surveillance

68. La surveillance est une activité fondamentale de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence, qui comprend l'analyse de l'environnement, la collecte et l'analyse de données et de renseignements épidémiologiques, ainsi que l'observation fondée sur les données et les tendances, et l'établissement de rapports à cet égard, qui pourraient permettre de détecter rapidement les menaces imminentes pour la santé publique. Elle est donc essentielle à la satisfaction des obligations du Canada en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005). La fonction de surveillance fait également partie intégrante d'une intervention d'urgence permanente qui se manifeste dans la préparation et la diffusion quotidienne de rapports de situation lors d'un événement ou d'une situation d'urgence.
69. Les activités de surveillance ont déjà fait l'objet d'une vérification distincte du Bureau du vérificateur général du Canada en 2008. Par conséquent, les observations et les constatations de la présente vérification ont principalement trait aux données et aux renseignements sur l'environnement externe, lesquels sont fournis aux décideurs à l'appui des mécanismes de planification et d'intervention d'urgence.
70. **L'ASPC est dotée d'un programme de surveillance défini. Les bulletins de renseignements quotidiens en matière de santé publique sont bien gérés. Toutefois, il est nécessaire d'améliorer le partage de ces renseignements avec les divers partenaires et intervenants.**
71. Nous avons constaté que l'ASPC était dotée d'un programme de surveillance défini. Ses bulletins de renseignements quotidiens en matière de santé publique font état des questions de santé publique actuelles et des actions entreprises par les centres de responsabilité de l'ASPC. Pour ce qui est de l'administration centrale, l'Agence adopte une approche proactive à l'égard de la compilation et de la distribution des renseignements de surveillance. Chaque matin, dans le cadre des réunions quotidiennes des directeurs généraux de l'administration centrale, les questions de surveillance font l'objet de discussions et les préoccupations sont rapidement signalées à la haute direction.
72. Certains bureaux régionaux ont indiqué que l'absence du partage de renseignements avec leurs homologues provinciaux était perçue comme étant préjudiciable aux relations fédérales-provinciales-territoriales. Il est nécessaire que les fonctionnaires des bureaux régionaux de l'ASPC partagent les données de surveillance pertinentes compilées à l'échelle nationale, et les rapports connexes, avec leurs collègues provinciaux.
73. Il n'est pas très évident que l'ASPC utilise les rapports de situation et les bulletins de renseignements de SPC, lesquels font quotidiennement état de questions d'intérêt fédéral pangouvernemental par l'entremise du Centre des opérations du gouvernement (COG). Par exemple, les fonctionnaires du COG ont mentionné des retards dans la réception de rapports de situation émis par l'ASPC pendant la

première phase du virus H1N1, ce qui a empêché le COG de communiquer rapidement les mesures prises par le gouvernement face au virus H1N1.

74. La direction de l'ASPC a indiqué être généralement satisfaite des renseignements de surveillance obtenus quotidiennement. Cependant, il a été souligné que la nature et la portée des mesures de suivi pouvaient être améliorées. À titre d'exemple, les zoonoses émergentes et les questions relatives à la salubrité des aliments, nécessitant une coordination avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), ont été mentionnées. Il est nécessaire que le CMIU vérifie régulièrement les éléments déclencheurs définis dans le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS), par exemple, les incidences possibles sur la santé, les frontières interprovinciales, les événements ou les urgences de haute visibilité, etc. et qu'il prenne les mesures d'intervention appropriées, comme émettre des alertes à l'intention des provinces et des territoires à propos d'une menace éventuelle, mettre les réseaux internationaux à contribution et fournir à l'OMS les renseignements requis en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).
75. Il importe d'examiner les systèmes de gestion de l'information à l'appui de la surveillance. L'élaboration d'un nouveau système consolidé d'information relative à la surveillance (projet Panorama) n'a pas encore été mise de l'avant. L'ASPC peut accéder à plusieurs bases de données, comme E-Team, mais elle connaît des problèmes en ce qui concerne l'interconnectivité et l'interopérabilité. Ces systèmes sont mal intégrés sur les plans de la logistique et des données. En raison des lacunes des systèmes d'information et de données, l'ASPC n'est pas en mesure de répondre aux questions élémentaires, comme le taux de propagation et d'incidence de la grippe H1N1, ou les relations connexes de cause à effet.
76. La fonction de surveillance du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) doit être précisée. Des PNE ont été élaborées aux fins de l'évaluation du risque et de la surveillance, mais il n'est pas certain que ces PNE soient appliquées de manière uniforme.

### **Gestion du risque**

77. L'analyse du risque comprend trois activités importantes : l'évaluation du risque (déterminer le degré de risque en cause), la gestion du risque (établir les mesures qui sont requises, le cas échéant, pour atténuer le risque), et la communication du risque (pour veiller à ce que les intervenants participent au processus).
78. **Le processus actuel de gestion du risque est fondé sur les événements. L'ASPC n'a pas encore élaboré un processus d'évaluation globale des risques et des menaces à long terme, ni un plan de gestion « tous risques », dans le but d'appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence.**
79. Les responsabilités des ministres fédéraux en matière de gestion du risque ont été abordées dans la section traitant du contexte. Par ailleurs, le gouvernement fédéral

peut invoquer la *Loi sur les mesures d'urgence* lorsque se présentent des scénarios globaux de la pire éventualité entraînant une situation de crise nationale. Cette loi, par le truchement des décrets et des règlements sur les mesures d'urgence, accorde au gouvernement fédéral les pouvoirs nécessaires pour contrôler les interventions d'urgence et toutes les ressources dont le gouvernement dispose. Aucune preuve ne nous a été présentée attestant que l'ASPC mène des évaluations du risque en fonction des scénarios de la pire éventualité, ni qu'elle prépare des décrets et des règlements sur les mesures d'urgence pour le secteur de la santé afin d'être prête si une situation d'urgence nationale était déclarée.

80. Nous avons constaté que le processus d'analyse du risque de l'ASPC en ce qui concerne la préparation et l'intervention en cas d'urgence, comprenant l'évaluation, la gestion et la communication du risque, est mal défini. Bien que cette fonction soit fondamentale en ce qui concerne la capacité de l'Agence à repérer et à atténuer les menaces pour la santé publique, celle-ci n'a pas encore documenté ni mis en œuvre un processus global de gestion du risque à l'échelle de l'organisme.
81. L'absence de processus d'évaluation globale et documenté des risques (aux fins de la détermination, de l'évaluation, de l'atténuation et de la surveillance des risques) pourrait entraîner l'incapacité de prendre des mesures appropriées pour atténuer ou éliminer les risques. Des interventions insuffisantes dans un contexte de risques en évolution peuvent également mener à des interventions inefficaces ou inefficaces lors de situations d'urgence.
82. Une évaluation continue des risques semble être menée de manière ponctuelle et réactive. Cette observation vaut pour les EIUS, le SRNU, la direction du COUPS et les programmes de formation et d'exercice du CMIU. Il n'y avait également aucune preuve probante qu'une évaluation globale des risques était utilisée pour appuyer l'élaboration continue de politiques et de plans, et la gestion de programmes.
83. Certaines provinces ont indiqué que des évaluations continues des risques étaient menées par les autorités provinciales et territoriales, particulièrement en ce qui concerne les conséquences sur la santé publique des catastrophes naturelles ou causées par l'homme, mais que cela était moins le cas en ce qui concerne les maladies infectieuses.
84. Les fonctionnaires des bureaux régionaux de l'ASPC ont indiqué avoir participé de façon active à l'élaboration d'évaluations provinciales des risques, et avoir aidé à préparer les plans provinciaux de gestion des urgences et à prioriser les programmes provinciaux. Cependant, ceux-ci n'ont pas participé à la préparation des évaluations des risques de l'ASPC.
85. L'ASPC s'appuie largement sur les évaluations des risques préparées aux termes de l'initiative sur les urgences de nature chimique, biologique, radiologique et nucléaire (CBRN) du ministère de la Défense nationale (MDN). Ces évaluations sont

utiles, mais elles se limitent aux questions touchant la sécurité nationale et la lutte contre le terrorisme, et ne sont pas nécessairement axées sur la santé publique.

86. Il y a une distinction nette à faire entre les évaluations des risques fondées sur les événements et les évaluations « tous risques ». Les premières sont des évaluations rapides devant servir sur le plan opérationnel pour orienter les facteurs d'intervention. Les dernières sont des évaluations plus complexes qui sont utilisées stratégiquement de manière à contribuer aux activités de planification. Les deux types d'évaluations requièrent des compétences analytiques professionnelles et spécialisées.
87. L'ASPC commence à définir les qualifications et les compétences du personnel pour la détermination des exigences relatives à la capacité d'intervention en cas d'urgence. De telles listes de personnes compétentes pourraient aussi permettre de déterminer le personnel apte à participer aux évaluations des risques pour la santé publique.

### **Recommandation**

88. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) devrait élaborer un processus détaillé et à long terme d'évaluation de la menace et des risques, ainsi qu'un plan de gestion dit « tous risques » visant à appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

### **Préparation et planification**

89. La planification et la préparation se composent d'activités, de tâches et de systèmes continus visant à créer, à mettre en œuvre et à maintenir une capacité en matière de gestion des urgences. Une planification est requise en ce qui concerne les quatre étapes de la gestion des urgences (prévention, préparation, intervention et reprise des activités). Les activités de préparation comprennent les programmes notamment liés à l'élaboration de plans d'urgence, aux plans de circonstance, à l'élaboration de cadres et de structures de gestion pour le Système de commandement des interventions et le Système de gestion des incidents (SCI et SGI), à la gestion continue du COUPS, à l'élaboration de PNE, à la formation et à la tenue d'exercices, aux évaluations, à la détermination des écarts, aux comptes rendus après action, et au partage et à la documentation des pratiques exemplaires.
90. **Les objectifs stratégiques et les facteurs de gouvernance générale sont définis et documentés de façon adéquate.**
91. Les principaux moyens grâce auxquels le portefeuille de la Santé établit des liens à la gestion des urgences, à la sécurité publique et aux programmes de sécurité du gouvernement du Canada sont le PFIU et la fonction de soutien en cas d'urgence (FSU 5).

92. Le PFIU est principalement axé sur les mesures d'intervention de la gestion des urgences. Il est le plan d'intervention « tous risques » du gouvernement du Canada. Le PFIU, conjointement avec les plans propres à des événements précis et les plans d'urgence ministériels et sectoriels, forme une série de plans qui orientent l'intervention d'urgence du gouvernement fédéral. Selon l'évolution du PFIU, des annexes seront ajoutées concernant des menaces précises, les situations d'urgence touchant la communauté internationale et le Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU), qui décrit une intervention harmonisée conjointe fédérale-provinciale ou territoriale en cas d'urgence.
93. Le PFIU a été approuvé par le Cabinet en décembre 2009, et constitue le plan d'intervention d'urgence « tous risques » du gouvernement fédéral. Le personnel et la haute direction de l'ASPC ont participé activement à l'élaboration du PFIU; ils ont également présenté, avec tous les ministères et organismes fédéraux, leur fonction de soutien en cas d'urgence (FSU 5) concernant la santé publique et les services essentiels à la personne.
94. La fonction de soutien en cas d'urgence (FSU 5) « Santé publique et Services essentiels à la personne » est décrite en annexe du PFIU. Elle vise à coordonner la prestation de services de santé d'urgence de portée nationale et la fourniture de ressources pour les services sociaux d'urgence, ainsi qu'à accroître la capacité en soins de santé locaux des provinces ou des territoires intéressés, au besoin. Ce document récent, en date du 12 avril 2010, décrit les responsabilités de l'ASPC et du portefeuille de la Santé dans le cadre du PFIU. Il contient un résumé complet de la façon dont les activités de préparation et d'intervention d'urgence de l'ASPC s'inscrivent dans le cadre d'intervention du gouvernement fédéral.
95. Outre le PFIU et la FSU 5, le portefeuille de la Santé a élaboré une Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé (PPMUPS), laquelle fournit le cadre stratégique visant à orienter la planification et la préparation en cas d'urgence à l'échelle du portefeuille de la Santé et avec ses partenaires; la Politique décrit également les objectifs globaux ainsi que les rôles et responsabilités. La PPMUPS a été élaborée en mai 2007. Ce document comprend une description exhaustive des rôles et des responsabilités de l'ASPC et de Santé Canada en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence. La version actuelle a trois ans et requiert une révision et une mise à jour, surtout à la lumière de l'expérience de l'ASPC relative aux interventions en cas d'incidents ou d'événements importants au cours de la période 2008-2010. La PPMU révisée devrait également refléter le contenu du Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS), lequel a récemment été approuvé.
96. Outre la PPMU, le portefeuille de la Santé a également terminé le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS). Ce plan décrit les lignes directrices concernant les opérations et sur la planification concernant le rôle du portefeuille, qui consiste à fournir des conseils de nature médicale, scientifique et technique, de l'aide, du matériel, des avis, des alertes et des avertissements aux

ministères provinciaux et territoriaux, aux autres ministères fédéraux et aux partenaires internationaux. Il a été terminé en septembre 2009 et approuvé par la haute direction de l'ASPC en février 2010. Il constitue un document clé du programme de préparation et d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé. Puisqu'il s'agit d'un nouveau plan, le PIUPS n'a pas été utilisé à l'égard des incidents récents comme l'intervention face au virus H1N1. Nous jugeons que le PIUPS est exhaustif et complet, et que c'est un excellent plan intégrant la plupart des éléments des pratiques exemplaires.

### **Recommandation**

97. De concert avec Santé Canada, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) doit examiner la version 2007 en vigueur de la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé, plus particulièrement en ce qui concerne l'expérience de l'ASPC en matière d'intervention à l'égard d'événements ou d'incidents majeurs au cours de la période de novembre 2008, dont celui concernant le virus H1N1.

### **Programmes de formation et d'exercices**

98. **Il n'existe aucun plan global pluriannuel de formation et d'exercices, contrairement à ce qui est requis en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences*.**
99. Le CMIU offre une formation en gestion des urgences pour le portefeuille de la Santé et les provinces et territoires. Habituellement, les programmes de formation étaient élaborés et offerts pour des intervenants externes du Réseau de santé publique. Depuis le début de l'année 2008, la formation du personnel du portefeuille de la Santé est devenue une priorité. Les responsables de la formation ont estimé que parmi les participants à ces séances de formation, 50 % étaient des membres du personnel du portefeuille de la Santé et 50 % étaient des partenaires fournisseurs de services et des intervenants provinciaux et territoriaux.
100. L'ASPC n'a pas encore procédé à une évaluation des besoins en matière de formation pour le programme de formation. De plus, nous n'avons rien trouvé qui puisse indiquer que des évaluations des risques ont été effectuées afin de déterminer les personnes qui ont des besoins de formation et le contenu du programme. Cela dit, le groupe de formation participe à l'heure actuelle à un processus de consultation nationale dirigé par SPC dans le but d'évaluer, notamment, les besoins des provinces et territoires en matière de formation aux termes de l'initiative nationale CBRN (le programme de formation pour les premiers intervenants).
101. La formation sur le Système de commandement des interventions (SCI) et le Système de gestion des incidents (SGI) est offerte à Ottawa et dans les régions. Plusieurs membres du personnel ont indiqué que cette formation était trop générique et non adaptée à des postes particuliers puisque le personnel ne reçoit



pas de formation selon leurs fonctions dans les situations d'urgence. Par contre, une formation adaptée aux postes et aux fonctions a été élaborée et offerte par le groupe de formation au personnel du portefeuille de la Santé en prévision des Jeux d'hiver de 2010 à Vancouver. Ces séances ont été élaborées de façon à répondre à une lacune relevée dans le « compte rendu après action » produit après la série d'exercices en prévision des Jeux d'hiver; elles devront être améliorées afin de créer une capacité efficace pour appuyer la structure du SGI du portefeuille de la Santé.

102. Un programme global pluriannuel de formation n'a pas encore été élaboré par l'ASPC. Un financement est offert pour certains événements (p. ex. les Jeux olympiques, les sommets du G8 et du G20), et celui-ci provient de plusieurs sources, dont le budget de fonctionnement de l'ASPC, les budgets relatifs aux événements (p. ex. les Jeux olympiques) et des sources externes (la recherche en matière de défense, l'initiative CBRN). Compte tenu de la nature sporadique du financement, il est nécessaire d'élaborer un horizon de financement à plus long terme pour appuyer les programmes de formation.
103. Les exercices sont élaborés à l'égard d'événements prévus afin de préparer le portefeuille de la Santé à intervenir au besoin. Par exemple, des exercices ont été utilisés pour appuyer la préparation des Jeux olympiques de 2010 et des prochains sommets du G8 et du G20. Les exercices sont habituellement utilisés de façon restreinte au sein de l'ASPC et du portefeuille de la Santé. Bien que ces exercices soient utiles, il reste du travail à faire pour que les exigences de la *Loi sur la gestion des urgences* soient satisfaites. En vertu de la Loi, tous les ministres doivent cerner les risques qui sont propres à leurs secteurs de responsabilité ou qui y sont liés, puis former le personnel et élaborer des plans d'exercices en fonction de ces risques.
104. La participation de l'ASPC aux exercices « tous risques » se limite habituellement aux exercices sur les possibilités gérés par SPC ou par les provinces. Il manque manifestement d'exercices complets, orientés sur la santé publique et les maladies infectieuses, qui mettraient véritablement à l'essai la capacité de l'ASPC à remplir son mandat principal visant la protection de la santé publique.
105. Il est nécessaire d'élaborer et d'exécuter des exercices complets touchant la santé publique afin de mettre à l'essai les plans et les mesures qui viennent d'être élaborés, comme la fonction de soutien en cas d'urgence de l'ASPC, le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé et la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé.
106. Le personnel des bureaux régionaux de l'ASPC participe de façon active aux exercices de portée provinciale et les estime très utiles, même si leur contenu ne concerne pas la santé publique. Les bureaux régionaux de l'ASPC prennent également part à des exercices fondés sur les événements organisés à partir d'Ottawa. La plupart des gestionnaires régionaux de l'ASPC ont reconnu la

nécessité d'élargir la portée et d'améliorer la planification et l'exécution des exercices.

107. Globalement, la capacité et l'infrastructure de l'ASPC en ce qui concerne les exercices sont en évolution. À cette étape-ci de cette évolution, il existe certaines lacunes, plus particulièrement sur le plan de la gouvernance des exercices. Par exemple, l'ASPC n'est pas encore dotée d'une structure clairement définie ayant trait à la planification, à la tenue et au suivi des exercices. À l'heure actuelle, le Comité conjoint pour la préparation aux urgences (CCPU) est l'organisme de gouvernance par défaut. Le CCPU est un groupe de planification d'urgence du portefeuille de la Santé, dont le mandat est de s'assurer qu'une approche coordonnée d'intervention d'urgence est en place. Le CCPU a approuvé la création d'un sous-comité chargé de la formation, mais ce dernier n'a pas encore été créé.
108. L'ASPC tirerait parti de l'élaboration d'une perspective à plus long terme des exercices (p. ex. un plan d'exercices s'étalant sur une période de trois à cinq ans, par exemple), qui comprendrait des exercices portant sur les opérations d'urgence, des exercices sur table, des exercices fonctionnels, allant jusqu'aux exercices sur le terrain. L'importance accordée à ces aspects aiderait l'ASPC à passer de son approche réactive actuelle à l'égard des exercices à une approche plus proactive.
109. La planification des exercices doit être axée sur les évaluations « tous risques ». Il est nécessaire que le CMIU élabore des évaluations des risques et des plans connexes plus solides; la formation et les exercices qui en découleraient permettraient ensuite de valider ces plans.
110. Il est nécessaire de normaliser la planification des exercices de l'ASPC ainsi que les outils et la documentation relatifs à l'exécution de ceux-ci (le manuel d'information du participant, le manuel du contrôleur et le manuel d'évaluation, lesquels présentent les critères, les modèles pour les comptes rendus après action, la détermination des lacunes ayant trait à la planification et à la documentation relative aux pratiques exemplaires).

### **Recommandation**

111. En collaboration avec les principaux partenaires et intervenants, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) doit faire ce qui suit :
  - concevoir et instaurer des exercices de santé publique afin de mettre à l'essai les nouveaux plans et préparatifs dont le plan fédéral en cas d'urgence, la fonction de soutien en cas d'urgence de l'ASPC, le plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé et la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé;
  - élaborer et mettre en œuvre des plans de formation et d'exercices pluriannuels détaillés;
  - fixer les exigences quant au financement de la formation et des exercices.

## **Guide des opérations du COUPS et PNE pertinentes**

112. À l'heure actuelle, le Guide des opérations du Centre des opérations d'urgence (COU) est en cours d'élaboration. Un guide des opérations et les PNE connexes sont importants pour appuyer la mise en œuvre de la formation et de la préparation du personnel du COU et du personnel d'appoint de l'ASPC, qui seront tenus de travailler pour le COU lorsque celui-ci sera activé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il est également nécessaire que le personnel qualifié se soumette à de petits exercices afin de pratiquer les opérations en fonction de différents scénarios d'urgence.
113. Le Guide des opérations, achevé en partie, a été examiné par l'équipe de vérification. Ce guide exhaustif, lorsqu'il sera achevé, constituera un document important pour l'orientation et la formation du personnel, ainsi que pour la gestion du personnel et les opérations du COUPS. Aucune section de ce manuel ne porte sur les exigences quant à la capacité de pointe, que ce soit relativement au COU pendant une activation de haut niveau ou pour suppléer aux ressources de l'ASPC lors d'une intervention en cas d'urgence ou d'incident.
114. Un examen du Plan d'urgence du COU a également permis de déterminer certains enjeux liés aux responsables du commandement et du contrôle établis :
- Il est fondamental qu'un seul poste (une seule personne) soit indiqué comme responsable de la gestion des urgences, et ce, afin de veiller à ce que les interventions soient cohérentes et bien éclairées dans le contexte de situations d'urgences et de crises. Le Plan d'urgence du COU mentionne un « gestionnaire des mesures d'urgence », sélectionné en fonction du type d'urgence. Aux termes du Plan, le gestionnaire des mesures d'urgence est éventuellement désigné comme le DG du CMIU ou le DG du Bureau de préparation aux situations d'urgence (BPSU) de Santé Canada. Il serait avantageux et prudent de préciser que le DG du CMIU est la principale personne chargée de cette fonction, et ainsi la désigner comme telle dans l'ensemble du document, afin de dissiper la confusion et assurer la cohérence;
  - Quatre niveaux d'activation du COU sont indiqués dans le Plan d'urgence. Par ailleurs, trois niveaux d'intervention sont indiqués dans le PIUPS. Bien que cela vise à refléter différents aspects de la gestion de crise, cette différence sur le plan de la terminologie pourrait semer la confusion lors des interventions.

### **Possibilité d'amélioration**

115. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait poursuivre les efforts actuels d'élaboration du Guide des opérations et des procédures normalisées d'exploitation.

## Conclusion

116. Le partage de renseignements avec les homologues provinciaux et territoriaux pose un défi. L'ASPC n'a pas élaboré de processus d'évaluation globale des risques et des menaces à long terme, ni un plan de gestion « tous risques », dans le but d'appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Habituellement, les facteurs de gouvernance générale sont définis et documentés de façon adéquate. La direction doit porter son attention sur la mise en œuvre de plans globaux pluriannuels de formation et d'exercices, et sur l'obtention du financement requis. Il est nécessaire de déployer des efforts ciblés pour achever le Plan d'urgence du COU. Il est prioritaire d'effectuer un exercice complet touchant la santé publique afin de mettre à l'essai le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS), lequel a récemment été approuvé.

## Activités d'intervention

117. Nous nous attendions à ce que des tâches, des programmes et des systèmes continus soient en place pour gérer les effets des incidents qui menacent la santé publique, la vie humaine, les biens, les activités ou l'environnement.
118. Les activités et les programmes d'intervention de l'ASPC comprennent le COUPS mis en activité, le cadre de gestion du SCI et du SGI, le SRNU, la fourniture de ressources humaines pour établir une capacité de pointe en matière d'urgence sanitaire, y compris une nouvelle approche à l'égard des EIUS, ainsi que d'autres fonctions d'intervention de l'ASPC, lesquelles sont activées lors d'un incident ou d'un événement.
119. **Il y a un manque sur le plan de la capacité de pointe des ressources humaines de collaborer avec un Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) élargi au cours d'une situation d'urgence ou d'un événement.**
120. L'ASPC a élaboré des modèles concernant la capacité de pointe du COU et des listes de compétences du personnel ont été préparées pour composer avec la capacité excédentaire. Cependant, il s'agit de développements récents et les travaux doivent être achevés de toute urgence. Les planificateurs des ressources humaines de l'ASPC ont récemment pris part à une initiative visant à créer une capacité interne de pointe, mais leur soutien est requis de façon durable pour remédier à l'insuffisance d'une telle capacité. Les représentants de l'ASPC interviewés ont indiqué que le fait de convaincre le personnel d'accepter des fonctions au COU avait posé défi. La direction est également confrontée à des défis relatifs à la formation et à la motivation du personnel (en particulier des professionnels) pour qu'ils reconnaissent et acceptent les responsabilités des fonctions liées à cette capacité excédentaire. Par conséquent, le recrutement de personnes compétentes pour travailler au COU, que ce soit dans le cadre des

activités continues ou d'une période d'activation, présente un défi constant. Cette capacité insuffisante en matière de ressources et de personnel compétent, qu'elle soit liée aux activités de préparation ou d'intervention, pourrait diminuer la capacité du programme à atteindre ses objectifs.

121. À l'heure actuelle, le COUPS n'a pas la capacité nécessaire pour fonctionner 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; seul un poste d'officier de quart, offrant des services limités en dehors des heures normales de travail, est en place. Compte tenu de l'ampleur et de la gravité possible des enjeux de santé publique au Canada, l'ASPC doit être dotée d'une capacité de surveillance, d'évaluation des risques, de notification et d'activation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cette capacité serait parallèle à celle du Centre des opérations du gouvernement (COG) de SPC, qui fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
122. La direction doit fournir une orientation quant à l'utilisation du logiciel E-Team au sein du COU. Cette initiative représente un investissement de temps et d'argent important, et une décision doit être prise relativement à son utilisation future. Il est nécessaire que le COU soit doté d'un logiciel normalisé pour traiter de grandes quantités de données et de renseignements complexes. Un engagement doit être pris de sorte que les gestionnaires et le personnel reçoivent une formation sur son utilisation.

### **Recommandation**

123. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait : continuer à élaborer des modèles concernant la capacité de pointe de l'Agence; décider quant à l'utilisation d'un logiciel normalisé; offrir également de la formation obligatoire en gestion des urgences aux employés du Centre des opérations d'urgence et au personnel d'appoint afin de veiller à ce qu'ils soient bien formés et compétents pour intervenir en cas d'urgence ou d'événements importants.

### **Systeme de la réserve nationale d'urgence (SRNU)**

124. Le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) est conçu pour fournir une capacité de pointe aux systèmes provinciaux et territoriaux lors de situations d'urgence sanitaire résultant de catastrophes naturelles ou d'événements d'origine humaine. La direction de ce programme estime que la valeur des stocks du SRNU s'élève à 300 M\$.
125. Le SRNU tient une réserve de fournitures pour les services médicaux et les services sociaux, allant de lit et des couvertures à des ventilateurs pédiatriques de pointe. Le SRNU a également des stocks de produits pharmaceutiques, dont des antibiotiques et des vaccins. De plus, le SRNU dispose d'hôpitaux de campagne acquis dans les années 1950, lesquels sont répartis sur l'ensemble du Canada.
126. Les stocks du SRNU sont entreposés dans dix entrepôts fédéraux et environ 1 300 centres d'approvisionnement déployés au préalable dans l'ensemble du Canada.

Ces sites déployés au préalable, dont la gestion est assurée conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux, doivent pouvoir appuyer une intervention dans les 24 heures suivant une demande des provinces ou des territoires.

127. Le SRNU est venu en aide lors de bon nombre de situations d'urgence, au Canada et dans le monde. Par exemple, des produits pharmaceutiques, des fournitures et du matériel ont été fournis aux provinces et aux territoires pendant la crise de la grippe H1N1. À l'échelle internationale, des produits pharmaceutiques, des fournitures et du matériel ont été offerts dans le cadre de la réponse du gouvernement du Canada à la crise causée par le tsunami dans le Sud-Est de l'Asie.
128. En février 2010, les dépenses du SRNU à l'égard de l'exercice financier 2008-2009 s'élevaient à 5,1 M\$, et elles sont estimées à 5,1 M\$ pour 2009-2010.
129. **Le mandat et les objectifs stratégiques du SRNU doivent être précisés.**
130. Le SRNU a été créé durant les années 1950, pour répondre aux risques en matière de protection civile découlant de la guerre froide. Les changements dans l'environnement sociopolitique, les voyages internationaux et la propagation possible de maladies infectieuses sont des nouveaux risques à l'égard desquels le Canada doit se doter de capacités d'intervention appropriées. Ce profil de risque en évolution fait en sorte qu'il est nécessaire de transformer le SRNU d'un modèle de protection civile à un modèle qui permet d'offrir du matériel et des fournitures modernes et qui est en mesure d'intervenir rapidement lors d'événements et de situations d'urgence en santé publique dans l'ensemble des provinces et des territoires.
131. À l'appui de la nécessité de modernisation, l'ASPC a mené un examen stratégique du SRNU en 2006. Cet examen a entraîné la formulation de recommandations quant au contenu du SRNU, à ses fonctions, à son cycle de vie et à ses processus de distribution.
132. Bien que de nature exhaustive, rien ne démontre que cet examen stratégique ait donné lieu à un mandat opérationnel, à des objectifs ou à des stratégies clairs pour le programme du SRNU. Rien ne prouve par ailleurs que la haute direction de l'ASPC ait accepté les recommandations formulées à la suite de l'examen stratégique, ni qu'elle ait consenti à agir conformément à celles-ci.
133. La direction du SRNU a établi trois priorités pour 2010-2011, notamment :
- la mise en œuvre d'un système d'inventaire moderne;
  - le renouvellement des stocks du SRNU;
  - la mise en œuvre d'un processus décisionnel fondé sur des données probantes pour les acquisitions et les aliénations.
134. Bien que cette priorisation constitue une étape positive et nécessaire de l'évolution du SRNU, il n'en demeure pas moins que ni un plan stratégique global à long terme, ni un plan d'activités à court terme pouvant être évalués par la haute direction de l'ASPC n'ont été élaborés pour le programme.

135. Afin d'élaborer un mandat clair et le plan stratégique à l'appui, plusieurs questions relatives au mandat et aux pouvoirs du SRNU doivent être précisées, notamment les suivantes :

- **Le mandat du SRNU en matière de déploiements internationaux** : Depuis sa création, les biens du SRNU ont été déployés dans le cadre de plusieurs situations d'urgence de portée internationale. Cependant, le rôle du SRNU quant aux déploiements internationaux n'est pas clairement établi. Aux termes du mandat actuel du SRNU, aucun pouvoir particulier ne vise le déploiement international de biens. Par conséquent, d'autres pouvoirs (voir l'article 61 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*) sont utilisés pour appuyer ces déploiements.
- **La capacité du SRNU à appuyer les demandes nationales** : Les attentes en ce qui concerne le programme du SRNU croissent rapidement à l'échelle nationale. À titre d'exemples d'interventions récentes, notons les Jeux olympiques de 2010, les prochains sommets du G8 et du G20, et les activités de préparation en cas de pandémie nationale telle que la grippe H1N1. Compte tenu du large éventail d'événements sanitaires que le SRNU devrait soutenir, et de l'assise historique de ses centres de stockage actuels, il est impossible d'affirmer avec certitude que les stocks actuels du SRNU sont harmonisés de façon adéquate avec les besoins d'intervention prévus de ses intervenants.
- **Le rôle des provinces et des territoires concernant la gestion des biens du SRNU** : À l'heure actuelle, le SRNU maintient 1 300 sites déployés au préalable dans l'ensemble du pays, dont la gestion est assurée conjointement par l'ASPC et les provinces et territoires. D'après notre examen de la documentation disponible, les raisons qui motivent le choix des sites déployés au préalable ne sont pas clairement définies, pas plus qu'il n'est déterminé clairement qui serait chargé de rationaliser le choix des sites déployés au préalable en fonction de la modernisation du SRNU. Les protocoles d'entente (PE) provinciaux actuels remontent aux années 1960, et il n'existe à l'heure actuelle aucun PE entre l'ASPC et les territoires. Par ailleurs, il n'y a que peu ou pas d'information disponible sur les réserves des provinces et des territoires, ce qui rend les exigences quant à la capacité de pointe difficiles à définir.
- **Le rôle du SRNU en ce qui concerne les réserves de biens fédéraux tenues par la communauté internationale** : Les États-Unis tiennent des réserves de biens d'urgence. Compte tenu du risque inhérent de désuétude des biens que présente la gestion des réserves, les représentants et intervenants du SRNU ont mis en lumière les synergies et les avantages possibles liés au fait d'intégrer et d'exploiter les réserves du SRNU avec celles des partenaires internationaux. À l'heure actuelle, le SRNU maintient des relations officieuses avec les partenaires internationaux importants. La

nécessité de conclure des accords officiels devrait être prise en compte dans le cadre de l'exploration de ce mandat.

136. **Un processus d'acquisition fondé sur des données probantes n'a pas été complètement mis en œuvre par la direction du programme du SRNU.**
137. Depuis la création de l'ASPC, les pratiques d'acquisition du SRNU ont principalement été fondées sur des événements particuliers ou sur la nécessité présumée de regarnir les stocks périmés ou déployés, et seule une justification limitée permettait d'appuyer ces dépenses. Cependant, des achats récents visant à soutenir les activités de préparation en cas de pandémie nationale constituent un exemple de processus fondé sur des données probantes.
138. Par ailleurs, encore récemment, les acquisitions du SRNU étaient également fondées sur les budgets établis et les fonds disponibles, plutôt que sur des analyses détaillées des besoins. En raison de ces pratiques, la justification à l'appui de la taille, du contenu et de la stratégie d'acquisition des stocks actuels peut être mise en doute.
139. Pour répondre à ces questions, la direction du programme procède à l'élaboration d'un processus d'évaluation des besoins plus détaillé à l'appui des décisions d'acquisition fondées sur des données probantes. Ce processus nécessite de recourir davantage aux spécialistes en la matière et requiert la participation de représentants des provinces et des territoires. Il comprend l'établissement d'organismes consultatifs qui fourniront une expertise dans le domaine pour appuyer les acquisitions médicales, de fournitures et de produits pharmaceutiques.
140. Bien que cet effort constitue une amélioration des activités du SRNU, il est nécessaire de déployer des efforts continus pour veiller à ce que les pratiques d'acquisition fondées sur des données probantes soient utilisées entièrement et régulièrement pour tous les achats importants de biens du SRNU.
141. **Il est nécessaire de revoir la justification et l'approche à l'égard des sites d'approvisionnement déployés au préalable afin que ceux-ci reflètent les besoins actuels.**
142. Outre les dix entrepôts situés à travers le Canada, le SRNU, en collaboration avec les provinces et les territoires, maintient 1 300 sites déployés au préalable ayant été établis bien avant la création de l'ASPC. Il existe de nombreux enjeux en matière de gestion liés à ces sites, notamment :
  - la difficulté de rationaliser la nécessité de 1 300 sites à l'échelle du pays;
  - la complexité liée au fait de tenir des registres de stocks exacts et d'avoir les coordonnées des personnes-ressources des provinces et des territoires pour chacun de ces sites;



- la complexité liée au fait de cerner et de gérer adéquatement les biens désuets ou qui ne peuvent être déployés et qui sont actuellement entreposés dans ces sites.
143. Le nombre de sites prépositionnés et leur emplacement ne sont pas fondés sur les évaluations des risques ou des besoins actuelles, bien que plusieurs provinces examinent actuellement leur approche à l'égard des sites déployés au préalable. Un des éléments de l'examen de l'approche à l'égard des sites déployés au préalable concerne la précision des rôles propres à l'ASPC et aux provinces et aux territoires relativement à la prise de décisions sur le réaménagement et la gestion des sites déployés au préalable. Cet élément s'inscrirait vraisemblablement dans le cadre des PE révisés avec les provinces et territoires.
144. **Un plan global de maintenance des biens n'a pas encore été élaboré par la direction du programme du SRNU.**
145. Les stocks du SRNU se divisent en trois principales catégories de biens : les produits pharmaceutiques, les fournitures (p. ex. masques, couvertures, etc.) et le matériel (p. ex. matériel médical et de diagnostic, génératrices, etc.).
146. Chacune de ces catégories pose des défis uniques en matière de maintenance; ainsi, l'ASPC doit avoir des conseils stratégiques adéquats, des procédures normalisées d'exploitation et des ressources qualifiées pour s'assurer que les biens demeurent prêts à être déployés rapidement.
147. **Produits pharmaceutiques :** L'ASPC a réalisé des progrès en relevant les défis que posent ces biens en matière de maintenance, et ce, en tirant parti des fournisseurs de produits pharmaceutiques afin de s'assurer que les produits sont renouvelés régulièrement pour qu'ils demeurent prêts à être déployés. À l'heure actuelle, l'ASPC a conclu des accords visant 18 produits avec six fournisseurs situés dans trois provinces.
148. L'ASPC est confrontée à un défi en matière de ressources pour ce qui est de la maintenance des produits pharmaceutiques : le SRNU a eu de la difficulté à se doter d'un pharmacien pour appuyer la gestion de cette pharmacie d'envergure. De la création de l'ASPC en 2004 jusqu'en 2009, le SRNU n'a pas bénéficié du soutien d'un pharmacien, et s'appuie actuellement sur un pharmacien détaché auprès de lui pour assurer une expertise appropriée dans le domaine.
149. **Fournitures :** Le SRNU ne dispose pas de renseignements fiables sur la durée de vie de la majorité des fournitures entreposées dans l'entrepôt principal, les entrepôts régionaux ou les sites déployés au préalable. À l'heure actuelle, les renseignements sur la durée de vie sont gérés et tenus à jour de façon ponctuelle.
150. **Matériel :** À l'heure actuelle, le SRNU est confronté à un défi lié à la gestion de l'information et à un défi en matière de ressources en ce qui concerne le matériel pour les services médicaux et les services sociaux. Le SRNU n'est pas doté d'un

plan global de maintenance des biens ni d'un calendrier de maintenance fiable pour une grande partie de son matériel pour les services médicaux et les services sociaux. Par conséquent, il existe un risque accru que le matériel ne demeure pas dans un état adéquat pour être déployé. Des biens tels que les ventilateurs ont été ajoutés au SRNU sans avoir l'expertise nécessaire pour les gérer tout au long de leur cycle de vie.

151. **Le SRNU a mis en œuvre des processus adéquat de conformité aux bonnes pratiques de fabrication (BPF).**
152. Une vérification annuelle de la conformité a été menée récemment par une société pharmaceutique dans le but de vérifier la conformité aux procédés de la société et aux bonnes pratiques de fabrication ayant trait à l'entreposage et à la distribution du vaccin antivariolique, et de s'assurer que les installations du SRNU satisfont aux normes et aux orientations des BPF en matière d'entreposage de vaccins. D'après les résultats de cette vérification, le dépôt central du SRNU continue d'être approuvé pour l'entreposage de vaccins et les services de distribution à température contrôlée fournis pour le compte de la société.
153. En outre, des inspections régulières effectuées par Santé Canada ont également démontré que l'ASPC se conforme aux BPF en ce qui a trait aux activités de son entrepôt central.
154. **Les processus et les systèmes actuels de comptabilité et de contrôle des stocks du SRNU sont insuffisants pour appuyer la gestion efficace des stocks.**
155. La méthode actuelle de tenue des dossiers sur les biens du SRNU mise sur une combinaison de feuilles de grand livre, de feuilles de calcul électroniques et de documents de traitement de texte se rapportant à l'inventaire manuel. Ce système de gestion des stocks présente des lacunes importantes et ne répond pas adéquatement aux besoins de la direction du programme en matière de gestion de l'information et de contrôle des biens.
156. La direction du programme du SRNU a déterminé que la mise en œuvre d'un système d'inventaire informatisé constituait une priorité pour l'exercice financier 2010-2011. Il est prévu que cette initiative, qui sera d'abord axée sur les produits pharmaceutiques, soit entièrement mise en œuvre pour tous les secteurs de produits d'ici trois ans.
157. Voici des exemples de lacunes des processus et des systèmes actuels de gestion des stocks que nous avons cernés :
158. **Évaluation inexacte des stocks :** La direction de ce programme estime que la valeur des stocks du SRNU s'élève à 300 M\$. Cependant, ce montant n'est pas fondé sur des registres historiques de stocks tenus selon une méthode de

comptabilité reconnue (c.-à-d. les principes comptables généralement reconnus). Voici des exemples précis des problèmes relevés :

- les stocks ne figurent pas dans les actifs des états financiers de l'ASPC, tel qu'il est requis en vertu des Normes comptables du Conseil du Trésor;
- la valeur des stocks est établie en fonction des prix d'achat les plus récents, contrairement à la pratique acceptée selon laquelle la valeur des stocks est comptabilisée au plus bas du coût historique ou de la valeur marchande;
- le défaut de recourir aux principes comptables reconnus pour les transactions d'inventaire (p. ex. la méthode du premier entré, premier sorti pour déterminer la valeur des stocks);
- le manque de reconnaissance et de comptabilisation des articles désuets en stock;
- le manque de renseignements disponibles concernant la valeur pécuniaire des stocks entreposés dans les sites déployés au préalable.

159. **Registres de stocks inexacts dans l'ensemble des sites du SRNU :** Un inventaire physique complet est réalisé sur une période de trois ans pour les dix entrepôts. À l'heure actuelle, il n'existe aucun plan ni processus officiels visant à effectuer un dénombrement périodique des stocks situés dans les sites déployés au préalable et les sites de consignation des fournisseurs; par conséquent, la direction du programme ne peut se fier que de façon limitée à l'exactitude des registres de stocks actuels se rapportant à ces sites. De plus, grâce à notre vérification par sondages des registres de stocks et de l'observation des sites des stocks, plusieurs erreurs mathématiques et incohérences quant à la quantité ou à la valeur des stocks ont été relevées en comparant les registres de stocks aux inventaires physiques.
160. **Renseignements inexacts sur la maintenance des biens :** Comme nous l'avons décrit dans la section précédente, à l'heure actuelle, le programme du SRNU ne tient pas de registres exhaustifs ou précis de la maintenance ou de l'organisation des biens à l'appui de toute la gamme des biens du SRNU.
161. **Absence d'information de gestion opportune et pertinente :** Le système actuel de gestion des stocks du SRNU ne répond pas de façon suffisante aux besoins de la direction du programme en matière d'information de gestion. Comme il est souligné ci-dessus, il y a des problèmes fondamentaux concernant l'information de gestion relative à la disponibilité et à la fiabilité des renseignements sur la quantité et la valeur des stocks.
162. De plus, d'une perspective de gestion plus vaste, le système de gestion des stocks n'appuie pas suffisamment la direction du programme. Voici des exemples de types de renseignements habituellement contenus dans un système de gestion des stocks :
- des renseignements sur la rotation et l'utilisation des stocks;
  - des renseignements sur le classement chronologique des stocks;
  - des renseignements sur la désuétude des stocks;
  - des renseignements sur la maintenance des biens;

- l'utilisation de l'espace par les stocks;
  - les tendances concernant les coûts des stocks.
163. La disponibilité de ce type de renseignements permettrait à la direction du programme de gérer les activités du SRNU de façon plus efficace. Une gestion et des contrôles insuffisants des biens peuvent entraîner la désuétude, des pertes, des fraudes, l'utilisation inefficace des biens et une réduction de la capacité de l'ASPC à atteindre les objectifs du SRNU.
164. **Le SRNU aurait besoin d'une politique et de processus à l'appui clairs pour assurer la gestion active de la désuétude des stocks.**
165. L'un des problèmes reconnus de la gestion des réserves d'urgence est que dans les faits, il est extrêmement difficile de prévoir la période, la fréquence et la portée des déploiements de biens compte tenu des incertitudes inhérentes liées à la préparation aux situations d'urgence. La gestion de l'entreposage des stocks et les décisions d'aliéner des produits dont la durée de vie ou la date de péremption est arrivée à terme, ou est dépassée, représentent également un grand défi.
166. Pour relever ce défi, la direction du programme a lancé plusieurs activités d'amélioration, dont les suivantes :
- Elle a amorcé l'élaboration d'une politique d'aliénation des biens;
  - Elle a examiné l'état actuel des stocks de sa principale installation d'entreposage afin d'appuyer les décisions concernant la conservation et l'aliénation des biens (c.-à-d. en fonction d'une évaluation selon laquelle un bien satisfait aux normes de soins minimales ou est jugé nuisible pour les patients).
167. Bien que ces activités soient perçues comme une étape positive vers l'amélioration des activités du SRNU et de la préparation au déploiement, des efforts continus sont nécessaires pour faire en sorte que la gamme complète des initiatives visant les améliorations requises soient établies et documentées grâce à un plan opérationnel global. Ce plan devrait décrire les initiatives novatrices et les autorisations légales nécessaires pour acquérir, entreposer, renouveler et déployer les biens. Voici des exemples :
- Le déploiement, le chargement et le don de biens touchant les soins de santé, avant la date de péremption de ces biens, à des organismes chargés de la prestation de soins de santé;
  - Le partage, le renouvellement et le déploiement de biens vers des partenaires fédéraux ou internationaux, ou provenant de ceux-ci, et éventuellement aussi vers des ONG, ou provenant de celles-ci;
  - L'impartition des services d'entreposage.
168. **Aucune évaluation officielle du programme du SRNU n'a été effectuée pour évaluer l'efficacité et l'opportunité du déploiement de biens.**

169. Le programme du SRNU a effectué des interventions d'urgence en offrant des fournitures d'urgence pour les services médicaux et les services sociaux. De nombreux facteurs contribuent à assurer que les biens sont déployés de manière efficace et opportune, notamment le mandat et les objectifs stratégiques clairs du SRNU; la suffisance de la capacité (p. ex. ressources et personnel compétent); la suffisance de la taille et du contenu des stocks; le nombre et l'emplacement des centres d'approvisionnement; la maintenance adéquate des biens; etc. Le présent rapport de vérification décrit les défis auxquels l'ASPC fait face relativement à ces enjeux.
170. En ce qui concerne la stratégie de distribution et de transport, le seule PE existant a été signé avec la Gendarmerie royale du Canada (GRC) pour la fourniture de services de transport aérien lors de situations d'urgence nationale. La direction du SRNU a mentionné qu'elle avait une liste de sources offrant des services de transport, ainsi que leurs coordonnées, qui pourraient offrir ces services en cas d'urgence. Toutefois, l'ASPC n'a pas encore élaboré de plan de transport global officiel comportant la participation des provinces et des territoires.
171. En raison des enjeux précisés ci-dessus auxquels l'ASPC est confrontée, il existe des risques accrus que les biens ne puissent pas être déployés de façon opportune et efficace. Par ailleurs, un cadre de gestion fondé sur les résultats n'a pas encore été élaboré par l'ASPC, et aucune évaluation officielle du programme du SRNU n'a été effectuée depuis la création de l'Agence en 2004.
172. Nous concluons que rien ne garantit que les stocks du SRNU pourraient être déployés de façon opportune, efficiente et efficace.

### **Recommandations**

173. Le Sous ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, en collaboration avec le Directeur des services d'évaluation, devrait amorcer une évaluation formelle afin d'évaluer la pertinence du Système de la réserve nationale d'urgence. Si l'Agence, après avoir complété une évaluation, choisit de garder une partie ou la totalité de ses programmes, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence, de concert avec les principaux partenaires et intervenants, devrait formuler un mandat clair pour le Système de la réserve nationale d'urgence et obtenir l'approbation de la haute direction de l'Agence. Cela serait suivi de l'élaboration de protocoles d'entente mis à jour officialisant les rôles et les responsabilités du Système de la réserve nationale d'urgence et ceux des provinces et des territoires.
174. De plus, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait amorcer l'élaboration et le maintien continu d'un plan stratégique et d'un plan d'activités opérationnel à l'égard du Système de la réserve nationale d'urgence, fondés sur une évaluation globale des risques et des besoins, afin d'orienter les

activités du programme. Les principales composantes de ces plans devraient comprendre ce qui suit :

- une vision énoncée pour le programme;
- les objectifs stratégiques;
- les objectifs opérationnels;
- un plan opérationnel qui comprend :
  - des objectifs de rendement;
  - l'élaboration d'un plan global de maintenance des biens;
  - la mise en œuvre d'un système de suivi de l'inventaire modernisé;
  - l'élaboration d'une politique d'aliénation des biens et des processus à l'appui;
  - une stratégie et un plan d'activités pour composer avec la désuétude des biens;
  - des initiatives de changement, y compris une évaluation des priorités, des produits livrables et des jalons prévus et du calendrier;
  - des initiatives novatrices visant à acquérir, à entreposer, à renouveler et à déployer les biens;
  - les besoins en matière de ressources essentielles; et,
  - les besoins en matière de ressources des initiatives de changement

175. Le dirigeant principal des finances, en collaboration avec le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence, devrait élaborer une politique ainsi que les processus connexes afin de tenir des registres et de préparer des rapports adéquats concernant les biens du Système de la réserve nationale d'urgence, conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor.

### **Bureau national des équipes d'intervention d'urgence en santé**

176. Le Bureau national des équipes d'intervention d'urgence en santé (BNEIUS) fait partie du BSIU. Son mandat consiste à établir des critères nationaux pour la création et le fonctionnement des EIUS. Son objectif est de former et d'accréditer des équipes d'intervention d'urgence en santé à l'échelle du pays et de veiller à ce qu'elles puissent être déployées dans un délai de 24 heures pour aider les autorités provinciales, territoriales ou locales à fournir des soins médicaux d'urgence en cas de catastrophes d'envergure.

177. L'approche tous risques du BNEIUS se traduit par une intervention médicale d'urgence face à de nombreuses situations, y compris des catastrophes naturelles et des explosions, et en cas d'incidents chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires importants. Chaque équipe du BNEIUS doit avoir des compétences dans les domaines des soins médicaux d'urgence (notamment le triage, la stabilisation, l'évacuation et la prise en charge des malades), des soins de santé mentale et dans la détermination, l'évaluation et la gestion des risques de catastrophes sur le plan de la santé publique. L'approche tous risques signifie que les plans sont axés sur les

effets néfastes communs à la plupart des situations d'urgence, plutôt que sur des cas types isolés.

178. Le programme du BNEIUS a été créé pour répondre aux lacunes relevées dans le cadre des interventions concernant le SRAS, ainsi que pour assurer une capacité d'intervention médicale nationale d'urgence supplémentaire en cas d'une attaque terroriste, comme celle qui a été perpétrée aux États-Unis le 11 septembre 2001.
179. L'équipe d'intervention d'urgence en santé fait partie du Bureau des services d'interventions d'urgence (BSIU), lequel relève du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU).
180. En février 2010, les dépenses des EIUS à l'égard de l'exercice financier 2008-2009 s'élevaient à 2,9 M\$, et elles sont estimées à 1,8 M\$ pour 2009-2010.
181. **Une transformation du programme des EIUS a été amorcée sans qu'il y ait de mandat officiel clair fondé sur une évaluation des risques et des menaces, et celle-ci n'est pas bien coordonnée avec l'élaboration du guichet unique de la réserve de professionnels de la santé publique (RPSP) de l'ASPC, comme il est décrit ci-dessous.**
182. En 2007, le BNEIUS a mis sur pied une équipe d'intervention d'urgence en santé, laquelle comprend environ 200 membres de la communauté médicale et membres de soutien. Ces professionnels de la santé ont été recrutés, formés et mis à l'essai, et ont reçu le matériel nécessaire.
183. Les provinces et les territoires n'ont formulé aucune demande relative au déploiement d'EIUS, sauf une demande de soutien pour les Jeux olympiques de 2010 à Vancouver. Vingt-et-un membres des EIUS (personnel infirmier et médecins) ont été sélectionnés et déployés pendant les Jeux olympiques. Un rapport sur les leçons apprises de cette expérience doit être publié en août 2010.
184. L'idée initiale consistait à créer quatre EIUS. Un exercice important, surnommé « Caduceus Major », a été tenu en 2007. Cet exercice s'est traduit par le premier déploiement d'une équipe d'intervention sanitaire d'urgence (EISU); il s'appuyait sur les leçons apprises lors des exercices de moindre ampleur effectués en 2006, et sur les consultations auprès des provinces et des territoires. Le rapport de l'exercice a conclu que la prémisse initiale du programme des EIUS devait être évaluée de nouveau, et que bien que l'idée initiale ait été louable et ambitieuse, il était temps d'envisager un nouveau modèle et une nouvelle approche qui fourniraient à la population canadienne une capacité nationale d'intervention lors de situations d'urgence en santé publique qui soit plus souple, modulaire et crédible.
185. Une transformation du programme des EIUS a ensuite été amorcée, celle-ci se fondant sur la rétroaction des intervenants des provinces et des territoires, les recommandations du compte rendu après action liées à l'exercice « Caduceus

Major », et un examen approfondi effectué en 2008 dans le cadre du processus d'examen stratégique du portefeuille de la Santé. En vue de l'évolution subséquente des EIUS, des mandats officiels clairs devront être élaborés, et ce, afin de composer avec les enjeux liés aux évaluations des risques et des besoins dans le cadre d'un guichet unique de la réserve de professionnels de la santé publique bien coordonné.

186. Cette nouvelle approche à l'égard des EIUS, récemment élaborée, était axée sur la création d'une liste nationale d'intervenants médicaux et de personnel de gestion des urgences possédant une formation spécialisée en intervention en cas de catastrophe. Cette approche est désignée comme étant la Réserve nationale d'intervenants médicaux (RNIM). La RNIM vise à répondre aux demandes des provinces et des territoires en matière de capacité médicale de pointe.
187. Ce nouveau concept propose d'ajouter à la RNIM environ 200 membres par an pour les prochains quatre à cinq ans, pour atteindre une capacité totale en matière de ressources de 1 000 membres. La modélisation visant à déterminer les besoins prévus a été effectuée en évaluant d'autres modèles pertinents concernant la capacité de pointe ainsi que leurs méthodes de dotation. L'utilisation d'évaluations de risques complémentaires, ainsi que les consultations continues auprès des intervenants des provinces et des territoires, contribuera à établir les besoins de la réserve avec plus de certitude. En raison de l'absence d'une méthode proactive de l'Agence en ce qui concerne l'évaluation et la gestion des risques, il est difficile d'évaluer si la nouvelle approche qu'adoptent les EIUS répond aux objectifs du programme (c.-à-d. accroître la capacité de pointe et la capacité d'intervenir de manière coordonnée et efficace pour appuyer la gestion des urgences sanitaires effectuée par les provinces, les territoires et les autorités locales).
188. Bien qu'il incombe principalement au CMIU d'offrir une vaste gamme d'activités de préparation, nous avons remarqué que bien des efforts organisationnels de l'ASPC ayant trait à la préparation et à l'intervention d'urgence ne semblent pas être bien harmonisés avec les efforts du CMIU, comme il est décrit ci-dessous.
189. L'Agence est en train de mettre sur pied un guichet unique pour la réserve de professionnels de la santé publique (RPSP), laquelle intégrerait la Réserve nationale d'intervenants médicaux (RNIM) proposée. Cette RPSP comprendra la capacité de réserve concernant les épidémiologistes et les laboratoires, et les services de soutien de pointe en matière de santé publique, ainsi que les services de soutien clinique de pointe prévus par la RNIM. Les compétences prévues par la RPSP iraient des spécialistes de la santé publique aux professionnels cliniques, par exemple, du personnel paramédical, du personnel infirmier d'urgence et des urgentologues.
190. Cependant, la haute direction n'a pas encore accordé de mandat officiel clair pour la RNIM. Les gestionnaires des EIUS adoptent une approche ascendante. Les discussions et les consultations au sein de l'Agence et auprès des principaux partenaires en ce qui concerne la nouvelle approche à l'égard des EIUS (RNIM) ne



- l'officialisation des protocoles d'entente révisés conclus avec les partenaires fournisseurs de services et les principaux intervenants;
- la conception détaillée de la planification des opérations (y compris un mémoire au Cabinet);
- un plan de mise en œuvre pour la RNIM établie récemment;
- la restructuration du SRNU.

191. Par ailleurs, certains fonctionnaires provinciaux ont souligné le manque de compréhension et d'entente à propos de l'orientation générale et du concept opérationnel de cette nouvelle initiative, et ont également indiqué être préoccupés au sujet des chevauchements d'efforts possibles. Certains fonctionnaires provinciaux ont mentionné que des plans et des mécanismes étaient en place pour répondre aux besoins médicaux lors de situations d'urgence. La nécessité d'une Réserve nationale d'intervenants médicaux doit être confirmée au moyen de discussions et de partenariats avec tous les intervenants pour veiller à ce que les besoins et les attentes soient satisfaits.

192. Il est nécessaire de mener d'autres consultations et discussions auprès des provinces et des territoires afin de déterminer leurs capacités et leurs lacunes actuelles, et afin d'évaluer l'aide supplémentaire requise dans le cadre des événements importants et des urgences sanitaires.

### **Recommandation**

193. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), en collaboration avec les principaux partenaires et intervenants, doit faire ce qui suit :
- Confirmer ou réexaminer le mandat des équipes d'intervention d'urgence de santé, de même que son concept opérationnel;
  - Veiller à la coordination et à l'intégration adéquate du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) et des déploiements de ressources humaines dans un contexte opérationnel.

### **Laboratoire national de microbiologie (LNM)**

194. Le LNM appuie les efforts d'intervention en cas d'éclosion de maladies et de préparation aux situations d'urgence de l'Agence de la santé publique du

Canada (ASPC). Les activités du LNM comprennent la prestation de services de diagnostic et de référence, la surveillance, la recherche appliquée et axée sur la découverte ainsi que le perfectionnement et la formation. Ces activités s'inscrivent dans le rôle de l'ASPC pour ce qui est de la préparation, de la surveillance, de la détermination et de l'intervention au chapitre de l'éclosion de maladies, ainsi qu'à l'égard des autres menaces mettant en cause des agents infectieux. Les activités d'intervention en cas d'éclosion de maladies et de préparation aux situations d'urgence propres au LNM consistent à faire ce qui suit :

- fournir une capacité en matière de services de laboratoire dans le cadre d'intervention immédiate et des unités d'intervention mobiles, cibler les éclosions de maladies infectieuses aiguës ainsi que les menaces de bioterrorisme ou autres actes délibérés qui mettent en cause des agents infectieux;
- mobiliser le Centre des opérations du LNM en période d'interventions d'urgence en santé à l'échelle nationale en vue d'aider à gérer la crise.

**195. Les rôles et les responsabilités du LNM doivent être précisés pour garantir la coordination des interventions en cas d'urgence**

196. Les expériences passées se sont révélées positives, notamment en ce qui a trait aux mesures prises contre le virus H1N1 et la préparation en vue des Jeux olympiques d'hiver de 2010. De ce fait, elles ont contribué à améliorer la façon dont le LNM appuie les efforts d'intervention en cas d'éclosion de maladies et de préparation aux situations d'urgence de l'ASPC. Les secteurs d'amélioration observés comprennent la structure de gestion, la logistique, la définition des processus et le rôle fondamental joué par l'agent de liaison du Centre des opérations d'urgence au cours des événements d'intervention ou lors de situations d'urgence.

197. Des possibilités d'amélioration ont été déterminés en ce qui concerne la manière dont les demandes de prestation de services de laboratoire sont reçues, priorisées et approuvées. Des possibilités ont également été définies concernant les moyens utilisés pour communiquer les résultats du laboratoire de diagnostic aux partenaires et aux intervenants pendant les situations d'urgence, y compris à la communauté internationale (jusqu'à 50 000 échantillons par année peuvent être transmis aux fins de contrôle ou d'analyse).

### **Systeme de commandement des interventions et systeme de gestion des incidents (SCI et SGI)**

198. L'ASPC a instauré un SCI et un SGI pour appuyer les efforts d'intervention en cas d'urgence. Il vise à établir une démarche structurée et méthodique quant à l'organisation et à l'intégration des employés, des politiques, des processus, des

installations et de l'équipement en fonction d'une approche commune conçue pour améliorer les opérations liées aux interventions en cas d'urgence.

199. Dans le cadre de l'établissement du SGI, l'ASPC a offert une formation sur le SCI à environ 600 employés de l'ASPC, y compris 300 employés du LNM.
200. Bien que les représentants de l'ASPC interrogés aient fait part d'un niveau général de satisfaction à l'égard du niveau et de l'envergure de la formation qu'ils ont reçu sur le SCI, certains commentaires ont été formulés à propos de l'efficacité de l'adoption par l'ASPC d'un ICS comme il est mentionné ci-après.
201. **Le SCI convient mieux à un organisme d'intervention immédiate, ce que l'ASPC n'est pas.**
202. Le SCI est établi en fonction d'un organisme d'intervention souple et adaptable. Il fournit un cadre commun au sein duquel les personnes peuvent collaborer efficacement. Ces personnes peuvent provenir de plusieurs organismes qui d'ordinaire ne travaillent pas de concert. Le SCI est conçu pour présenter des processus opérationnels et d'intervention normalisés en vue de réduire les problèmes et le risque de mauvaise communication concernant de tels incidents. En règle générale, le SCI est perçu comme une structure d'intervention immédiate, où le premier intervenant d'une situation d'urgence est responsable jusqu'à ce que l'incident soit déclaré résolu ou qu'un intervenant de « rang supérieur » arrive sur les lieux et assume le commandement, ou que le responsable de l'incident nomme un autre responsable. De l'avis des personnes interviewées, cette approche est jugée comme incongrue étant donné le rôle de soutien habituellement joué par l'ASPC en ce qui concerne les premiers intervenants. Par conséquent, bon nombre de répondants remettent en question le soutien organisationnel conféré par la structure du SCI et mentionnent la nécessité de réexaminer ce modèle opérationnel.

## Conclusion

203. Il y a un manque sur le plan de la capacité de pointe - en ce qui concerne des ressources humaines - de travailler avec un Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) élargi au cours d'une situation d'urgence ou d'un événement. Il faut renouveler le mandat du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) afin de témoigner davantage du rôle actuel qu'il joue en ce qui concerne l'intervention d'urgence en santé. Une attention de la part de la direction du programme est également exigée quant à la transformation du programme des équipes d'intervention d'urgence en santé (EIUS) et à la coordination avec le guichet unique de réserve de professionnels de la santé publique de l'ASPC. Enfin, il faut préciser les rôles et les responsabilités du Laboratoire national de microbiologie (LNM) relativement aux activités d'intervention en situation d'urgence de l'ASPC.

## Reprise des activités

204. Nous avons prévu que des approches systématiques et continues sur la reprise des activités avaient été élaborées et que les leçons apprises des expériences antérieures avaient été prises en considération en vue d'accroître l'efficacité et d'améliorer les pratiques et les processus relatifs à la gestion des situations d'urgence.
205. Comme il est indiqué dans le cadre de la gestion des situations d'urgence du Canada, une amélioration continue devrait constituer une composante essentielle de tout régime de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Les leçons apprises et les connaissances tirées des renseignements qualitatifs et fondés sur des données probantes devraient servir à élaborer de meilleures pratiques en vue de leur diffusion à grande échelle. Une approche méthodique devrait être suivie, à la suite de situations d'urgence ou de sinistres, au chapitre de la documentation et des leçons apprises de cette expérience, de l'accroissement de l'efficacité et de l'amélioration des pratiques et des processus rattachés à la gestion des situations d'urgence. Qui plus est, une amélioration continue devrait systématiquement faire partie intégrante des fonctions et des pratiques de gestion des situations d'urgence à tous les niveaux, selon les besoins, afin de minimiser la réapparition de problèmes.
206. Dans le cadre de l'examen sur la priorité accordée à l'amélioration continue de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence de l'ASPC, nous avons remarqué ce qui suit :
207. **L'ASPC n'a pas encore mis au point une méthode éprouvée qui permet de relever systématiquement les leçons apprises des efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence et de donner suite à celles-ci.**
208. Au cours de la présente vérification, nous avons examiné les documents accessibles afin d'être au fait des leçons apprises (p. ex. les rapports de rétroaction immédiate pour la prévention du virus H1N1, l'exercice Or et le rapport sur les mesures adoptées à la suite des Jeux olympiques de Vancouver) ainsi qu'un rapport sur les mesures de suivi connexe (p. ex. le plan d'amélioration final de l'exercice Or). Bien que ces efforts soient louables et qu'ils constituent un pas vers l'amélioration continue, ils mettent également en évidence un ensemble plus vaste des écarts à régler au sein de l'ASPC, notamment :
- L'ASPC n'a pas encore élaboré une méthode ou un processus normalisé pour déterminer et documenter systématiquement les leçons apprises liées à l'exécution des exercices ou des efforts d'intervention en cas d'urgence;
  - L'accent sur l'élaboration d'un processus normalisé comprendrait la création des éléments suivants :

- un ensemble d'activités normalisées (méthodologie) pour effectuer un examen;
  - des outils de documentation communs, p. ex. des modèles;
  - une formation à l'intention du personnel à l'aide d'exercices fondés sur les leçons apprises;
  - Une fonction d'examen pour garantir la qualité des résultats des rapports;
  - Une bibliothèque ou un dépôt de documents sur les leçons apprises accessibles aux employés affectés à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence.
- De même, aucune méthode ni processus normalisé n'a été mis au point afin de permettre à l'ASPC de systématiquement déterminer, documenter et prioriser les mesures exigées en vue de régler les problèmes relevés à la suite des exercices sur les leçons apprises.
- Enfin, l'ASPC n'a pas défini de responsabilités ou élaboré de processus normalisés pour faire en sorte que des mesures d'amélioration soient entreprises rapidement et de manière exhaustive, et que la mise en œuvre de telles mesures soient déjà en vigueur.
209. De plus, à la lumière des entrevues réalisées par les représentants de l'ASPC, nous ne pouvons pas déterminer si les mesures d'amélioration cernées s'harmonisaient avec la priorité accordée à la formation sur la préparation et l'intervention en cas d'urgence de l'ASPC.
210. À l'heure actuelle, la responsabilité de ces processus incombe au Comité conjoint pour la préparation aux urgences (CCPU). Toutefois, les personnes interviewées dans le cadre de la vérification ont mentionné le manque de clarté quant à la gouvernance relativement à l'examen et à l'approbation des produits livrables rattachés aux leçons apprises.

## **Conclusion**

211. Une attention est nécessaire de la part de la direction pour élaborer une méthode permettant de cerner systématiquement les leçons apprises et de donner suite à celles-ci ce qui a trait aux efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

## **Recommandations**

212. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), par l'entremise du CMPC, devrait amorcer l'élaboration et le déploiement d'une méthode normalisée qui couvre ce qui suit :
- L'exécution d'exercices liés aux leçons apprises;
  - La création de plans d'action connexes;
  - L'évaluation quant à l'efficacité des mesures prises;

- L'établissement d'un dépôt ou d'une bibliothèque de leçons apprises.

213. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), par l'entremise du CMPC, devrait également envisager l'établissement d'un forum de soutien (p. ex. un sous-comité) pour surveiller l'approbation et la conformité des produits livrables rattachés aux leçons apprises (p. ex. comptes rendus après action, les plans d'amélioration, les résultats d'évaluation).

## **Fonctions de soutien**

214. Nous nous attendions à ce que l'Agence dispose de systèmes adéquats qui garantissent que les ressources financières et humaines de même que la gestion de l'information et la technologie de l'information (GI-TI) exigées pour soutenir les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence soient bien planifiées, gérées et appuyées.

## **Ressources humaines**

215. La planification et la coordination des ressources humaines se révèlent essentielles pour faire en sorte que les ressources sont gérées efficacement en vue d'appuyer les objectifs du programme et d'être en mesure de satisfaire aux activités rattachées à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence. Des mesures telles que la détermination du personnel exigé, la fourniture d'une capacité de pointe, la formation, les attestations de sécurité de même que la planification de la relève doivent être entreprises de façon à ce que les employés formés et qualifiés soient disponibles pour exercer une surveillance et intervenir efficacement dans le cadre d'événements urgents.

216. Plusieurs postes clés ayant trait à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence ont été pourvus temporairement grâce à des nominations intérimaires ou encore ceux-ci viennent à peine d'être comblés.

**217. Il n'existe aucun plan de relève documenté pour les principaux postes.**

218. L'ASPC n'a pas encore documenté un plan pour aborder la question de la planification de la relève ou de maintien en poste pour les principaux postes du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU).

## **Ressources financières**

219. Nous avons remarqué que seuls les budgets normatifs du CMIU avaient été approuvés pour l'exercice financier 2010-2011. L'exercice de planification

opérationnelle intégrée, en cours à l'heure actuelle, permettra une réaffectation éventuelle des ressources. Toutefois, selon les expériences antérieures, les budgets normatifs révisés sont accessibles seulement en juillet. Cette pratique ne favorise pas une saine gestion et planification financière.

### **Gestion de l'information et technologie de l'information (GI-TI)**

220. **La capacité de pouvoir obtenir une résolution efficace et rapide en cas de cessation des activités de technologie de l'information et d'importantes interruptions de service suscite des inquiétudes.**
221. À la suite des modifications apportées aux systèmes de sécurité dans deux entrepôts du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU), des dispositions administratives ont dû être prises afin de pouvoir surveiller physiquement la température des entrepôts. Cette étape a été nécessaire aux fins d'octroi de licences. Néanmoins, l'installation d'un système de sécurité de secours adéquat se serait révélée plus rentable et aurait également contribué à réduire les risques. Au moment d'effectuer la présente vérification, l'Agence avait déjà amorcé l'examen de son plan de circonstance visant à réduire les risques associés aux interruptions de service.

### **Conclusion**

222. Une attention de la direction de programme est nécessaire afin d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de dotation et de relève pour les principaux postes, de garantir le financement du programme et d'obtenir le soutien technique exigé.

### **Recommandations**

223. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), en collaboration avec la Direction des ressources humaines (DRH), devrait concevoir, mettre en œuvre et surveiller de près les plans de dotation et de relève pour les principaux postes.
224. Une fois que les mandats des activités de préparation et d'intervention d'urgence, y compris celles des équipes d'intervention d'urgence en santé et du Système de la réserve nationale d'urgence auront été précisés, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devra obtenir le financement nécessaire.
225. Le directeur général de la gestion de l'information et de la technologie de l'information devrait poursuivre l'élaboration du plan de circonstance de l'Agence en vue de pouvoir faire face à d'importantes interruptions de services.

## **Conclusion de la vérification**

226. Même si l'Agence a été en mesure de répondre aux urgences, nous sommes concernés par le nombre de problèmes mentionnés dans le présent rapport qui doivent être réglés pour faire en sorte que l'Agence puisse pleinement remplir son mandat qui consiste à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens. L'Agence doit continuer de mettre l'accent sur le renforcement de la capacité en matière de préparation et d'intervention d'urgence et d'exercer ses activités d'intervention de la façon la plus rapide, efficace et efficiente qui soit.

## **Remerciements**

227. Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux membres de la direction et du personnel pour la collaboration et l'aide qu'ils ont fournie à l'équipe de vérification au cours de la présente vérification.



## Annexe A : Critères de vérification

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

N°	Sous-critères	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG)
1.1	Une structure de gouvernance adéquate est établie, diffusée et suivie de près (gouvernance de l'ASPC, PE, surveillance des activités et des responsabilités à l'égard des PE).	Objectif n° 1	Régie et orientation stratégique
1.2	Les objectifs de programme sont harmonisés avec le mandat et les orientations stratégiques de l'ASPC.	Objectif n° 1	Régie et orientation stratégique

### 2.0 Le cadre de gestion en place permet une utilisation efficiente, efficace et économique des ressources.

N°	Sous-critères	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG)
2.1	Les pouvoirs et les responsabilités sont clairement définis pour la prise de décisions et de mesures.	Objectif n° 1	Responsabilisation
2.2	Les rôles, les responsabilités et le mandat sont clairement définis, compris et diffusés au sein de l'ASPC et auprès des autres partenaires et ministères gouvernementaux.	Objectif n° 1	Gouvernance et orientation stratégique, responsabilisation
2.3	La structure organisationnelle favorise l'atteinte des objectifs de programme et des exigences opérationnelles.	Objectifs n <sup>os</sup> 1 et 2	Gouvernance et orientation stratégique, responsabilisation
2.4	Des politiques, des plans, des lignes directrices de même que d'autres	Objectifs n <sup>os</sup> 1 et 2	Personnes

	outils pertinents sont élaborés pour soutenir la prestation des activités de préparation et d'intervention d'urgence, lesquels sont ensuite diffusés aux employés.		
<b>2.5</b>	Des programmes de sensibilisation, de formation et d'exercices sont en place pour garantir que des ressources suffisamment formées sont accessibles pour la prestation des services.	Objectifs n <sup>os</sup> 1 et 2	Gestion de personnes et des risques
<b>2.6</b>	Les ressources humaines, financières et en matière d'information sont convenablement planifiées, gérées et appuyées.	Objectifs n <sup>os</sup> 1 et 2	Personne et gérance
<b>2.7</b>	La direction possède des renseignements fiables qui appuient la prise de décision et la responsabilisation, dont des systèmes d'évaluation.	Objectifs n <sup>os</sup> 1 et 2	Gérance
<b>2.8</b>	Des mécanismes de gestion des risques existent afin de relever, d'évaluer, de surveiller, d'atténuer les risques et de produire des rapports à cet égard.	Objectif n <sup>o</sup> 2	Gestion des risques
<b>2.9</b>	L'organisme a instauré des approches et des plans officiels en ce qui concerne la gestion des connaissances ainsi que les méthodes et les pratiques relatives aux leçons apprises.	Objectif n <sup>o</sup> 1	Apprentissage, innovation et gestion du changement
<b>2.10</b>	La direction a établi un rendement jugé adéquat et d'autres mesures d'évaluation en lien avec les résultats prévus.	Objectif n <sup>o</sup> 1	Résultats et rendement

**3.0 Les ressources (humaines et biens) relatives à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence sont gérées d'une façon qui permet à l'Agence de respecter ses engagements et ses obligations.**

N°	Sous-critères	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG)
3.1	Des plans et une stratégie conforme pour la gestion des biens ont été documentés et mis en œuvre. Ceux-ci comportent un délai à court et à long terme pour la gestion des biens.	Objectif n° 3	Gérance
3.2	Les ressources sont déployées de manière rapide et efficace	Objectif n° 3	Gérance
3.3	Des processus de gestion des biens et des contrôles pertinents existent afin de faire en sorte que les biens soient gérés de façon à ce que toute l'importance soit accordée aux situations d'urgence, aux besoins des intervenants, à l'efficacité et à l'efficience. Cela comprend une protection adéquate des biens.  Les méthodes et les pratiques, notamment les processus de planification, d'acquisition, de tenue des dossiers (dont la comptabilité d'exercice), de gestion et d'élimination.	Objectif n° 3	Gérance
3.4	Des processus appropriés existent pour veiller à ce que les ressources d'intervention soient gérées compte tenu des besoins des intervenants, de l'efficacité et de l'efficience.	Objectif n° 3	Gérance
3.5	Les rapports sur les ressources d'intervention et les biens font l'objet d'un examen aux fins d'exhaustivité, de précision, de	Objectif n° 3	Gérance

	pertinence, de rapidité, d'adéquation et de vraisemblance.		
--	--	--	--

**4.0 Les services de préparation et d'intervention d'urgence satisfont aux besoins des intervenants.**

N°	Sous-critères	Lien avec l'objectif de vérification n°	Lien avec le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG)
4.1	Des voies de communication existent entre l'organisme et les principaux partenaires de prestation de services du gouvernement, les provinces, les territoires de même que parmi les autres intervenants pertinents, à l'exception du public.	Objectif n° 1	Services axés sur la clientèle
4.2	L'organisme tire parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration en vue d'améliorer la prestation des services de santé publique.	Objectif n° 1	Services axés sur la clientèle



Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p><b>Préparation et planification</b></p> <p>88. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) devrait élaborer un processus détaillé et à long terme d'évaluation de la menace et des risques, ainsi qu'un plan de gestion dit « tous risques » visant à appuyer les efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence.</p> <p>97. De concert avec Santé Canada, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) doit examiner la version 2007 actuelle en vigueur de la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé, plus particulièrement en ce qui concerne l'expérience de l'ASPC en matière d'intervention à l'égard d'événements ou d'incidents majeurs pour la période de 2008-2010, dont le virus H1N1.</p>	<p>D'accord. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (DG, CMIU) élaborera un processus officiel d'évaluation de la menace et des risques en santé publique de l'ASPC. Il sollicitera l'engagement de la collectivité du renseignement et le portefeuille de la santé. Cette évaluation fournira des renseignements dans le cadre de la création du plan de gestion des risques dit « tous risques » du CMIU et elle sera introduite dans le cadre global de la gestion des risques de l'Agence.</p> <p>D'accord. En collaboration avec Santé Canada, le DG, CMIUM passera en revue la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé, comme faisant partie intégrante du plan de travail du Comité conjoint pour la préparation des urgences (CMPC) pour 2010-2012.</p>	<p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Avril 2011</p> <p>Déc. 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>111. En collaboration avec les principaux partenaires et intervenants, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) doit faire ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ concevoir et instaurer des exercices de santé publique afin de mettre à l'essai les nouveaux plans et préparatifs dont le plan fédéral en cas d'urgence, la fonction de soutien en cas d'urgence de l'ASPC, le plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé et la Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé;</li> <li>○ élaborer et mettre en œuvre des plans de formation et d'exercices pluriannuels détaillés;</li> <li>○ fixer les exigences quant au financement de la formation et des exercices.</li> </ul>	<p>D'accord. Le DG, CMIU s'affaire à élaborer un plan de travail pluriannuel détaillé pour la formation et les exercices, dans lequel seront énoncées les exigences en matière de financement pour appuyer les priorités de programme. Ce plan reposera sur une évaluation des besoins des clients et des intervenants, tant au sein du portefeuille de la Santé qu'à l'externe (provinces et territoires).</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>Juin 2011</p>
<p>123. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait; continuer à élaborer des modèles concernant la capacité de pointe de l'Agence; décider quant à l'utilisation d'un logiciel normalisé; offrir également de la formation obligatoire en gestion des urgences aux employés</p>	<p>D'accord.</p> <p>a) La Direction des ressources humaines de l'ASPC gère la création d'un modèle sur la capacité de pointe de l'Agence. Elle préparera également un cadre des RH</p>	<p>DG, DRH</p>	<p>Juin 2011</p>





Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
	<p>la Santé.</p> <p>Un plan de formation sera soumis au CMPC aux fins d'examen et d'approbation annuels.</p>		
<p><b>Activités d'intervention</b></p> <p>173. Le Sous ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, en collaboration avec le Directeur des services d'évaluation, devrait amorcer une évaluation formelle afin d'évaluer la pertinence du Système de la réserve nationale d'urgence. Si l'Agence, après avoir complété une évaluation, choisit de garder une partie ou la totalité de ses programmes, le Directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence, de concert avec les principaux partenaires et intervenants, devra formuler un mandat clair pour le Système de la réserve nationale d'urgence et obtenir l'approbation de la haute direction de l'Agence. Cela serait suivi de l'élaboration de protocoles d'entente mis à jour officialisant les rôles et les responsabilités du Système de la réserve nationale d'urgence et ceux des provinces et des territoires.</p>	<p>D'accord.</p> <p>a) Le Directeur des services d'évaluation, en collaboration avec le DG, CMIU, complètera une évaluation du Système de la réserve national d'urgence afin d'en évaluer la pertinence.</p> <p>b) Le DG, CMIU, formulera un mandat clair pour le Système de la réserve nationale d'urgence de concert avec les principaux partenaires et intervenants. Il soumettra celui-ci au CE aux fins d'approbation.</p> <p>c) En collaboration avec les principaux partenaires et intervenants, le DG, CMIU, élaborera un protocole d'entente mis à jour qui rend officiels les rôles et les responsabilités du Système de la réserve nationale d'urgence et ceux des provinces et des territoires.</p>	<p>Dir. SE et DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Déc. 2010</p> <p>Avril 2011</p> <p>Mars 2012</p>



Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>priorité;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les initiatives novatrices visant à acquérir, entreposer, renouveler et déployer les biens;</li> <li>○ les besoins en ressources essentielles;</li> <li>○ les besoins en ressources des initiatives de changement;</li> </ul> <p>175. Le dirigeant principal des finances, en collaboration avec le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence, devrait élaborer une politique ainsi que les processus connexes afin de tenir des registres et de préparer des rapports adéquats concernant les biens du Système de la réserve nationale d'urgence, conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor.</p> <p>193. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence en collaboration avec les principaux partenaires et intervenants doit faire ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmer ou réexaminer le mandat des équipes d'intervention d'urgence de santé ainsi que son concept</li> </ul>	<p>D'accord. Le dirigeant principal des finances (DPF), de concert avec le DG, CMIU, élaborera une politique et des processus connexes afin de tenir des registres et de préparer des rapports adéquats concernant les biens du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU), et ce, conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor. Cette politique sera liée au système d'inventaire proposé du SRNU.</p> <p>D'accord.</p> <p>a) Le DG, CMIU, obtiendra un mandat clair et officiel du CE pour remanier le programme des Équipes d'intervention d'urgence en santé (EIUS).</p> <p>b) En cas d'appui par le CE, le DG,</p>	<p>DPF</p> <p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Déc. 2011</p> <p>Oct.2010</p> <p>Mars 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>opérationnel;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à la coordination et à l'intégration adéquate du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) et des déploiements de ressources humaines dans un contexte opérationnel.</li> </ul>	<p>CMIU, demandera l'approbation de la haute direction pour élaborer une réserve nationale d'intervenants médicaux (RNIM) axée sur des professionnels de la santé de pointe et pouvant être déployés en vue de remplacer le modèle des Équipes d'intervention d'urgence en santé (EIUS). Ce changement devrait se révéler plus rentable et conforme aux intérêts des provinces et des territoires.</p> <p>c) Le DG, CMIU, travaillera en collaboration avec les autres pour examiner la coordination logistique au sein de l'Agence et élaborer une procédure normalisée d'exploitation (PNE) pour le déploiement du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) et des ressources humaines. Cette procédure sera soumise à l'équipe de direction de la Direction générale, puis au CE.</p>	<p>DG, CMIU</p>	<p>Mars 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p><b>Reprise des activités</b></p> <p>212. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), par l'entremise du CMPC, devrait amorcer l'élaboration et le déploiement d'une méthode normalisée qui couvre les éléments suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'exécution des exercices liés aux leçons apprises;</li> <li>○ La création de plans d'action connexes;</li> <li>○ L'évaluation quant à l'efficacité des mesures prises;</li> <li>○ L'établissement d'un dépôt ou d'une bibliothèque de leçons apprises.</li> </ul> <p>213. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), par l'entremise du CMPC, devrait également envisager l'établissement d'un forum de soutien, par exemple un sous-comité, pour surveiller l'approbation et la conformité des produits livrables rattachés aux leçons apprises, notamment les comptes rendus après action, les plans d'amélioration et les résultats d'évaluation.</p>	<p>D'accord. Le DG, CMIU, élaborera une méthodologie et une structure de gouvernance officielles visant à faciliter la mise en œuvre des leçons apprises et de l'évaluation ultérieure. Cette méthodologie englobera les directives de Sécurité publique Canada suivant les besoins.</p> <p>D'accord. Le DG collaborera avec le Comité conjoint pour la préparation des urgences (CMPC) pour former un sous-comité chargé de surveiller la mise en œuvre des conclusions des examens à la suite d'événements.</p>	<p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Juin 2011</p> <p>Déc. 2010</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p><b>Fonctions de soutien</b></p> <p>223. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), en collaboration avec la Direction des ressources humaines (DRH), doit concevoir, mettre en œuvre et suivre de près les plans de dotation et de relève pour les principaux postes.</p> <p>224. Une fois que les mandats des activités de préparation et d'intervention d'urgence, y compris celles des équipes d'intervention d'urgence en santé et du Système de la réserve nationale d'urgence, auront été précisés, le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devra obtenir le financement nécessaire.</p> <p>225. Le directeur général de la gestion de l'information et de la technologie de l'information doit poursuivre l'élaboration du plan de circonstance de l'Agence afin de pouvoir faire face à d'importantes interruptions de services.</p>	<p>D'accord. Le DG, CMIU, élaborera, en consultation avec la Direction des ressources humaines, des plans de dotation et de relève.</p> <p>D'accord. En collaboration avec l'équipe de projet, le DG, CMIU, étudiera les problèmes de financement et recommandera des solutions sur lesquelles se penchera le CE.</p> <p>D'accord. Le DG de la gestion de l'information et de la technologie de l'information (GI-TI) a élaboré une proposition, visant à régler les problèmes liés aux circonstances, laquelle sera soumise aux fins de financement.</p>	<p>DG, CMIU</p> <p>DG, CMIU</p> <p>DG, GI/TI</p>	<p>Mars 2011</p> <p>Oct. 2011</p> <p>Juin 2012</p>

Possibilités d'amélioration	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>64. Le sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, doit songer à harmoniser la structure pour la gestion de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence conformément au modèle du système de commandement des interventions afin de fournir une responsabilité claire quant aux activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence relativement à ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prévention (politique sur la préparation et l'intervention en cas d'urgence, surveillance, évaluation des risques, initiatives législatives et autres programmes d'atténuation);</li> <li>○ La préparation (élaboration de plans, de formation et d'exercices; gestion du Centre des opérations d'urgence; préparation à l'égard de la capacité de pointe, Système de la réserve nationale d'urgence, nouvelles équipes d'intervention d'urgence en santé et réserve de santé publique);</li> <li>○ L'intervention et la reprise des activités rétablissement (activation du Centre des opérations d'urgence, système de commandement des interventions et système de gestion des incidents,</li> </ul>	<p>D'accord. Le SMA, MIUAO, examinera la gouvernance des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence et formulera également des recommandations au CE.</p>	<p>SMA, MIUAO</p>	<p>Avril 2011</p>

Possibilités d'amélioration	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>gestion de l'intervention pour les cas d'urgence, événements, reprise des activités, etc.).</p> <p>65. À tout le moins, le sous-ministre adjoint, Mesures et interventions d'urgence et affaires organisationnelles, doit examiner les descriptions de travail des directeurs généraux (DG) et des sous-ministres adjoints (SMA) pour faire en sorte qu'un axe de responsabilité clair existe en ce qui concerne les activités de prévention, de préparation, d'intervention et de reprise des activités.</p> <p>115. Le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait poursuivre les efforts actuels d'élaboration du Guide des opérations et des procédures normalisées d'exploitation.</p>	<p>D'accord. Le SMA, MIUAO formulera des recommandations au CE concernant les rapports hiérarchiques et les descriptions de travail des hauts fonctionnaires.</p> <p>D'accord. Un guide des opérations pour le Centre des opérations d'urgence (COU) est en cours d'élaboration. Au-delà de 100 procédures normalisées d'exploitation (PNE) ont été rédigées depuis les quatre derniers mois. Le DG, CMIU, continuera de suivre de près la nécessité d'élaborer et de créer de nouvelles PNE selon les besoins. Le CMIU mettra également en place un mécanisme et un calendrier pour l'examen de toutes les PNE aux fins de pertinence et de mise à jour.</p>	<p>SMA, MIUAO</p> <p>DG, CMIU</p>	<p>Mars 2011</p> <p>Examen semi-annuel qui s'amorce en déc. 2010</p>



## Annexe C : Liste des acronymes

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCP	Bureau du Conseil privé
BNEIUS	Bureau national des équipes d'intervention d'urgence de santé
BPF	Bonne pratique de fabrication
BSIU	Bureau des services d'interventions d'urgence
CBRNE	chimique, biologique, radiologique, nucléaire ou explosif
CCPU	Comité conjoint pour la préparation aux urgences
CMIU	Centre de mesures et d'interventions d'urgence
COG	Centre des opérations du gouvernement
COU	Centre des opérations d'urgence
COUPS	Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé
EIUS	Équipes d'intervention d'urgence en santé
FSU	Fonction de soutien en cas d'urgence
GI-TI	Gestion de l'information et technologie de l'information
GTPSM	Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale
LMN	Laboratoire national de microbiologie
MDN	Ministère de la Défense nationale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PE	Protocole d'entente
PFU	Plan fédéral en cas d'urgence
RPSP	Réserve de professionnels de la santé publique
PIFUN	Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire
PIUPS	Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé
PNE	Procédure normalisée d'exploitation
PPMUPS	Politique de planification des mesures d'urgence du portefeuille de la Santé
PRITIOA	Protocole d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire
PS	Portefeuille de la Santé
RCSP	Réseau canadien de santé publique
RNIM	Réserve nationale d'intervenants médicaux
SCC	Service correctionnel du Canada
SCI	Système de commandement des interventions
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor
SGI	Système de gestion des incidents
SNIU	Système national d'intervention en cas d'urgence
SPC	Sécurité publique Canada
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRNU	Système de la réserve nationale d'urgence